

Et spadestik dybere, TAK

På min første dag på medicinstudiet punkterede to kendsgerninger stemningen hos det ellers forventningsfulde publikum: I bliver uddannet til arbejdsløshed; der er ikke lægemangel, lød det. Og dernæst: Verden kommer snart til at se en pandemi igen, og millioner risikerer at dø.

Profetien om en pandemi var det mindst skræmmende den dag i 1991; vi sad trods alt lunt og godt.

Her 30 år efter er det nærmest ironisk at se, hvordan verden uforberedt er blevet overrumplet af pandemiens hærgen. Og hvordan konsekvenserne fra 90'erne har sat sine dybe spor i vores speciale med stor lægemangel og udbrændte kolleger til følge.

Efter vores egen krise i 2013 har alle kræfter i vores foreninger været sat ind på at forbedre vilkårene på en lang række områder, og meget er lykkedes. Men ikke alt. Vi er for få, og vores arbejdsmiljø skaber grobund for mistrivsel.

Pandemien har tydeliggjort, at en ny slags krise er indtruffet. Vi har set eksempler på statsligt misbrug af vores autorisations-id; hospitalskolleger, der i stigende omfang "overdrager" opgaver, som de selv kunne løse; politikere, der som automatsvar på TV opfordrer befolkningen til at kontakte egen læge med endeløse forespørgsler om COVID-19, som slet ikke hører til i almen praksis; sammenbrud på telefonerne, så de syge ikke kan komme til; afviste henvisninger og silotænkning, der medfører forsinket udredning og meget andet.

Den gode nyhed er, at der efter 2020 ingen som helst

tvivl er om, at vi nyder stor anerkendelse som faggruppe. Selvfølgelig skal vi fortsat bidrage til at overkomme pandemiens følger. Det gør vi. Det vil vi.

Men udfordringerne gør det også tydeligere, at vi skal blive bedre til at beskrive, hvem vi er, og hvad vi kan: Hvilke værdier har vi? På hvilket grundlag? Hvilke opgaver er almenmedicinske, og hvilke er ikke?

Og det handler om meget mere end en simpel elevator-tale: Det handler om professionsetik.

Vores kolleger Benny Ehrenreich, Niels Saxtrup og Marianne Lentz havde forberedt deres session på det aflyste DSAM-årsmøde.

Heldigvis lader ildsjæle sig ikke stoppe af en pandemi, og de tre har været vores skarpe og dygtige gæsteredaktører under tilblivelsen af dette temanummer om professionsetik for praktiserende læger.

Det er første spadestik. Vi håber at I – kære læsere – vil kommentere og bidrage med flere spadestik og artikler om vores profession.

Rigtig glædelig jul og godt nytår her fra redaktionen

På gensyn i 2021. //

Lederen skrives på skift af chefredaktør og FYAM-redaktør. Lederen er et udtryk for skribentens holdning og udtrykker ikke nødvendigvis DSAM's holdning.





KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE:

Selskabets synspunkter vinder genklang under corona



2020 går nu på hæld, og det er et godt tidspunkt at lave mediestatus på en lang periode, som til tider har føltes som en tsunami i slowmotion på repeat, og som har revet al normalitet med sig. Virussen har udfordret vores vaner, livsstil og ikke mindst vores hårdt pressede sundhedsvæsen.

Da pandemien for alvor gjorde sit indtog tilbage i februar, kan det ikke undre nogen, at selskabet oplevede et stort opsving i antallet af henvendelser fra danske medier, der gerne vil have en udtalelse fra selskabets formand eller fra et medlem af DSAM's corona-taskforce.

Det har vi i sekretariatet lavet lidt statistik på. Medierne interesse viser tydeligt, at selskabets synspunkter vinder genklang derude, for journalisterne kommer tilbage efter mere viden – igen og igen. Og hvorfor? Fordi vi har været tilgængelige, fordi vores talspersoner har været dygtige, klare i spytet, og fordi vi har haft noget på hjerte – noget, som befolkningen har efterspurgt. Talspersonerne har talt om værnemidler, senfølger, om nære kontakter og meget mere. Og borgerne har tillid til det, vi siger.

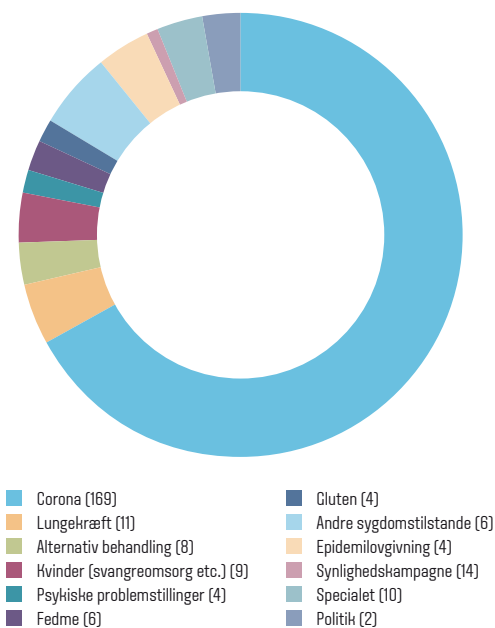
239 artikler og tv-interviews

I skrivende stund er DSAM's talspersoner i 2020 blevet citeret i over 239 artikler og tv-interviews, når vi tæller artikellinks fra vores hjemmeside. Tallet kan faktisk godt være større, da vi som regel kun tager linket fra én citathistorie, men samme historie fra f.eks. Ritzaus Bureau kan florere i flere medier.

Det er hhv. TV2, DR, Politiken, Jyllands-Posten og Ber-

lingske Tidende, som har stået for en stor del af formidlingen – faktisk for hele 60 procent af alle artikler og interviews. Det er primært emner, som er relateret til corona, der har fyldt i forespørgslerne. Næsten 70 procent af

DSAM i pressen 2020



Grafik: Det blå felt viser omfanget af corona-artikler.

Jeg håber, at den kommende vaccine mod COVID-19 vil give plads i medie billedet til flere almenmedicinske historier, så vi kan få belyst andre vigtige emner fra almen praksis i pressen.

de gange, hvor formanden eller en anden talsperson fra DSAM var i medierne, har det handlet om situationen med coronavirus.

