



Et almenmedicinsk konfliktfællesskab

Om sammenhænge mellem etik, fællesskab og praksis.

Tilbage i oktober 2020 inviterede Practicus' redaktion mig til at bidrage til et særnummer, der skulle handle om udviklingen af en professionsetik for almen medicin. På daværende tidspunkt havde jeg for mange andre deadlines, men redaktionen foreslog, at jeg skrev et bidrag til februar-nummeret. Det betyder, at jeg i skrivende stund har haft mulighed for at læse det opdrag til en professionsetik, som Ehrenreich, Lentz og Saxtrup (Practicus 253, december 2020) har udarbejdet, samt andres refleksioner over og perspektiver på de værdier eller interesser, der har betydning for almen medicin i dag.

Som antropolog har jeg i mange år haft en tæt tilknytning til det almenmedicinske forskningsmiljø, hvor jeg har forsket i lægesøgning og kræftdiagnostik samt alment praktiserende lægers (AP-læger) og patienters erfaringer med almen praksis. I 2017 og 2018 interviewede jeg sammen med en kollega 30 AP-læger om deres syn på deres arbejde, og hvad de mener, er 'en god læge'. Formålet med studiet var ikke at bidrage til en værdisætning af, hvad der er en god læge, men

at se på sammenhænge mellem aktuelle samfundsmæssige betingelser og AP-lægers praksis og tænkning. I løbet af vores samtaler med lægerne blev det tydeligt, at almen medicin ikke kun er et værdifællesskab, men også kan betragtes som et konfliktfællesskab.

Fælles værdier, forskellig udmøntning

Med konfliktfællesskab henviser jeg til det forhold, at man er fælles om nogle grundlæggende værdier, men at der eksisterer forskellige perspektiver på, hvordan de bør og kan udmøntes og oppebæres i praksis. Blandt de læger, som vi talte med, var der f.eks. enighed om, at værdier som kontinuitet, faglig autonomi og patientcentrerethed er centrale for almen praksis, men mindre enighed om, hvordan de transformeres til praksis og bliver synlige i det daglige arbejde med patienter og kolleger.

I det nedenstående beskriver jeg, hvordan AP-læger på forskellig vis forvalter udvalgte almenmedicinske værdier. Inden vi går videre til at høre lægernes stemmer, er det vigtigt for mig at understrege, at det ikke er min

hensigt, at ordet konflikt skal læses negativt. Konflikter manifesterer sig ofte i forbindelse med aktive bestræbelser på at forme noget.

At forme kræver engagement

Det at forme noget forudsætter opmærksomhed og interesse. Det er i min optik kun muligt at tale om et almentmedicinsk konfliktfællesskab, fordi der allerede eksisterer et stærkt fagfællesskab af engagerede læger, der ønsker at have indflydelse på fagets fremtidige udformning, og fordi der er en insisterende opmærksom-

Med konfliktfællesskab henviser jeg til det forhold, at man er fælles om nogle grundlæggende værdier, men at der eksisterer forskellige perspektiver på, hvordan de bør og kan udmøntes og oppebæres i praksis.

Det at forme noget forudsætter opmærksomhed og interesse. Det er i min optik kun muligt at tale om et almentmedicinsk konfliktfællesskab, fordi der allerede eksisterer et stærkt fagfællesskab af engagerede læger.

hed på faget fra politikere, forskere og befolkningen. En opmærksomhed, der grunder i en generel antagelse om, at almen medicin og det forhold, at vi alle har adgang til det, vi kalder 'egen læge', er noget værdifuldt, som vi gerne vil bevare.

Begrebet konfliktfællesskab handler således ikke om at afvise betydningen af fagfællesskaber eller udviklingen af en professionsetik. Det er en invitation til at reflektere over sammenhænge mellem etik, fællesskab og praksis.

At være 'nogens læge'

Som AP-læge er man 'nogens læge', og det er en gennemgående fortælling om AP-lægen, at hun prioriterer patientens synsvinkel, arbejder relationelt og sikrer en tillidsfuld læge-patient-relation. Det står også skrevet i det nye oplæg til en almentmedicinsk professionsetik, når Ehrenreich m.fl. skriver, at "lægen arbejder med den enkeltes helbred som arbejdsområde". Men hvad betyder det for nutidens læger at prioritere patientens synsvinkel og arbejde med relationen mellem læge og patient?

Kobling af mål, styring og lægegering

Noget af det, som mange læger forholder sig til, når man taler med dem om deres arbejde, er den sammenkobling af mål, styring og lægegering, der karakteriserer vores samtid. Det bliver af nogle læger set som en vej til

at øge effektiviteten af deres arbejde og dermed at yde omsorg for flere patienter. En yngre mandlig læge udtaler f.eks.:

"Vores sukkersygepatienter og vores KOL-patienter, de er sat fuldstændigt i system. De kører med sygeplejerskerne med tre eller seks måneders interval og bliver set af os en gang om året. Dem, vi ligesom har fanget ind, de kører bare det dér rul. Det fungerer rigtig fint, og det gør, at vi har styr på vores kronikere."

