

# Patientens selvvaluerede helbredsressourcer

## Find patientens stærke sider

*Michael 2010; suppl 9: 17–27.*

*Artiklen er en hyldest til Kirsti Malterud med en gennemgang af vores fælles afsluttede og igangværende forskning og tanker udledt derfra.*

*Der gennemgås kort vores teoretiske model for en patientcentreret salutogenetisk tilgang i konsultationen som vi har udviklet med sigte på en bedre balance imellem helbredsressourcer og risiko. Modellen integrerer patogenese og salutogenese, lægevalueret og selvvalueret helbred samt risiko og ressourcer. Herudover resumeres resultater fra dialoger i almen praksiskonsultationen baseret på nøglespørgsmål angående patientens stærke sider, hvorved almen praksis bevæger sig fra risikojagt til ressourcemobilisering. En integreret sygdomsmodel for kronisk udmattelsesyndrom (chronic fatigue syndrome) inkluderende sustained arousal omtales. Modellen ses i sammenhæng med træningsprogrammet «Phil Parker Lightning Process» som flere norske patienter med kronisk udmattelsesyndrom har anvendt. Lightning Process arbejder ud fra en salutogenetisk tilgang med kraftigt ressourcensprog og med en kombination af kendte teknikker – en metode som jeg vurderer til at have meget med selvvaluerede helbredsressourcer at gøre. Der er behov for forskning om effekten af Lightning Process.*

### Selvvalueret helbred generelt forudsiger hvordan det vil gå os helbredsmæssigt på længere sigt

Danske og internationale prospektive populationsstudier viser, at patientens egen vurdering af sit generelle helbred er en uafhængig prædiktør for iskæmisk hjertesygdom, død og nedsat funktionsevne (1-4). Selvvalueret helbred generelt måles ud fra simple spørgsmål som: «hvorledes vil du selv bedømme dit helbred det sidste års tid?» Med svarkategorierne: usædvanlig godt, godt, mindre godt/dårligt, elendigt. Jo dårligere det selvvaluerede helbred var, jo større blev forekomsten af iskæmisk hjertesygdom, død, funktionsnedsættelse i de følgende år, uafhængigt af traditionelle risikofaktorer såsom kole-

sterol, blodtryk, blodglukose, plasmainsulin, livsstil, social status mm. Forskerne konkluderer 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 selv vurderet helbred i konsultationen, og den viden inddrages i vores daglige kliniske arbejde og i vores forskning ((5,6).

### *Sundhedsbrøken der blev væk*

I den almen medicinske sygdomsmodel fra de danske almen medicinske lærebøger ser man på balancen mellem patientens belastninger og helbredsressourcer, det vi i Danmark kalder sundhedsbrøken (7). En person kan blive syg hvis belastningerne overstiger kræfterne/ressourcerne gennem længere tid. Den praktiserende læges opgave er at bistå patienterne til at genoprette balancen, ikke kun ved at mindske de negative sider men også ved at styrke de positive sider, men i dag anvendes det meste af tiden i konsultationen på samtale om belastninger, sygdomme og risikofaktorer (8). I forskningen medtages der sjældent oplysninger om personernes helbredsressourcer. Risikoforskningen publicerer 80.000 artikler i en femårs periode, i samme periode fandtes kun 200 artikler om helbredsressourcer. Dette sammenholdt med vores egen fornemmelse af, at de fleste patienter har stærke sider motiverede os til at starte et forskningsprojekt omkring helbredsressourcer. Projektet kaldte vi «positive sundhedsfaktorer – en bedre balance mellem risikotænkning og ressourcetænkning.

