

Af: Anders Beich, praktiserende læge og formand for DSAM - anders@beich.dk

Etik

– det kan vi vel ikke skrive os ud af?

Professionsetik – professioner har det med at fremstå lidt selvhenførende. Hvis vi italesætter høje etiske standarder, som vi ikke kan eller vil leve op til i en tid, hvor vi presses til at sælge ud af vores kerneværdier og -principper, så er der vel en betydelig risiko for, at en professionsetik bliver lige lovligt højtsvævende i forhold til dagligdagen. Og vi kan vel ikke skrive os ud af det?

Misforstå mig ikke, jeg synes helt sikkert godt om ideen om en professionsetik. Faktisk synes jeg om nærmest al aktivitet, der kan befordre mere faglig refleksion og måske kan forhindre sygdomsfokus, produktions- og værkførertænkning, relationstab og dehumanisering i udøvelsen af vores fag. Jeg tror dog, det kan blive opfattet på flere måder, hvis nogle af os sætter sig for at være bannerførere/smagsdommere på dette område: professionsetik. Spørgsmålet er, hvordan en sådan professionsetik skal blive til for at kunne samle os om den, så vi som "stand" kan føre den ud i livet? Skal vi nu ikke bare passe vores arbejde og efteruddannelse og undgå at blive "de rådne æbler", vil nogle måske spørge? Andre vil nok spørge, hvor meget regionerne mon vil betale for professionsetik?

Belastningsreaktion eller tilpasning

Nogle vil kalde sygdomsfokusering og forfladigelsen og erosionen af den patientcentrering og kontinuitet, som vi ellers har brystet os af tidligere og nedfældet i pejlemærker, for reaktiv kynisme og forklare det som en belastningsreaktion. Andre vil kalde det fremskridt og tilpasning til en postmoderne verden, hvor såkaldt disruption er blevet en dyd. Dr. Hansen er død, siger nogle. Ingen vil alligevel være ham længere. Han kan jo ikke "opdateres" hen over natten. Vi har brug for vækst og teknologi. "Lægen i lommen", "digital sundhed", "nærhed på afstand", "præcisionsmedicin", "datadrevet sundhed", "præ-sygdomme", "personlig medicin", "data redder liv", "din digitale tvilling", "pro-data"; de vakuumtomme slogans står i kø, og en ny tidsalder udfordrer vores faglige integritet. Spring på toget, eller bliv efterladt på perronen.

For ethvert menneskeligt problem søges i tiden et teknologisk svar. Send din digitale tvilling til lægen, så sparer både du og lægen tid. Nye absurde syndromdiagnoser, nu også stillet på baggrund af tvivlsomme målinger og svar på spørgeskemaer uden mål og med. Vi drukner i dubiøse datasøer, som via præcisionsmedicin udløser "multisygdom", endnu før vi bliver teenagere. Vi vænner os til det, og nogle håber, at vi en dag bliver reddet af noget kunstig intelligens, der kan blive så klog, at den kan sortere skidt fra kanel og redde os ud af datasuppedasen. "Less is more" hedder det inden for musikken. Så er der godt nok ikke meget musikalitet tilbage i moderne medicin. Få kerer sig om datakvalitet. Mange dyrker ganske ukritisk "dataismen" – jo mere jo bedre.

... det største etiske dilemma for vores profession (...) handler om, at vi etisk forpligter os til at "bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse".

Samtidig fortoner patienten og dennes levede liv og historie sig i horisonten.

Det største etiske dilemma

Jeg synes, dataeksplosionen og uindhegnet anvendelse af personlige helbredsoplysninger er et stort etisk dilemma, i forhold til at vi stadig taler om fortrolighed i læge-patient-relationen. Vi taler også om brugerinddragelse – men når det gælder information, samtykke og transparens i forhold til data, savnes borgerens inddragelse i den grad. Det er meget lidt fortrolighed, der de facto er tilbage i vores arbejde, og vores patienter ved det ikke engang.