Og her er ikke medregnet den nylige mediedebat om en ændring af epidemilovgivningen, hvor tvangsvaccination har været et stort tema. DSAM har fulgt vaccinesituationen nøje og senest med en kronik i Politiken, hvor vi argumenterer for, at regeringen bør skrive tvangsvaccination helt ud af lovforslaget, da det ellers kan skade befolkningens tillid til frivilligt at lade sig vaccinere. Sundhedsminister Magnus Heunicke kvitterede på Twitter – med henvisning til DSAM's kronik – at regeringen nu helt vil afskaffe muligheden for tvangsvaccinering i sit reviderede forslag til en ny epidemilov.

Bagsiden af medaljen

I løbet af året er der også blevet diskuteret medicinsk cannabis som behandling, lungekræftpakken, fedme, svangreomsorg og glutenfri livsstil, men ikke i samme omfang som coronaemnerne.

Jeg håber, at den kommende vaccine mod COVID-19 vil give plads i medie billedet til flere almenmedicinske historier, så vi kan få belyst andre vigtige emner fra almen praksis i pressen.

Vi ses i næste nummer af Practicus i 2021, hvor verden forhåbentlig vender tilbage til mere normale tilstande, i takt med at vi får vaccineret befolkningen. //

Glædelig jul og godt nytår.

TEMA OM professionsetik

Denne udgave af Practicus er helt særlig, fordi vi denne gang har haft tre gæsteredaktører med på holdet. De tre gæsteredaktører, Niels Saxtrup, Benny Ehrenreich og Marianne Dam Lentz, har det til fælles, at de alle er en del af Præstøgruppen, en almenmedicinsk tænketank og efteruddannelsesgruppe med 15 praktiserende læger eller speciallæger i almen medicin, som gennem det sidste år har arbejdet en del med emnet "professionsetik".

Temaet for dette nummer er således professionsetik, og vi forsøger med de følgende artikler at komme godt rundt om emnet. Vi har artikler fra forfattere, der ser på os udefra, og vi har artikler fra egne rækker. Skal vi have en professionsetik for praktiserende læger?

Vi tager hermed hul på debatten, men vi håber ikke, at det stopper her. Hvis du bliver inspireret, skal du endelig give dit besyv med. Vi håber at modtage flere artikler om emnet og følger op i et senere nummer af Practicus.

Stor tak til vores tre gæsteredaktører for at byde ind med så spændende et emne og selv lægge et stort arbejde i at nuancere debatten.

Practicus-redaktionen



Hvorfor have en professionsetik?

Vi har som praktiserende læger en selvforståelse af, at vi selvfølgelig er de bedste, mest effektive og billigste. Men embedsstanden og politikere deler ikke altid denne opfattelse. Vi kan som stand føle os misforstået, blive vrede eller indigneret, når vi oplever, at vores arbejdsområde og -metoder bliver dikteret; eller hvis vi skal evalueres på urimelige parametre. Vi bliver konstant udfordret på de præmisser.

De fleste af os husker året 2013, hvor vi efter stort ydre pres fra stat og regioner havde svært ved at finde vores egne ben, blev splittet internt og har måttet bruge år på at opbygge en nogenlunde samlet selvforståelse af, hvad almen praksis er og skal være i Danmark.

Hvad er det for en rolle, vi har? Over for hvem? Og hvad er det særlige, vi kan?

Et eksempel: I 2013 fjernede Region Hovedstaden med et pennestrøg Lægevagten og lavede 1813. De mente, at akutfunktionen lige så godt fagligt, organisatorisk og økonomisk kunne drives af det offentlige og med øvrigt sundhedspersonale i front. Det har været dyre lærepenge for alle parter: embedsfolk og politikere har fundet ud af, at det ikke var tilfældet (det vil de aldrig indrømme!), og vi har måttet sande, at vi ikke var i stand til at forklare, hvad det helt særlige ved vores profession er.

Er vi nu på sikker grund? Er vi som

profession eller enkelte læger i stand til at redegøre for mål og metoder for vores virke, vores grundlæggende menneskesyn, hvorfor vores organisering bør være i små selvstændige enheder, hvorfor vi har det svært med STPS?

Vi mangler en professionsetik

Vi har jo DSAM's pejlemærker og ikke mindst det almene lægeløfte (se side 30 og 31); de er vigtige og essentielle, men det giver os ikke et sammenhængende begrundet grundlag for vores virke og metode.

Vi vil konstant blive mødt af embedsværk og politikere med krav om, at vi skal optræde som ansatte og følge deres dagsorden. Vi vil indefra presses af krav om øget effektivisering og omsætning.

Vi har brug for en stærk egenforståelse, og vi har brug for igen og igen at fortælle omverdenen, hvorfor vi er, som vi er, og gør, som vi gør.

Baggrunden for denne artikel og dette temanummer er et arbejde, der er foregået i den almenmedicinske

tænketank, Præstøgruppen, gennem flere år.

Vores ambition er at få igangsat en diskussion blandt alle fagfæller med henblik på at få beskrevet et grundlag for den praktiserende læges profession i Danmark – en professionsetik.

Målet er, at vi har et fælles beskrevet grundlag, som vi arbejder ud fra, og som kan være en indføring i faget, en rettesnor for vores daglige arbejde, for efteruddannelse, for aftaler og overenskomster.

En etik kan være med til at give os selv mening, når arbejdet og kravene har tendens til at overmande os og meningsløsheden banker på.

En professionsetik er ikke en bibel, det er et dynamisk dokument, skal være levende og afspejle almen praksis i sin tid og sted.

Gennem arbejdet er vi nået frem

til nogle temaer, som naturligvis alle grundigt skal uddybes.

Temaer

- Som praktiserende læger vil vi dybest set "det gode", som Aristoteles udtrykker det, både over for det enkelte menneske og samfundet (hvad skal vi?).
- Professionen af praktiserende læger er et fagligt forpligtende fællesskab, som både giver privilegier og pligter (hvem er vi?).
- Grundlaget for vores faglige beslutninger er dømmekraften. Evnen til at bruge professionel dømmekraft betinger, at man er en del af dette professionelle fællesskab (hvad kan vi?).
- Lægegerningen er en "etisk profession", der har den enkeltes helbred som arbejdsområde og et særligt ansvar for den svage, man har i sit tarv (hvad er vores fokus?).
- Vores evne og ret til at bruge vores dømmekraft er afhængig af, at vi på den ene side har blik for, hvad der påvirker os, og på den anden side er autonome (hvad er vores fundament?).

