

Af: Ditte Pilgaard Værens, FYAM-repræsentant, DSAM Nordjylland - ditte_vaerens@live.dk

Velbesøgt medlemsmøde om professionsetik

DSAM's udkast til en professionsetik dannede bagtæppe for en række centrale spørgsmål på medlemsmødet i DSAM Nordjylland, f.eks. om hvordan vi tager lederskab i det nære sundhedsvæsen, og hvad vi vil i almen praksis. Der var en livlig debat mellem det inviterede panel og deltagerne fra hele Nordjylland.

OM OPLÆGSHOLDERNE

- Leif Vestergård Pedersen, formand for Etisk Råd, interesseret i almen praksis og aktuelt med i en taskforce, der undersøger muligheden for ny honorarstruktur i almen praksis.
- Jonathan Schloss, tidligere PLO-direktør og nuværende direktør i Komponent, kommunernes fælles udviklingscenter, der uddanner kommunale medarbejdere på alle niveauer.
- Luise Jessen Lundorf, praktiserende læge i Vrå med særlig interesse for filosofi og den lægelige dømmekraft.
- Bolette Friderichsen, praktiserende læge i Hobro og formand for DSAM.
- Dorthe Munk fra hjemmeplejen i Frederikshavns Kommune.
- Trine Holmdal fra sundhedscentret i Frederikshavns Kommune.

Professionsetik! Det er et ord, der kan forekomme en anelse tørt og til tider svært definerbart.

Heldigvis var der stor opbakning fra medlemmerne til at grave et spadestik dybere. Over 40 deltagere havde trodset den klæbrige augustvarme og var mødt frem for at forsøge at blive lidt klogere på, hvorfor det er vigtigt at have en beskrevet professionsetik i praksis, og hvad det egentlig betyder at have en almenmedicinsk tilgang til patienten.

Praktiserende læge Troels Mengel bød velkommen og introducerede aftenens oplægsholdere, som alle har en holdning til almen praksis, hvem vi er, og hvad vi skal (kunne).

En case om en fåreavler

Den røde tråd gennem hele aftenen var en specifik case, som var opfundet til lejligheden, om en fåreavler i 60'erne. Casen illustrerede meget fint den holistiske tilgang til patienten, som er fremherskende i almen praksis, og hvordan en konsultation sagtens kan udvikle sig til et komplekst samspil mellem medicinske, psykologiske, pædagogiske og eksistentielle problemstillinger. Midt i en fåremark.

Kort fortalt har fåreavleren lagt sig til at dø i fårefolden – måske fordi han har fået konstateret prostatakræft. Hvad gør den praktiserende læge nu? Hvad er vores ansvar? Hvad er ikke?

Efterfølgende får fåreavleren ved den ihærdige og dedikerede almenmediciners indsats et video-konsultationsforløb i urologisk ambulatorium, men han nægter at køre til storbyen Aalborg for at få behandling hos urologerne. Det må praksis da kunne

klare lokalt, synes han. Hvad skal den praktiserende læge nu stille op – og hvad skal hun ikke? I efterforløbet er der igen problemer, da fåreavleren kræver dosis af sin behandling halveret grundet bivirkninger. Kan almenmedicineren stå inde for den behandling? Og kan hun stå inde for at undlade at behandle sin patient?

Lægens dømmekraft

Casen om fåreavleren blev efterfølgende drøftet ved bordene: Hvad vil det egentlig sige, at lægen bruger sin dømmekraft? Bruger vi den ens? Vi har vores teoretiske og tekniske viden, men hvilke værdier og mekanismer er på spil, når vi træffer beslutninger i disse komplekse menneskelige problemstillinger? Hvordan skal man forklare STPS (eller utilfredse pårørende), hvad der er grundlaget for en given beslutning eller metode, som afviger fra retningslinjerne?

Det absolut centrale – også ud fra en professionsetisk vinkel – må være at gøre det rigtige for den enkelte patient. Snakken giv livligt. Som én af oplægsholderne muntert bemærkede: Hvis der er to praktiserende læger, så er der tre meninger!

Hovedhjørnestenen i velfærdssamfundet

Leif Vestergård Pedersen roste de praktiserende læger med betegnelsen "hovedhjørnestenen i velfærdssamfundet". Den moderne almene praksis udgør et fagprofessionelt fællesskab, som har fokus på omsorg for patienten. Dette betyder også, at man nogle gange gør noget, som man ikke får betaling for. Det er nok rigtigt. Men hvor går grænsen? Og hvor langt skal vi strække os? Når der nu i nogle tilfælde "ikke findes en ydelse for det her".



Leif Vestergaard Pedersen kalder de praktiserende læger "Hovedhjørnestenen i velfærdssamfundet". Foto: Troels Mengel-Jørgensen.

Det er os, der skal drive det nære sundhedsvæsen og være med til at drive det fremad. Dette fordrer, at man kan regne med almen praksis. Og det fordrer, at almen praksis stiller krav til kommunerne og især hospitalerne. Men vi skal være enige om, hvilke krav vi stiller. Og hvordan bliver vi det?