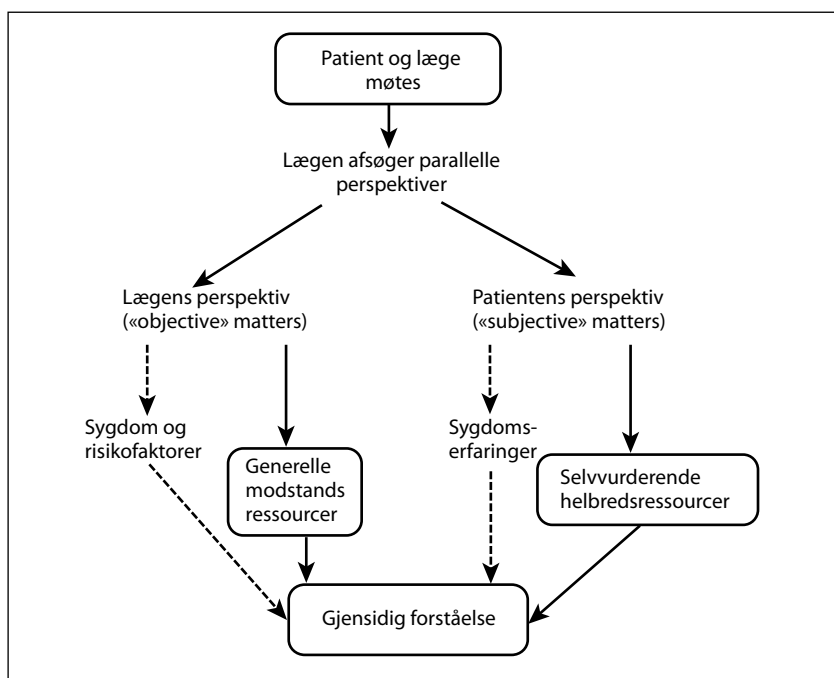
### *Forskningsprojekt om selv vurderede helbredsressourcer*

Projektet bestod af en teoridel med udvikling af en model og en praksisdel med forskning i konsultationen med udvikling af nøglespørgsmål om patientens stærke sider og om anvendelse af nøglespørgsmålet i vores daglige konsultationer med henblik på forskning om patienternes svar.

Vi startede med litteratursøgning og fandt efterhånden frem til følgende søgeord, som vi mente kunne sige noget om helbredsressourcer, nemlig: beliefs, coping, empowerment, growth, hardiness, humour, locus of control, mastery, optimism, strength, potency, quality of life, resources, resilience, self esteem, social support, strength.

### *Overskudsmodellen – en strategi for almen praksis*

Det lykkedes os at udvikle en model der inkluderer patientens helbredsressourcersom og som kan anvendes i almen praksis, og artiklen med modellen blev publiceret i *Family Medicine* i 1995 (9). Vi indleder artiklen med at omtale selvhelbredende ressourcer og sætter fokus på den menneskelige



Figur 1: Overskudsmodellen – en bedre balance mellem helbredsressourcer og risiko (9)

krops kapacitet til selv at reparere – gendanne. Vi omtaler den nye Psyko-neuro-immunologi – og den medicinske forskning der underbygger de humane selvhelende potentialer og deres relationer til interne og eksterne miljøer; Fysisk træning synes at reducere symptomer på depression og angst, meditationstræning forbedrer blodsukkerkontrol hos sukkersyge, stress forstyrrer de systemer, der normalt vil forsvare folk mod akutte infektioner, og psykosocial behandling kan have indflydelse på overlevelseshraten i patienter med metastatisk brystcancer.

Modellen, som tager udgangspunkt i Levenstein & McWhinneys modell for den patientcentrerede kliniske metode, ser således ud (fig. 1): Lægen har en konsultation med patienten. Lægen forsøger at afsøge to 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.

I forhold til modellen fra den patientcentrerede kliniske metode har vi i overskudsmodellen tilføjet risikofaktorer – som jo kun de sidste 20 år er kommet med ind i konsultationerne. Herudover har Kirsti Malterud og jeg ud fra vores forskning om helbredsressourcer inkluderet ressourcer i modellen: 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, prøv at ringe til en af dem', 'du har en god uddannelse ...' mm. I patientens perspektiv som det, vi kalder selvvaluerede helbredsressourcer eller patientens stærke sider – og det er her vores forskning har fokus (10).

Vi har anvendt teorier om patientcentrering (McWhinney) og elementer fra kritisk teori, som udsiger at vi ved at spørge om patientens stærke sider i konsultationen og ved at give patienten lejlighed til at formulere sig om det viser, at vi anerkender folks egne styrker og herved reducerer afmagtsfølelsen. Endvidere har vi anvendt teorien om salutogenese. Og hvad forstår vi ved udtrykket salutogenese?

### *Salutogenese og helsekontinuum*

Den israelske sociolog Aaron Antonovsky (1923-94) introducerede i 1979 begrebet salutogenese (11). Genese betyder oprindelse og salute sundhed, altså: Oprindelsen til sundhed. Han stiller spørgsmålene: Hvordan holder folk sig raske? Læger på den anden side arbejder med begrebet patogenese, som betyder oprindelsen til sygdom og stiller sig spørgsmålet: Hvordan helbreder vi sygdom?