Nå, nu fik jeg lige luft til at påpege det største etiske dilemma for vores profession, som ligger lige for, men som ingen rigtig har lyst til at gøre noget ved, i hvert fald ikke når vi skal lave aftaler om vores virke. Det handler om, at vi etisk forpligter os til at "bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse". Det er ofte blevet fortolket som lighed, hvis bare vi har et fælles sundhedsvæsen, hvor alle kan henvende sig uden at skulle have penge op af lommen. At nogle patienter er lidt for gode og andre rigtig dårlige til at bruge sundhedsvæsenet, det må så være den enkeltes held hhv. problem. Når man i sin tid formulerede det som "lige samvittighedsfuld omsorg" i stedet for bare lige omsorg, så må referencen til vores samvittighed indeholde pligten til at differentiere, så omsorgen fordeles af hensyn til muligheden for samme udkomme for "rig og fattig". PLO's formand i 2009, Michael Dupont, udtalte, at det kunne være nødvendigt at skære det ud i pap og omformulere lægeløftet til, at "de fattige skal behandles lidt bedre" (Dagens Medicin, 2009). Spørgsmålet er, om vi kan skrive os ud af det?

Lighed i sundhed kræver nyt fokus

Tilstræbt lighed i sundhed vil kræve en fælles erkendelse af, at vi aktivt skal fordele vores ressourcer efter behov i både den enkelte praksis og i almen praksis som sektor. "Giv mest til dem med størst behov" er vel ikke bare noget, vi siger? I Fagligt Råd under Fonden for Almen Praksis har vi sammen udarbejdet et forståelsespapir i 2018, hvoraf det fremgår, at patienterne populært sagt skal behandles forskelligt for at få lige muligheder for et godt helbredsmæssigt udkomme (equity), og ansvaret for denne differentierede indsats er indeholdt i begrebet populationsomsorg. Vi prioriterer tiden på de syge patienter, patienter med begrænset egenomsorg, patienter med komplekse problemer og andre potentielt sårbare borgere. I den forbindelse er det vigtigt at have et særligt fokus på de patienter, der er i højrisiko for at blive meget syge/mere syge, og i mindre grad bruge tiden på de raske og ressourcestærke patienter med god egenomsorg.

Vi ved alle, at hverken de ressourcestærke eller de sårbare patienter er jævnt fordelt, hverken regionalt, kommunalt eller lokalt fra praksis til praksis. Selvfølgelig kunne almen praksis som aktør være med til at prioritere dem med størst behov, hvis vi ville det og arbejdede for, at vores aftale tillod det. Og selvfølgelig kunne patienter med behov for mere tid blive tilgodeset først aftalemæssigt. Det er klart, at en læge ikke kan yde omhyggelig omsorg for 1.600 patienter, hvis hovedparten af dem er særligt ressourcekrævende. En mindre liste og samme indtjeningsmuligheder ville gøre det attraktivt at praktisere dér, hvor det ikke er muligt at få tiden til at slå til, hvis man skal passe 1.600 patienter samvittighedsfuldt med fokus på outcome. Omvendt ville lidt flere patienter på lister af fortrinsvis selvhjulpne raske måske betyde, at vi holdt op med at forkæle overforbrugerne af sundhedsvæsenet. Dem, der tror, de er i gang med at optimere deres sundhed til perfektion, men i virkeligheden er i gang med at miste evnen til at vurdere deres eget helbred og derfor bruger lægen skamløst. Sundhed og selvopdyrket helbredsangst hos raske hører principielt set ikke hjemme i det fælles sundhedsvæsen. Vi prøver at finde og tage os af lidelse, helbredsproblemer og sygdomme.

Det ville kræve en solidarisk aftale – og et fokus på "burden of risk and disease" i praksispopulationen samt "bemanding" og økonomi derefter. Det ville kræve, at vi som fag skiftede fokus fra, hvorfor denne vægtning er praktisk vanskelig og "aldrig kan blive retfærdig alligevel" til "hvordan gør vi det bedst muligt".

Vi kan ikke skrive os ud af det. //