Det gode er arketypisk

Praktiserende læger er til for at bidrage til det fælles gode i samfundet. Vores rolle er på mange måder arketypisk, idet alle samfund har noget, der minder om en praktiserende læge.

Professionen er et fællesskab

Selvom vi arbejder hver for sig og er forskellige, har vi en stor fælles forståelse af vores fags område og metode. Professionen er en sikkerhed for staten og borgerne, et kvalitetsstempel, og for os internt er det et kollegialt rum til faglig udvikling og gensidig støtte.

Dømmekraften er central

Praktiserende læger baserer beslutninger på en dømmekraft, der er bundet op på et fagligt livs teoretiske og kliniske viden og erfaringer, af den konkrete situation og professionens kodeks.

Vi ved, at der ikke findes en endelig og "sand" løsning på en given problemstilling, men ofte en sky af muligheder, der alle kan være mere eller mindre brugbare i den konkrete situation. Evidens siger ikke noget om det rigtige i en konkret situation, men evidens indgår som en del af det samlede vidensgrundlag.

"Lægekunst" eller "intuition" er luftige og upræcise begreber. Dømmekraft kræver, at man er del af et arbejdende fællesskab, hvor der er en

konsensus om vores område og metode. Således skal en beslutning kunne tåle fællesskabets vurdering og dom; det skal en intuition ikke nødvendigvis.

Vi har ansvar for den svage

Selvom vi er private virksomheder, er ansvaret for den svage vores etiske fordring. Selvom en mere lukrativ økonomisk forretning måtte ligge mere lige for, er det den, der har mest brug for os, der skal prioriteres.

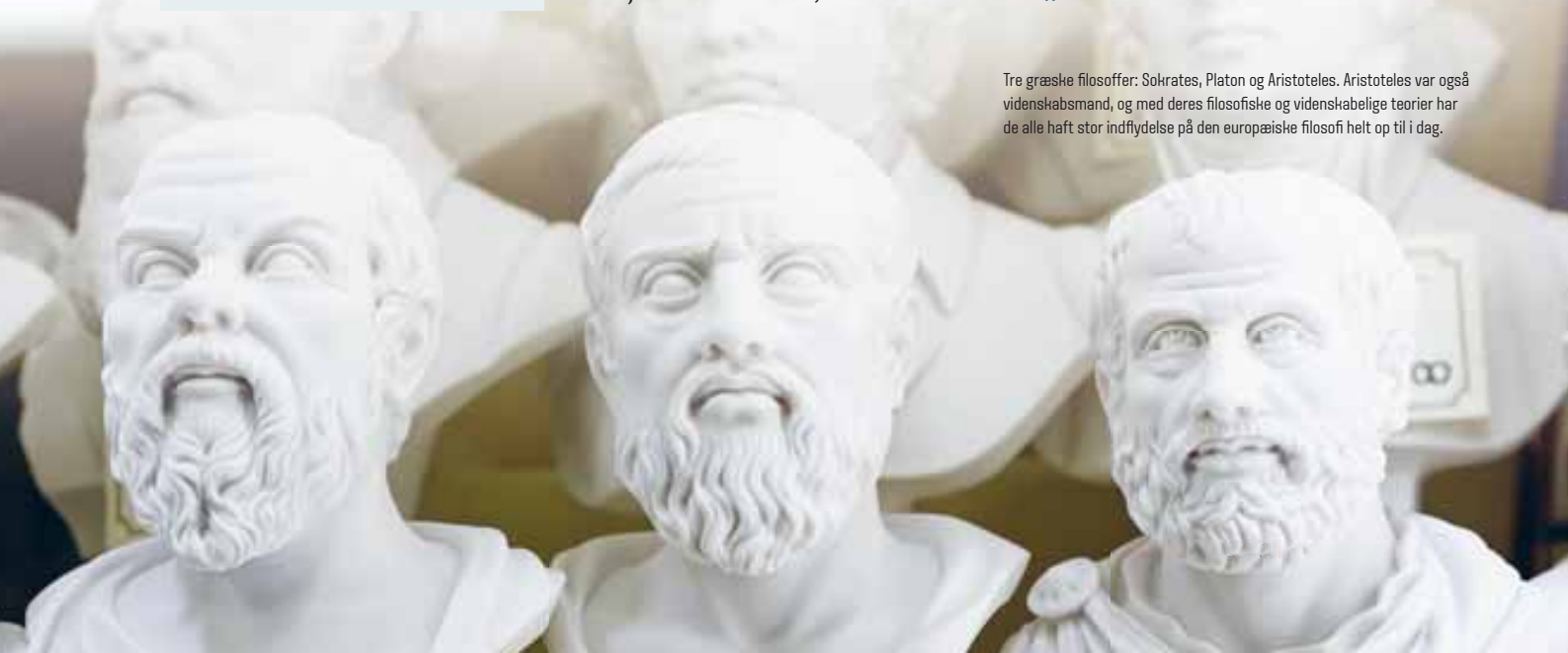
Autonomi i arbejdet er afgørende

Forudsætningen for at kunne arbejde frit og fokusere på mødet med det enkelte menneske og dets problemstilling er, at vi er en fri profession, men naturligvis som del af samfundet er underlagt demokratisk styring. Vi er aftalebundet på at levere en række ydelser, men vi har en frihed til at gøre det på den vis, som - vi finder - giver det bedst mulige faglige udbytte for det enkelte menneske.

Vores håb er, at alle gode kolleger vil tage del i arbejdet med at formulere og finpudse en professionsetik, at det kommende arbejde med diskussioner og forslag til forbedringer og ændringer sker i regi af DSAM, og at vi kan udsende et forslag til en professionsetik med et af de kommende numre af Practicus.

Vi ser frem til at høre, hvad I tænker. //

Tre græske filosoffer: Sokrates, Platon og Aristoteles. Aristoteles var også videnskabsmand, og med deres filosofiske og videnskabelige teorier har de alle haft stor indflydelse på den europæiske filosofi helt op til i dag.





Professionsetik

– det lyder lidt langhåret

Hvad kan det bruges til?