Antonovsky opfatter ikke syg-sund som et enten/eller, men har et dynamisk syn på helbred som et kontinuum, hvor vi hele tiden befinder os et eller andet sted på en helbredsskala i stadig konfrontation med belastninger, der kan skubbe til os i retning af det mere syge eller det mere sunde. De faktorer, som Antonovsky mente har betydning for den effektive håndtering af belastninger, kalder han generelle modstandsressourcer, det vil sige helbredsressourcer som styrker helbredet for de fleste. Vigtige generelle modstandsressourcer er selv-identitet, coping-strategier, som er rationelle, fleksible og fremsynede, nok penge, positivt selvvalueret helbred og vi skal ikke glemme social støtte og netværk.

Teorierne om salutogenese og resultaterne fra forskningen om selvvalueret generelt helbred, som jeg netop har omtalt, ledte os til den hypotese, at mennesker også har kundskab om deres egne helbredsressourcer, dvs. faktorer som hjælper enkeltmennesket med at holde sig rask og bekæmpe sygdom. Det er ikke givet, at de lægevaluerede og de selvvaluerede helbredsressourcer er sammenfaldende.

Modellen integrerer:

- Patogenese og salutogenese.
- Lægevurderet og selvvrurderet helbred
- Risiko og ressourcer

Nu hopper jeg så fra modellen videre til forskningen i konsultationen.

## **Dialogen om patientens stærke sider i konsultationen**

*Nøglespørgsmål om selvvrurderede helbredsressourcer – jeg skal også høre om dine stærke sider*

Vores forskningsspørgsmål var: Kunne vi finde ud af at spørge på en sådan måde i konsultationen, at patienten fortæller om sine stærke sider, således at denne viden kan bruges i konsultationen og virke styrkende på patienten.

Vi udviklede et nøglespørgsmål om selvvrurderede helbredsressourcer ud fra den metode, som er beskrevet i Kirstis disputats i 1990 og hendes engelske artikel angående samtalen som klinisk virkemiddel i 1994 (12). Det bliver kaldt et nøglespørgsmål, fordi det er nøglen som åbner døren til en dialog med patienten, i dette tilfælde omkring helbredsressourcer.

Spørgsmålet blev (13,14): Vi skal ikke kun snakke om problemer. Jeg skal også høre noget om dine stærke sider: De fleste mennesker har jo stærke sider, som plejer at holde dem raske.

Hvilke er dine stærke sider?

Har du flere stærke sider?

### *Hvad svarede patienterne*

Vi anvendte nøglespørgsmålet i vores egne konsultationer og fandt, at patienterne kunne svare og vi kunne anvende svaret i handlingsplanen, og vi har publiceret patienternes helbredsressourcer, først for kvinder (13,15) og senere for mænd (16) og til slut en sammenligning mellem kvinder og mænd (17). Kvindernes svar kunne vi rubricere i temaer:

- jeg klarer det når jeg er nødt til det
- jeg snakker med andre
- jeg prøver at lave sundt
- jeg trives med at være i aktivitet
- jeg tager tiden til hjælp
- jeg har stærke sider

De stærke sider vedrører kvindernes personlige egenskaber, aktive handle-måder og strategier.

Så den overordnede konklusion på projektet blev, at den praktiserende læge kan bidrage til at styrke patientens stærke sider i stedet for kun at

påpege svagheder og risici og negative forhold. Ved at gøre dette bevæger lægen sig fra risikojagt til ressourcemobilisering (18,19).

### **Eftertanker**

Siden har vi undervist en del i, hvordan man kan inddrage nøglespørgsmålet i konsultationen og vi har været så heldige at få yngre læger involveret i den undervisning (20). Næste generation har taget arbejdet med helbredsressourcer op og skrevet artikler og humoristisk set på en ressourcemobiliserende KRAM som modsætning til en ressourcekrævende KRAM (21). De skriver – en almenmedicinsk KRAM karakteriseres af lægens forståelse for og bekræftelse af patientens kompetence til at styre sit eget liv. R står for lægens tro på patientens selvvalgte helbredsressourcer. A er accept af og erkendelse af patientens synspunkter, og M skal minde os om at arbejde med meningsfuldhed for patienten. Det er et KRAM i et eksistentielt livsperspektiv, dette i modsætning til den ressourcekrævende KRAM, som handler om Kost, Rygning, Alkohol og Motion og som kan give folk skyld og skam.