Andre læger betragter samme udvikling som en erodering af deres faglighed og de værdier, der styrer deres arbejde. Det kommer f.eks. til udtryk, når to forskellige kvindelige læger udtaler:

"Vi har brug for mere samtale og opmærksomhed mod livets og menneskelig forskellighed og uregelmæssighed og mindre lægehusfabrik" (kvindelig læge i 40'erne).

"Jeg har jo valgt at bo i samme by, som jeg har praksis. Der er jo mange, som vælger ikke at gøre det og fravælger det. Men jeg synes, at det har været helt vildt spændende at have børn i børnehaveklasse med de andre forældre. Jeg kender dem. Altså, i gamle dage, der, da vi startede, da var der jo fabrikker i byen og sådan noget. Det er der jo ikke mere. Men man kender forholdene. Det har givet en kæmpe fordel. Mine patienter er mine medborgere, ikke bare en liste i min computer, men det kræver en daglig indsats og opmærksomhed, hvis de ikke

skal ende som numre eller lister" (kvindelig læge i 50'erne).

Almenlægens rolle

AP-lægers kliniske arbejde er (formentlig mere end andre lægers) rettet mod fremtiden. Øget adgang til teknologi og data har gjort det muligt at monitorere borgeres helbredsstatus, at forebygge og opdage underliggende sygdomme tidligere end før. De muligheder har betydning for lægens og patientens samarbejde, og de tilskriver AP-lægen en mere intervenserende rolle. Den rolle var også et gennemgående tema i vores samtaler med lægerne. Nogle læger ser den nye rolle som en mulighed for at arbejde patientcentreret, mens den for andre opleves som en udfordring for læge-patient-relationen og for lægens mulighed for at tage individuelle hensyn. Det er tydeligt i disse udsagn:

"Det sidste år har vi haft fokus på vores psykisk syge patienter, særligt dem der får psykofarm, antipsykotisk medicin. Her har vi har sendt brev ud og tilbudt årskontroller. Det er de grupper, vi sådan lige for øjeblikket har fokus på. Man trækker lister ud af systemet, og så gennemgår praksismanageren og en af sygeplejerskerne dem og laver en liste over de patienter, de med fordel kan være opsøgende overfor. Så bliver patienterne ringet op eller får et brev og indbudt til en konsultation i klinikken, der er tilpasset 'deres behov'" (kvindelig læge i 40'erne).

"Vores faglighed går jo ud på at tage udgangspunkt i patienten. Patienterne kommer, fordi de er kommet over en eller anden form for tærskel og har brug for at gå til læge. Det er patienten, der vælger at komme her, og det skal jeg respektere. Og hvis så andre har bestemt, at vi skal screene dem for et eller andet, som måske slet ikke var det, de kom for. Hvis nu du har ondt i livet, så bliver du jo ikke frisk og glad over, at jeg begynder at snak-



De praktiserende lægers virke og muligheder for at udvikle en professionsetik er på godt og ondt filtret sammen med udviklingen af diagnostiske teknologier, velfærdsstatens økonomiske politikker og vores samtids forståelse af sygdom og helbredelse. Foto: Rikke Sand Andersen.

ke rygestop [...] Vores rolle – den er totalt presset af de der styringskrav og dokumentationskrav og alle de der meget firkantede Excel-ark” (mandlig læge i 50’erne).

For nogle læger øger adgangen til teknologi og ’patientdata’ deres muligheder for at arbejde med patienters individuelle behov, mens det for andre læger betragtes som en uønsket form for paternalisme og overvågning.

Etik og fællesskab i praksis

Korte udsagn klippet ud af deres kontekst giver naturligvis en lidt karikeret og skærpet fremstilling af de forskelle, der er på, hvordan AP-læger forstår og tilpasser fagets centrale værdier til deres kliniske praksis. Men de tydeliggør også, at lægernes mu-

ligheder for at realisere fællesskabets værdier (eller en professionsetik), der sætter læge-patient-relationen i centrum, er betinget af eksterne forhold. Desuden bliver det tydeligt, at eksterne forhold omformer værdierne. AP-lægernes forskellige syn på styring, teknologi og data har tydeligvis betydning for, hvad de forstår ved det at arbejde med den enkelte patients behov.

Løbende diskussion af fagets etik

Det er vigtigt løbende at diskutere et fags etik og reflektere over, hvorvidt der eksisterer fælles forestillinger om, hvad der er ’det gode at gøre’. Men en professionsetik, der skal guide et konfliktfællesskab som det almenmedicinske, må angiveligt træffe beslut-

ninger om, hvad der er ’det gode at gøre’, mens den tager livtag med sin omverden. En professionsetik vil formentlig vinde større udbredelse, hvis den udvikles i dialog med nogle af de forskelle, der præger professionen, og lægernes syn på, hvad der er en god læge. Det kunne være spørgsmål som: Hvordan forholder man sig som fagfællesskab til en stadig øget adgang til diagnostiske teknologier? Hvordan ønsker man at samarbejde omkring ’patientdata’ med det resterende sundhedsvæsen? Og hvilke ’dele af livet’ bør transformeres til patientdata? Eller hvordan ønsker man, at læge-patient-relationen skal forme sig i fremtiden, hvor (måske) stadig flere patienter vil have behov for at komme til læge? //