I 2016 indførtes "smykeloven", hvor asylansøgere skal have konfiskeret kontanter og værdigenstande over 3.000 kr. for at bidrage til egen forsørgelse. Politiet fik instruks om kropsvisitation og beslaglæggelse. Grænsepolitiet var ikke begejstret for opgaven. Mange betjente så det som umenneskeligt at ribbe fattige flygtninge for de sidste stumper, næsten overgrebsagtigt, og imod en af korpsets kerneværdier: at skabe tryghed for borgerne. Politiet skal overholde loven, men den enkelte politimand har også sin integritet.

Smykeloven er ikke blevet brugt særligt meget. Og der er ikke blevet beslaglagt et eneste smykke.

Var det udtryk for professionsetik?

Måske. Professionsetik er faktisk et grundfag på politiskolen.

En formuleret professionsetik kan være et bolværk mod forråelse og kynisme. Mod "jeg handlede efter ordre" eller "jeg gør kun det, jeg bliver betalt for".

Almen praksis har endnu ikke en formuleret professionsetik. Vi har lægeløftet og nogle værdier, der især er beskrevet i pejlemærkerne for almen medicin. Vi har også tradition for refleksion i supervisorsgrupper og på efteruddannelsen: Hvordan bliver jeg "den gode læge"? Men det ser ikke ud til at være nok. Udbrændtheden trænger sig på, og det er måske den største trussel mod vores kvalitet.

Vores arbejdsmiljø lider. Den seneste arbejdsmiljøundersøgelse er endnu ringere end den forrige, der var katastrofal nok. 40 pct. var middelsvært til svært udbrændt. Det aflæses i kynisme og manglende empati. Man får vat i ørerne og tænker bare på at få patienten ud ad døren, så man kan komme videre. Hvorfor? Er det produktionstankegangen i sundhedsvæsenet, der kvæler den gode læge?

Lægegerningen er IKKE bare et arbejde, det er også en identitet. Når der

bliver misforhold mellem det, vi gerne vil være, og det, vi rent faktisk gør, så opstår kynismen som en forsvarsmekanisme.

Etisk stress er et begreb, der opstod i det svenske sundhedsvæsen for 4-5 år siden. Når der er et dagligt vedvarende misforhold mellem det, man *vil* og *kan*, og det, man *gør* og *skal* og belønnes for, så slider det. Hvad sker der så? Man bliver måske teflonbelagt og ligeglad, eller man arbejder længere og længere hver dag for at nå det hele, eller man forlader faget i utide.

Men arbejdsmiljøundersøgelsen viser også, at et godt fællesskab med kolleger eller praksispersonale kan beskytte mod udbrændthed. Når vi gør os vores værdier klart, i samtale og refleksion med hinanden, omkring stort og småt, så kan vi bedre prioritere tid og kræfter. Sige pyt, opgive fejlfriheden, glæde os over alt det, der lykkes og reelt flytter noget i patientarbejdet.

Etik er anvendt filosofi. Lad os diskutere professionsetik. Et indre kompas, så vi ikke mister retningssansen, når det politisk-administrative Danmark vil definere vores opgaver.

Hvad er den gode læge? Lad os få nogle bud. //





Mig og min læge:

almen praksis med patientens øjne

Som udgangspunkt har alle i Danmark en læge. Ikke bare en tilfældig læge, men en egen læge, eller "min læge", som vi siger. Der er ingen tvivl i danskerens hoved, heller ikke selvom man hører til et lægehus og ikke helt ved, hvem af lægerne man egentlig 'har': Min læge er den alment praktiserende læge. Mange af de multisyge patienter, jeg har fulgt i min forskning, har adskillige andre speciallæger tilknyttet deres behandling, men min læge, den praktiserende, er den, som kender mig, siger de patienter, der har multisygdom.

Jeg er almenmedicinsk forsker med en baggrund som antropolog og forsker i patientperspektiver på livet med sygdom, relationen til sundhedsvæ-

senet og oplevelsen af ulighed. De patienter, som beskrives her (med opdigtede navne), er mennesker, jeg har fulgt og talt med i forbindelse med min forskning. For dem er etikken først og fremmest i relationen mellem to mennesker – lægen og patienten.

Hvad er en god læge?

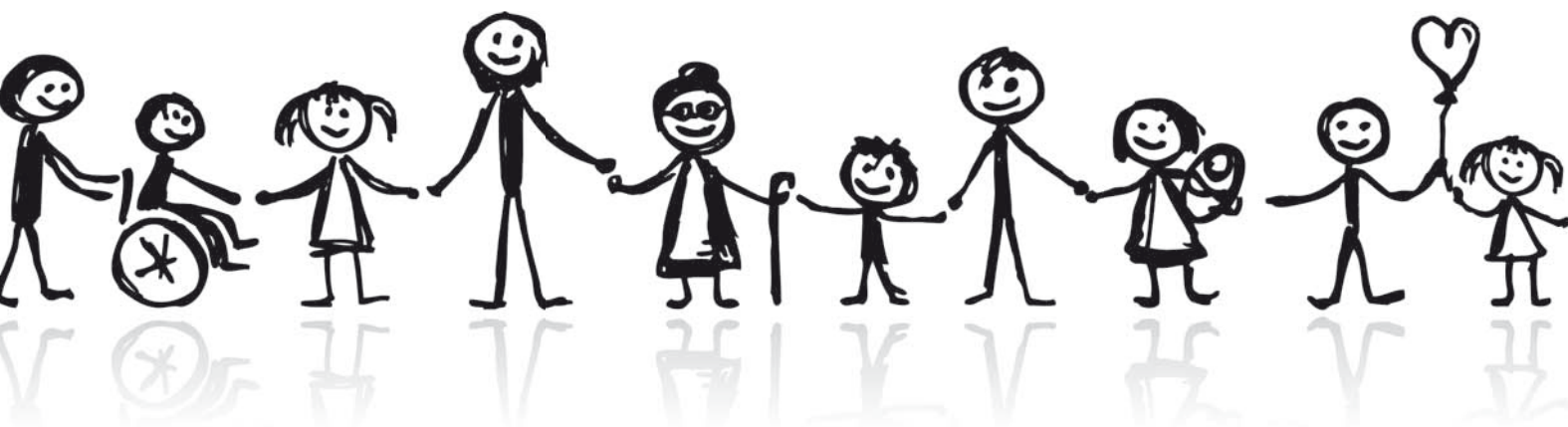
"En god læge er én, der virkelig lytter, tager sig tid til dig og ser dig i øjnene" (Hanne, 68, multisyg)

Langt de fleste af de patienter, jeg har talt med, har et godt forhold til deres praktiserende læge. Når jeg har spurgt patienterne, hvad en god læge er, så handler det om relationen og om, at du ikke blot er et nummer i rækken. "Øjenkontakt og tillid", forklarer Maj-Britt, 69, der ofte er med sin mand

til læge. "Når lægen taler med én, så man forstår det, tør man godt stille alle de dumme spørgsmål".