Aktuelt planlægger vi forskning vedrørende kronisk udmattelsesyndrom (chronic fatigue syndrome) og effekt af behandling ved træning efter Phil Parker Lightning Process – ikke kun set i sygdomsperspektiv men også i perspektivet af helbredsressourcer.

### **Ny forskning om kronisk udmattelsesyndrom – en integreret sygdomsmodel**

Kirsti Malterud er initiativtager og koordinator af det norske tværfaglige forskernetværk: «Kronisk utmattelsessyndrom (CFS) i teori og praksis». Tre af forskerne derfra – Vegard B. Wyller, Hege R. Eriksen og Kirsti Malterud – har i 2009 publiceret artiklen «Can sustained arousal explain the chronic fatigue syndrome?» i tidsskriftet Behavioral and Brain Functions (22). Jeg vurderer artiklen til at være en slags gennembrudsforskningsartikel hvor tre topforskere fra hvert sit empiriske forskningsfelt samarbejder – og det lykkes – I præsenterer i artiklen en integreret sygdomsmodel for kronisk udmattelsesyndrom.

I artiklen argumenteres overbevisende for at de nye forskningsdata om kardiovaskulær- dysregulering og termo-dysregulering hos patienter med kronisk udmattelsesyndrom bl.a. ved Vegard Bruun Wyller (23) – indikerer en tilstand af permanent arousal responses – sustained arousal med øget sympaticusaktiviteter.

Denne viden kombineres med stressteorien – cognitive activation theory of stress (24), udviklet af de norske forskere Holger Ursin og Hege R. Eriksen

ang, hvorledes sustained arousal og sensitization kan medføre dårligt helbred ved at der sker en sensibilisering i neurale loops som bliver vedligeholdt af sustained arousal.

Ydermere beskriver I hvordan sustained arousal etablerer onde cirkler/ onde spiraler med ændringer i

- immunsystem
- blodstrømsregulering
- temperaturregulering
- hormonsystem
- skeletmuskler
- tankeprocesser
- søvnrytme

Disse ændringer giver symptomer som er kendt ved kronisk udmattelsesyndrom.

Mange norske patienter med kronisk udmattelsesyndrom rejser til London til et træningsprogram ved Phil Parker som hedder «lightning process» og der er mange succeshistorier i pressen vedrørende helbredelse af kronisk udmattelsesyndrom. Peter F. Hjort har også efterlyst at norsk almen medicin ser nærmere på «lightning process» i tidsskriftet Michael (25).

Jeg læste Phil Parkers hjemmeside (26) og introduktionsbog (27) og fandt at hans teorier stemte forbavsende godt med indholdet i de artikler jeg lige har omtalt vedrørende sustained arousal og besluttede at rejse til London hvor jeg deltog i Phil Parkers tre dages træningsseminar om «lightning process». Nu afholdes der også seminarer med træningsprogrammet i Norge med norske instruktører som er uddannet i London.

### **Phil Parker Lightning Process og selvvaluerede helbredsressourcer**

«Lightning process» er udviklet af Phil Parker fra London over 5-10 år. Det er et velorganiseret træningsprogram, der starter med et tre-dages seminar á fire timer med 6-8 deltagere, hvoraf de fleste har kronisk udmattelsesyndrom.

Programmet inkluderer undervisning om nyere neuroimmunologi og stressforskning relevant for patofysiologien af kronisk udmattelsesyndrom, førende til abnormaliteter i det autonome nervesystem med stresshormondysfunktion. Modellen bliver brugt til at forklare, hvordan dette medfører ubalance inden for følgende systemer: Immunologi, endokrinologi, muskler og skelet, og kognitive systemer, som alle giver symptomer som er kendt ved kronisk udmattelsesyndrom.

Endvidere undervisning ang. hjernes plasticitet – evne til at lære nye pathways og om interaktionen mellem krop og sjæl.

Træningen fokuserer på fysiske og mentale øvelser, som har til formål at stoppe «the sustained arousal» og afbryde den onde cirkel af stresshormondysfunktion og træne en reaktivering og stabilisering af de neurologiske stier (pathways), som vil tillade en mere normal og funktionel homeostase – til at blive normen.