Vi må ikke blive små øer

Tidligere PLO-direktør Jonathan Schloss, som med egne ord "bor med læger på hvert gadehjørne" (i Charlottenlund), synes, vi skal sørge for, at almen praksis ikke bliver som små øer, hvor hver klinik selv kan bestemme, hvad de skal lave.

Han præsenterede i sit oplæg sine tanker om Danske Regioners vision for almen praksis 2030. Der er, måske ikke så overraskende, lagt op til, at almen praksis fortsat kommer til at få ansvar for opfølgning, kontrol og medicinjustering for en lang række kroniske lidelser. Der bliver færre sololæger, for yngre læger vil kompagniskaberne, og der kommer mere og mere klinikpersonale. Borgere i Danmark skal vænne sig til sjældnere at se lægen, men derimod at se en sygeplejerske. Og så skal vi nok i endnu højere grad vænne os til selv at passe vores gamle pårørende i fremtiden. Til gengæld bliver lægemanglen væsentligt afhjulpet i løbet af de næste 5 år – i hvert fald omkring de store byer.

Det fælles mellem patient og læge

Louise Jessen Lundorf som, foruden at have en bachelorgrad i filosofi, er praktiserende læge i Vrå og ekstern lektor på Aalborg Universitet havde medbragt en serie af spændende handouts om den etiske model, hun selv er



Luise Jessen Lundorf satte fokus på, hvordan lægen og patienten skal nå til enighed i et fælles perspektiv og en fælles beslutningsproces. Foto: Troels Mengel-Jørgensen.



Jonathan Schloss: Almen praksis må ikke blive små øer i fremtidens sundhedsvæsen. Foto: Troels Mengel-Jørgensen.

i gang med at skabe og videreudvikle. Louise var god til at forklare kompliceret etik med mere simple ord. Modellen giver en indføring i den kontekst, som patienten og lægen er fælles om, og processen med, hvordan man sammen med sin patient skal nå til enighed i et fælles perspektiv og en fælles beslutningsproces. For hvad er det nu helt præcist, der sker i mødet mellem den almene dømmekraft og vores faglige dømmekraft? Og kan man desuden overhovedet tale om, at praksis er evidensbaseret? Kan der forekomme situationer, hvor omstændighederne tvinger os til at bøje evidensen? Og hvordan forholder vi os etisk til det?

Efter sidste del af casen om fåreavleren fik vi indblik i, hvilke tanker vores to deltagere fra hjemmepleje og sundhedscenter Dorthe Munk og Trine Holmdal havde gjort sig. Vi lærte ordet "psykisk tilsyn", som de fleste var enige om, at fåreavleren godt kunne have brugt i situationen.

Måske kunne et akutbesøg fra hjemmesygeplejersken i tillæg til indsatsen fra den praktiserende læge have givet vores fåreavler den akutte omsorg og støtte, han trængte til? Og på længere sigt få skabt et bedre netværk omkring ham, så han var mindre belastet.

Professionsetikken styrker fællesskabet

"Den praktiserende læge er den eneste gennemgående læge for vores patienter." Sådan sagde Bolette Friderichsen i sin opsummering, og hun konstaterede, at "i den kommunale sektor er der end ikke læger. Ingen anden sundhedsperson har det indblik og kendskab til patienten, som vi har. Men vi kan ikke gøre alting selv. Vi er i tiltagende grad spilfordelerne, heldigvis oftest sammen med den kompetente patient". Og hun fortsatte med at stille spørgsmålet: "Hvordan kan professionsetikken hjælpe os til at prioritere vores ressourcer og aktivere andre aktører efterhånden som der bliver brug for det?"

Schloss har selvfølgelig ret i, at PLO skal være en troværdig aftalepartner, men det er PLO også. Men PLO kan ikke aftale sig til, hvilke sociale og helbredsmæssige problemer vores patienter vil møde i en ukendt fremtid. Og mange kaotiske forløb passer på ingen måde ind i aftalestrukturerne.

Er vi øer? Nej, men den enkelte klinik må nødvendigvis også selv prioritere sine ressourcer og tilpasse sig efter behovene i klinikkens population, hvad det lokale sundhedsvæsen tilbyder, og hvad lægen i særlig grad er dygtig til og glad for og dermed kan aflaste andre aktører mest muligt.

Er der da fri leg? Nej, men der er mange rigtige løsninger på et givet problem. Derfor vil der vedvarende være brug for vores fagfællesskab til at styrke og udvikle dømmekraften. Professionsetikken styrker fællesskabet.

Alt i alt illustrerede de fire oplæg meget fint, at fælles forventningsafstemning mellem flere aktører i sundhedsvæsnet i sidste ende kan give et rigtigt fint forløb for den "svage" eller "sårbare" patient. Eller som Bolette Friderichsen konkluderede: "Aftenens møde var et dejligt eksempel på, hvordan fagfæller kan udvide hinandens horisont i god dialog med repræsentanter for det omgivende samfund." //