Tilgang til tid betyder meget

Og så er der det med tiden – ikke at føle, at lægen faktisk har for travlt til én. Nogle gange handler det i virkeligheden ikke om tid som sådan, for jeg har set masser af korte konsultationer, hvor patienterne følte sig både set og hørt, men om tilgangen; om ikke at lade sig mærke med tidspresset. Andre gange er den ekstra tid afgørende: "Da jeg blev sygemeldt med belastningsreaktion og stress, satte min egen læge en time af til at tale med mig om, hvad jeg havde brug for, og sidst i samtalen sagde hun, at jeg bare skulle ringe eller komme for-



bi, hvis der var mere, jeg ville tale om. Jeg brugte aldrig den mulighed, men det betød, at jeg vidste, jeg kunne, og det var det vigtigste for mig. At lægen gerne vil hjælpe, og at jeg ikke er 'i vejen' eller er endnu en patient, som bare skal overstås", fortæller Lisbeth, 38.

Flere patienter fremhæver også det vigtige ved, at den praktiserende læge kan berolige, undersøge det, som skal undersøges, men uden at skabe unødigt bekymring. Det vidner ifølge patienterne om stor faglighed og giver tillid til lægen.

Når min læge gør en forskel

Patienterne fortæller, at lægen ved at kommunikere tydeligt, respektfuldt og omsorgsfuldt kan gøre en kæmpe forskel i arbejdet med sårbare patienter, eksempelvis mennesker med svær psykisk sygdom eller med komplekse sociale problemstillinger. Sårbare patienter med komplekse problemstillinger skammer sig ofte, føler sig nedværdiget og har brug for, at lægen viser forståelse og respekt for den enkeltes situation. Det gør en forskel, når lægen

sårbare forældre om den underretning, de skal skrive til kommunen, og kan formulere underretningen, så det fremgår, at forældrene har forstået, hvad underretningen skal hjælpe dem med i forhold til samarbejdet med kommunen.

Enkelte har konkrete hændelser, som er blevet afgørende. Som Else på 83, der fortæller: "Jeg tog hjem fra sygehuset, de sagde, det ikke var noget. To døgn vandrede jeg rundt inde i stuen, jeg havde så ondt i mine hænder. Til sidst kørte jeg til min egen læge og var ligeglad, hvis han ville kalde mig en kylling, men næsten inden jeg var kommet ind ad døren, sagde han: 'Else, du har blodpropper i din arm, jeg ringer efter ambulancen med det samme'. Jeg var død, hvis ikke det var for ham".

Hvis etikken mangler, går det ud over relationen

"Han sagde bare, at det med skytsenglene var noget pjat, han ville ikke høre på mig. Så har jeg faktisk ikke været deroppe siden, og det er fem år siden" (Birthe, 72, dårligt hjerte)

di lægen skulle være enig, forklarede hun mig, men det med, at hun havde følt sig til grin og ydmyget, havde ødelagt hendes tiltro til ham.

Jeg har observeret konsultationer, hvor den praktiserende læge havde travlt med at fremme sin egen dagsorden, og det oplevede patienterne som moraliserende. En patient havde stolt ændret sit cola-indtag til en sukkerfri variant, men dette blev negligeret af lægen, der i stedet ville tale om større ændringer for at opnå vægttab. Patienten sagde efterfølgende, at han ikke ville gøre noget, af det lægen havde foreslået, for "det kan jeg ikke bruge til en skid", skuffet over at hans, i egne øjne, gode initiativ ikke blev mere positivt modtaget.

Etikken for patienterne går som sagt på relationen. Hvis man ikke har talt om beslutningerne og ikke føler sig tryk ved lægen, fortæller mange, at de simpelthen ikke gør, "som lægen siger". Omvendt føler enkelte sig også snydt af lægen, fordi denne ikke fik tilstrækkeligt forklaret patienten, hvad hensigten med undersøgelserne var: "Jeg vidste, hvad der var galt, jeg havde feber og var syg, og alligevel skulle de både have det der infekti-onstal og tjekke for halsbetændelse, selvom jeg fortalte, at jeg ret sikkert var smittet med herpes", fortæller Mikael, 29, som efterfølgende følte, at lægen bare ville tjene en masse penge på ham.

Det kan også være problematisk, når især ældre patienter er bange for at tage for meget af lægens tid. De ældre mennesker, jeg har fulgt, har enorm respekt for lægen og gør meget ud af at fortælle mig, at de ikke tager til lægen med "småting". De er bange for at fremstå dumme og fortæller kun om tvivl og overvejelser, hvis de har tillid til lægen. Hvis etikken mangler i relationen, mangler tilliden, og det går i sidste ende ud over patienterne, som derved ikke får den optimale behandling.

Når jeg har spurgt patienterne, hvad en god læge er, så handler det om relationen og om, at du ikke blot er et nummer i rækken.

tager patienten alvorligt, fortæller Sara. "Niels, min læge, han kan bare det der, han tror på, hvad jeg siger, jeg føler i min krop, og han undersøger det også. Han siger ikke bare, at det er min psykiske sygdom eller bivirkninger" (Sara 27, lider af skizofreni, angst og selvskadende adfærd). Nogle sårbare patienter er bange for autoriteter som læger, føler sig misforstået og har af den grund mange lægeskift. De gode læger er eksempelvis i stand til at tale med

Etik mellem mennesker handler grundlæggende om, hvordan man behandler andre og at acceptere, at forestillinger om, hvad der er et godt liv, kan være forskellig fra ens egen. Enkelte patienter som Birthe har oplevet, at deres valg og livsverden ikke blev respekteret af deres egen læge. Det kan godt være, at Birthes skytsengle ikke er noget værd fra et biomedicinsk synspunkt, men Birthe fandt ro og trøst i dem. Og det var ikke, for-



Hvis etikken mangler i relationen, mangler tilliden, og det går i sidste ende ud over patienterne, som derved ikke opnår den optimale behandling.