Ovennævnte er beskrevet i Phil Parkers introduktionsbog «An introduction to the lightning process» (27).

Mine erfaringer ved denne træning har været yderst interessante med henblik på helbredsressourcer og salutogenetisk tilgang.

#### *Lightning process og ressource sprog*

For det første angående sproget, som bliver anvendt. Underviserne anvender hele tiden ressourcesproget, der bliver ikke talt symptomsprog eller diagnosesprog. Kursisterne trænes bevidst i at udtrykke sig i ressource sprog, i positive formuleringer når de f.eks. forklarer hvilke ønsker de har til helbredet i fremtiden. Det hedder f.eks. at jeg ønsker at «have energi» i stedet for at sige at man ønsker at være 'ikke træt'. Eller jeg ønsker at være rolig og afslappet i stedet for at sige at jeg vil være «ikke anspændt «eller ikke stresset.» Yderligere arbejder man med aktive ord i modsætning til passive ord, ud fra at ved aktivt sprog kan man selv ændre en tilstand, det kan man ikke ved passive. Altså 'jeg gør mig træt' i stedet for 'jeg er træt', jeg gør en dårlig dag i stedet for det er en dårlig dag. Man optrænes desuden i at tale til sig selv i et meget kraftigt positivt ressourcesprog.

#### *Kombination af flere kendte teknikker*

Herudover arbejdes der med visualiseringer, ens selvvrurderede helbredsressourcer, ens stærke sider, hvorved man langsomt får ændret den «film», man kører om sit liv i hovedet, fra sundhedsskadeligt til sundhedsfremmende.

Man lærer også andre teknikker og det er vel kombinationen af alle disse elementer der er det nye – enkelt elementerne er kendte og afprøvede inden for forskellige behandlingstraditioner.

Phil Parker er uddannet som engelsk osteopath (arbejder med homeostatisk balance), hypnoterapeut og NLP-coach (neuro linguistic programming) og arbejder på tværs af disse fag.

Min vurdering er at lightning process har en salutogenetisk tilgang som svarer til de teorier vi præsenterede i vores første artikel i 1995 (9) hvor vi gennemgår salutogeneseteorien fra Antonovsky – som jeg også kort har beskrevet i denne artikel. Det er langt væk fra lægernes patogenetiske referenceramme.

## **Forskning om lightning process ved kronisk udmattelsesyndrom**

Forskningsmæssigt er lightning process yderst interessant fordi træningen passer med de nye teorier om sustained arousal som forklaring på kronisk udmattelsesyndrom, som jeg har omtalt tidligere. Træningen fokuserer meget præcist på at afbryde sustained arousal.

Der er mange succeshistorier vedrørende behandlingen med lightning process af kronisk udmattelsesyndrom på den engelske og den norske hjemmeside samt i engelske og norske medier. Der er derfor behov for forskning om effekten af lightning process og jeg er med i den norske forskergruppe, som arbejder med at planlægge et randomiseret kontrolleret forsøg angående effekten af træning med lightning process hos kronisk udmattelsesyndrom patienter i Norge.

Under arbejdet med projektplanen vedr. måling af effekt af en kompleks intervention i en dårlig afgrænset sygdomsgruppe støder vi på spændende problemstillinger: De sædvanlige internationale spørgeskemaer handler om sygdom og symptomer og er negativt formuleret. Vi er derfor på jagt efter ressource-salutogenetiske orienterede spørgeskemaer.

Phil Parker og de af ham uddannede instruktører har en ansøgningsprocedure, hvor patienterne skal vise at de er maksimalt motiverede og tror 100% på at træningen vil starte en selvhelbredende proces. Derfor kan man måske sige, at troen på/forventningen om en positiv effekt af træningen udløser en slags placeboeffekt som indgår som en del af helbredelsen – hvordan undgår vi at få den elimineret ved et lodtræknings randomiseret kontrolleret forsøg?

Hvis det ved randomiseret kontrolleret forsøg viser sig, at der er effekt af lightning process ved kronisk udmattelsesyndrom er det meget spændende, for det vil sige at det autonome system kan påvirkes ved træning, og så er vi vel ude i et paradoks ved at kalde det et autonomt system og ude i et paradigmeskift.

## **Konklusion**

### *Vedrørende klinisk arbejde i almen praksis*

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 lære det og anvende det.