Tid, hjemmebesøg og samme læge

Tid er et gennemgående tema, når patienter taler om, hvilke ønsker de kunne have til fremtidens læge. At have mere tid inde hos lægen. Ikke til de små ting, fodvorter, vaccine, et hurtigt tjek, men at der kunne blive afsat længere tid til de svære og komplekse problemer. For det kræver tid at komme bagom til de virkelige problemer, fortæller Helle, 55, der selv siger, at hun var meget nervøs og usikker gennem sit langvarige sygdomsforløb for fem år siden.

Patienterne har også ønske om hjemmebesøg, især til de ældre. Julianes far på 85 har lidt af en depression, siden Julianes mor gik bort for ti år si-

den, og han har svært ved at række ud og bede om hjælp, ligesom Julianes synes, det er svært at give udtryk for, hvor dårligt faderen klarer sig, når han er til stede. Et hjemmebesøg, siger hun, ville gøre både hende og faderen trygge – og spare hendes læge for mange bekymrede opkald fra hende selv, tilføjer hun med et smil.

Endeligt er der et gennemgående ønske om at se den samme læge hver gang. De fleste patienter har forståelse for, at lægemangel og organisatoriske udfordringer kan gøre dette umuligt, men hvis de kunne ønske frit, ville en egen fast læge skabe den absolut bedste relation. "Det handler om, at min læge kender mig, kender

min historie, ved, hvad for et menneske jeg er".

Et rum, hvor patienten bliver set

Det må altså være den vigtigste etiske opgave for almen praksis – uanset om det er fast læge eller vikar – at skabe det rum, hvor patienten føler sig mødt, set og anerkendt som et individuelt og værdifuldt menneske. Det vil være det bedst mulige afsæt for beslutninger om undersøgelser, behandlinger og forebyggelse ifølge patienterne, og for dem med mange komplekse problemstillinger vil det kunne underbygge det langsigtede behandlings- og sundhedsarbejde, fordi patienten så vil stole på 'sin egen læge'. //



Etik

– det kan vi vel ikke skrive os ud af?

Professionsetik – professioner har det med at fremstå lidt selvhøfrende. 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 højtstående 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 værkføretænkning, 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 medi-

cin", "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 dubiose datasøer, som via præcisionsmedicin udløser "multisygdom", endnu før vi bliver teenagere. Vi værner 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 datavalitet. Mange dyrer 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 fortøner patienten og dens 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 prak-

sis. 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. //



Professionsetik i praksis

Din læge planlægger dagen, vi alle tror skal komme
Og alt hun skal gøre for dig og andre, før dagen er omme

Fra telefonens første insisterende himen
lyttes, spørges, refereres, afstemmes hele timen

Hun skal komme sig på indersiden af det, som sker
Hun skal rumme dig-sig selv-sit personale nu og her

Se hvert symptom fra flest mulige perspektiver
Og aldrig begå fejl, mens alle i hende hiver

Hvert øjeblik den hele dag er en enestående chance
Til at give læge-patient-relationen balance

Sammen hive efter vejret, når livet tager pusten
Stryge patienten på armen, når den er gusten

Skille smerte fra alt det, som ikke er
Give plads til både vind og vejr

Lade hånt om det overordnede kvælende væsen
Der hele tiden lurar og er fremme med næsen

Som tror, mennesker kan fikses gennem krydser og formler
Og insisterer på målinger af rammer og normer

Det må din læge lægge bag sig
For at kunne være nær dig

Og uden ophold klø på
Det vigtige ej glippe må

Dog alt du kan ønske og være sikker på at få
Er øjeblikket, du oplever her og nu.



PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i marts 2021.

Det er fondens formål at virke til fremme af alment praktiserende lægers funktion i sundhedstjenesten til gavn for folkesundheden, herunder primært ved at yde støtte til videnskabelige og forskningsmæssige opgaver i almen praksis, projekter inden for uddannelse og efteruddannelse, praksisudviklingsprojekter, sundhedspædagogiske og tilsvarende foranstaltninger.

Støtten kan gives til praktiserende læger, yngre læger under uddannelse i almen medicin, samt læger og andre med tæt tilknytning til almen praksis, herunder de almenmedicinske forskningsmiljøer i nævnte prioriterede rækkefølge. "Græsrodder" prioriteres relativt højt.

Der kan primært ydes støtte til egen løn, vikarløn og/eller kontorhold i mindre omfang. Støtten kan gives såvel i forberedelsesfasen som under gennemførelse og i skri-

vefasen. Oversættelse af manuskripter, deltagelse i videnskabelige møder, forskningsmetodologiske kurser og kongresser, hvor man fremlægger originalarbejde, støttes i begrænset omfang. Der kan ikke søges om støtte til indkøb af apparatur eller it.

Ansøgningsskema kræves og udfyldes via DSAM's hjemmeside www.dsam.dk > Forskning > PLU-fonden.

Ansøgninger udfyldes online og infoside (underskriftside) samt eventuelle underbilag fremsendes til:

PLU's sekretariat
Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø.

Ansøgningsfrist for uddeling i marts 2021:

Onsdag den 10. marts 2021.

Nærmere oplysninger kan indhentes i PLU's sekretariat på tlf. 35 26 67 85.

Bemærk ny dato [igen]

Denne gang dog kun flyttet en enkelt dag.



ON THE EDGE

General practice for future generations

22nd NORDIC CONGRESS OF GENERAL PRACTICE

STAVANGER, NORWAY • JUNE 21-23 2022





Dømmekraften i centrum

Almenmedicinsk praksis er forankret i læge-patient-relationen og i en etisk-humanistisk sammenhæng.

Dette indlæg handler om etikken som det grundlæggende (menneske) syn, vi anlægger på læge-patient-relationen.

Vi har behov for en model for den almenmedicinske praksis, som er forankret i læge-patient-relationen og dermed i en etisk-humanistisk sammenhæng. En sådan model, hvor den almenmedicinske dømmekraft er i centrum, og hvor lægen og patienten ikke længere befinder sig i adskilte cirkler men i en fælles klinisk beslutningsproces, kan fungere som værn mod forskellige former for reduktionisme, der fra tid til anden udfordrer vores professionsudøvelse.

Professionel selvforståelse

Lægeprofessionen er etisk i sin natur – ikke blot fordi der er en asymmetri indbygget i læge-patient-relationen med et ansvar for mennesker i deres sårbarhed, men også fordi vi helt konkret i situationen møder patienten i

dennes krise, med sygdom som vores arbejdsfelt og med det overordnede mål at hjælpe patienten til det gode eller bedst mulige liv i en tillidsbaseret relation. Derfor kan vi ikke nøjes med at anvende etikken, når det brænder på, som f.eks. ved svære valg og grænsetilfælde, til interkollegial evaluering, eller når vi f.eks. udfordres af nye teknologiske muligheder. Vi er også nødt til at udvikle en reflekteret professionel selvforståelse, hvor etikken ses som en fundamental og integreret del af hele vores professionsudøvelse.

Etik står ikke alene

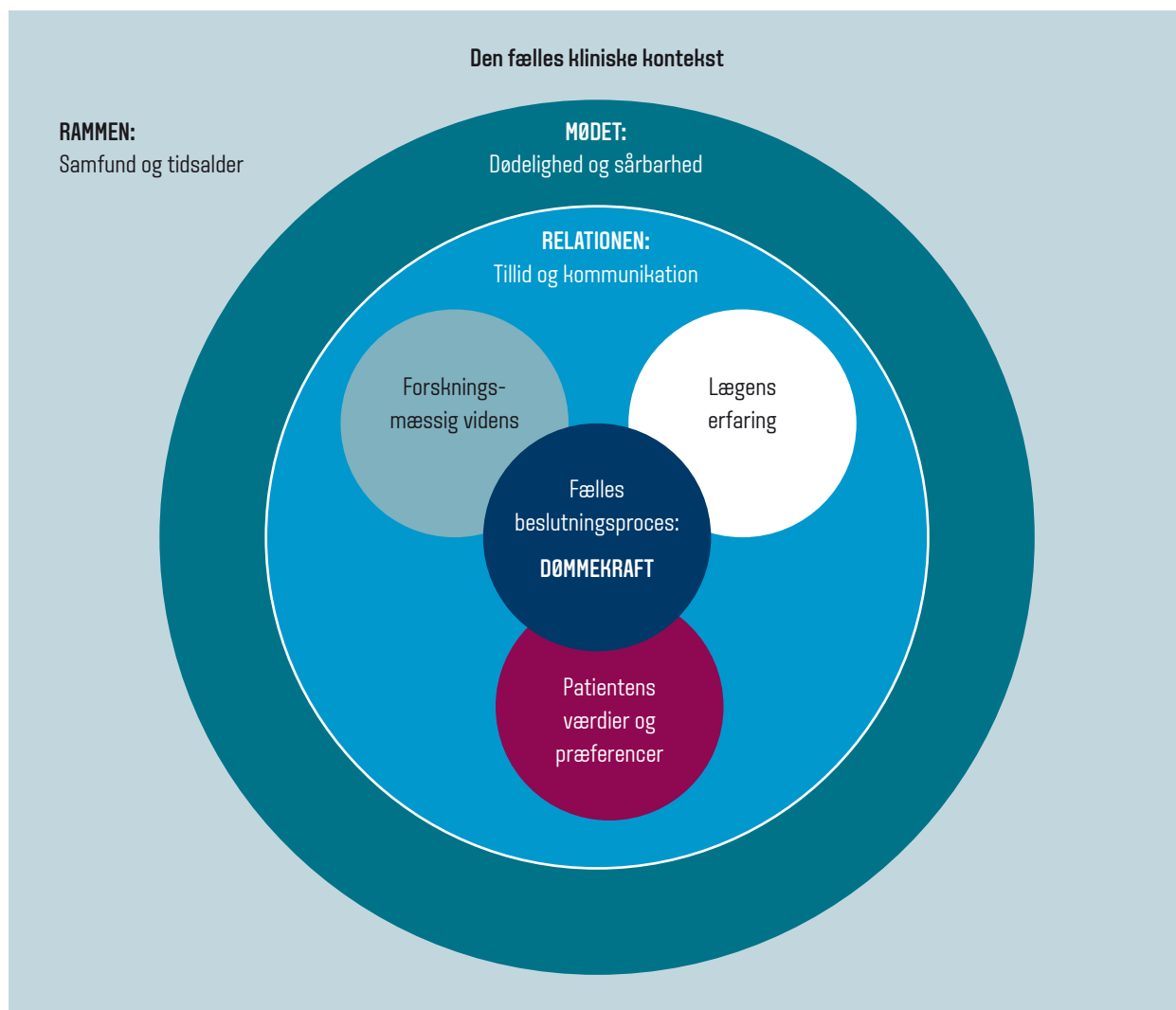
Etikken er imidlertid ikke den eneste dimension, som bør være en del af vores professions selvforståelse. Humanistiske, politiske, juridiske, samfundsmæssige, ressourcemæssige, kulturelle faktorer mv. spiller også en afgørende rolle i den praktiserende læges professionsudøvelse og i mødet med patienten. Set i lyset af dette komplekse landskab, som den praktiserende læge må navigere i, vil der uundgåeligt ligge et bagtæppe af usikkerhed i den kliniske praksis, uanset mængden af pålidelig forskningsmæssig viden.

Model for profession og omverden

De ovennævnte betragtninger er ikke nye, men vi har brug for at samle dem i en overskuelig model til brug for både vores egen profession og omverdenen. En sådan model kan ses i Figur 1 med en forklarende Tabel 1. Modellen er forsimplet og tentativ, men måske kan den fungere som et oplæg til fælles videreudvikling.

Modellen kan ses som en udvidelse og modificering af den trecirklede model fra evidensbaseret medicin, idet den i højere grad betoner det samfundsmæssige, det etiske, det huma-

Allerede inden der bliver
sagt noget i mødet
mellem læge og patient,
opfanger lægen
patientens kropssprog
og den etiske appel,
der udgår fra den
andens ansigt og øjne
om, at personen har brug
for forståelse og hjælp.



Model for vores profession og relation til omverdenen. Modellen er en udvidelse og modernisering af den kendte model for evidensbaseret medicin. Kilde: forfatteren.

nistiske mv. Samtidig er grundtanken med modellen, at patienten og lægen ikke længere skal befinde sig i adskilte cirkler, men at lægen og patienten sammen befinder sig i en fælles menneskelig og klinisk kontekst, bestående af en ydre ramme, et møde i en klinisk situation og en læge-patient-relation, hvori den fælles beslutningsproces og den almenmedicinske dømmekraft skal udspille sig som krumtappen i alle elementerne.