### *Behov for fremtidig forskning*

- Randomiseret kontrolleret undersøgelse om effekten af Phil Parker Lightning Process.

- Metodeudvikling af spørgeskemaer ang. selvvaluerede helbredsressourcer, salutogenetisk tilgang.
- Hvordan forandrer livet sig efter vellykket helbredelse – at beskrive blive frisk/rask historier.

### *Tak til Kirsti Malterud*

for vores altid spændende og inspirerende samarbejde siden 1993 og for din indsats i Danmark som 20% professor ved Afdeling for Almen Medicin, Københavns Universitet (2001-2004) og 20% seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København (1998-2007).

### **Literatur**

1. Møller L, Kristensen TS, Hollnagel H. Self rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen, Denmark. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996;50:423-8.
2. Nielsen AB, Siersma V, Hiort LC, Drivsholm T, Kreiner S, Hollnagel H. Self-rated general health among 40-year-old Danes and its association with all-cause mortality at 10-, 20-, and 29 years' follow-up. *Scand J Public Health* 2008;36:3-11.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21-37.
4. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009;69:307-16.
5. 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: 11-5.
6. Hollnagel H, Malterud K. Patientens egen vurdering af sit generelle helbred og sine stærke sider. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2001;79. årgang:985-92.
7. Backer, P, Kragh, P. L., Mabeck, C. E., Rasmussen, K. B., and Gaugin, J. *Lærebog i almen medicin 2, basisbog 1*. København: FADLs Forlag, 1977.
8. Hollnagel H, Malterud K. Sundhedsbrøken der blev væk. Vejen fra ide til projekt om selvvaluerede helbredsressourcer. *Månedsskr Prakt Lægegern* 1995;73:693-701.
9. Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: a clinical model for general practice. *Fam Pract* 1995;12: 423-9.
10. Hollnagel H, Malterud K. Samtaler om risiko og helbredsressourcer i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2002;164:5225-9.
11. Antonovsky A. *Health, Stress, and Coping. New perspective on mental and physical well-being*. Washington: Jossey-Bass Publishers, 1979.
12. Malterud K. Key questions – a strategy for modifying clinical communication. Transforming tacit skills into a clinical method. *Scand J Prim Health Care* 1994;12:121-5.
13. 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.

14. Malterud K, Hollnagel H. Nøglespørgsmål i konsultationen – en klinisk kommunikativ metode. *Ugeskr Læger* 2004;166:2034-5.
15. Malterud K, Hollnagel H. Women's self-assessed personal health resources. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:163-8.
16. Hollnagel H, Malterud K, Witt K. Men's self-assessed personal health resources. Approaching patients' strong points in general practice. *Fam Pract* 2000;17:529-34.
17. Malterud K, Hollnagel H, Witt K. Gendered health resources and coping – A study from general practice. *Scand J Public Health* 2001;29:183-8.
18. Malterud K, Hollnagel H. Encouraging the strengths of women patients. A case study from general practice on empowering dialogues. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:254-9.
19. Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Med Health Care Philos* 2000;3:257-64.
20. Sångren H, Nielsen ABS. Ressourcetænkning og selvvaluerede helbredsressourcer. I: Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed- refleksioner fra almen praksis. København: *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 2009.
21. Sångren H, Hvas L. Den moderne patient – myte eller kendsgerning. I: Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed- refleksioner fra almen praksis. København: *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 2009.
22. Wyller VB, Eriksen HR, Malterud K. Can sustained arousal explain the Chronic Fatigue Syndrome? *Behav Brain Funct* 2009;5:10.
23. Wyller VB. *The pathophysiology of chronic fatigue syndrome in adolescents*. Oslo: Oslo Faculty of Medicine, 2007.
24. Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29:567-92.
25. Hjort PF. Allmenmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009;1:109-10.
26. The Lightning Process – hjemmesider: [www.lightningprocess.com](http://www.lightningprocess.com) og [www.aktivprocess.no](http://www.aktivprocess.no). 2010.
27. Parker P. *An introduction to The Lightning Process*. London: Nipton Publishing, 2007.

*Hanne Hollnagel*

*Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdeling for Almen Medicin,  
 Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet,  
 Øster Farimagsgade 5, postboks 2099, 1014 København K  
[hannehollnagel@gpract.ku.dk](mailto:hannehollnagel@gpract.ku.dk)*