Den kliniske kontekst

1. Rammen

Læge-patient-relationen og grundvilkårene i mødet er naturligvis indlej-

ret i en kontekst, som udstikker rammen for, hvad der er muligt, ønskværdigt eller påkrævet. Rammen er ikke blot almen praksis' indretning, ressourcer og overenskomst, men også samfund, kultur, teknologi, historie, lovgivning, force majeure-situationer osv.

2. Mødet

Først og fremmest er patienten et menneske, der møder os med sin særlige sårbarhed. Hvad enten det er en bevidstløs patient, en syg patient, en bekymret patient eller en vred patient, så er det menneskets sårbarhed og dødelighed, som danner baggrunds-

tæppet for læge-patient-relationen. Lægen befinder sig også selv som person i dette baggrundstæppe, på sin side selvfølgelig lige så dødelig, men dertil med sin faglige og personlige usikkerhed, stående over for en unik person, der indkapsler både kroppens og sindets uendelige mangfoldighed og kompleksitet. Allerede inden der bliver sagt noget i mødet mellem læge og patient, opfanger lægen patientens kropssprog og den etiske appel, der udgår fra den andens ansigt og øjne om, at personen har brug for forståelse og hjælp. Patienten på sin side opfanger lige så hurtigt lægens professionalisme, ansvarlighed og åben-

Tabel 1: Elementer i den almenmedicinske praksis

Den fælles kliniske kontekst	
1. Rammen	Samfund, ressourcer, sundhedsvæsen, politik, lovgivning, kultur, tidsalder og historie, teknologisk fremskridt, religion, force majeure situationer (fx krig, epidemi, klimakrise mv.), almen praksis-indretning og kollegialt samarbejde, overenskomst, arbejdspress og tid til rådighed.
2. Mødet	Dødelighed, sårbarhed, usikkerhed, kroppens og sindets kompleksitet, etisk appel, ansvar, omsorg, professionalisme, åbenhed, opmærksomhed, kropssprog.
3. Relationen	Gensidig tillid, autonomi og autoritet, magtbalance, kommunikation/dialog, kontinuitet, personligt kendskab over tid, empati, hermeneutik, det narrative, trøst, placeboeffekt.
Den fælles kliniske beslutningsproces	
4. Forskningsbaseret viden	Evidenshierarki, mest pålidelige viden på et område, faglige standarder.
5. Lægens kliniske erfaring	Uddannelse, mesterlære, årelang klinisk erfaring og kendskab til patienten, kollegialt samarbejde, faglig tradition.
6. Patientens præferencer og værdier	Komorbiditet, personlighed, ressourcer, familie og netværk, prioriteter i livet, uddannelse, viden, erfaring, økonomi, kultur, religion.
Den almenmedicinske dømmekraft	
	Centrum og krumtap for elementerne i den kliniske praksis. Dømmekraften udspiller sig i den kliniske situation, hvilke elementer som "fylder" mest. Kilde: Forfatteren.

Note: Elementerne kan flere steder betragtes som overlappende, da f.eks. det humanistiske og etiske gennemsyrrer alle lag. Samtidig er modellen dynamisk, idet det afhænger af den kliniske situation, hvilke elementer som "fylder" mest. Kilde: Forfatteren.

hed (eller mangel på samme) i forhold til at ville forstå og drage omsorg. For så vidt begge parter er dødelige, er vi lige, men vi er ikke ligestillede i forhold til vores sårbarhed i det konkrete møde, hvilket konstituerer lægens ansvar.

3. Relationen

Baggrundstæppet for den fælles kliniske beslutningsproces er læge-patient-relationen. Patienten kommer til lægen for råd (consultatio). Patienten har sin egen autonomi, mens lægen opsøges i kraft af dennes autoritet og ekspertise. Således er der en kompleks og asymmetrisk magtrelation, som dog kan finde fælles fodslag ved en gensidig tillid. Ved mangel på tillid forkludres eller ophører dialogen. Dialogens formål er en respektfuld og empatisk forståelse af patientens fortælling og situation. Her stilles krav til lægens humanistiske og kommunikative kompetencer, som er en forudsætning for overhovedet at komme i gang med at bruge de mere naturvidenskabelige diagnostiske og

terapeutiske kompetencer – hvis de overhovedet kan adskilles. Den afgørende indflydelse, som en læge nogle gange kan have på en patients helbred og liv, ligger ofte i selve relationen (i form af trøst, lindring, placeboeffekt, kompliance, empowerment) og ikke kun i en diagnose eller en specifik behandling.

Beslutning og dømmekraft

Den trecirkledede model for evidensbaseret praksis er allerede velkendt, og den kan ses inkorporeret i Figur 1 med forskningsbaseret evidens, lægens erfaring og patientens værdier og præferencer. Centrum af modellen er imidlertid ændret fra at være "evidensbaseret praksis" til at være "fælles klinisk beslutningsproces og dømmekraft".

Dømmekraft er evnen til at bygge bro mellem teori og praksis, mellem det universelle og det partikulære, mellem vejledningen og det individuelle tilfælde, mellem det principielle og det komplekse/situationelle. Den almenmedicinske dømmekraft er ikke

kun summen af de humanvidenskabelige og naturvidenskabelige kompetencer. Den almenmedicinske dømmekraft må ved hjælp af en fintfølelse og omsorgsfuld opmærksomhed på de fremtrædende træk ved den enkelte kliniske situation kunne udlede det væsentlige, som kan danne baggrund for en klinisk vurdering, der samtidig kan stå til regnskab (dvs. være ansvarlig) over for det alment gældende (faglige retningslinjer/standarder og etiske principper mv.). Dømmekraften er essensen af lægefagligheden, som aldrig fuldt ud kan erstattes af en kunstig intelligens eller uddelegeres eller indskrænkes til at kunne udøves over en telefon eller video. Den lægefaglige dømmekraft er således indlejret i mødet med og relationen til patienten i dennes særlige sårbarhed i en fællesmenneskelig kontekst.

Ændringsforslag eller feedback til modellen modtages meget gerne. Se mail-adresse øverst i artiklen. //



Professionsetik

– hvorfor interessere sig for det?

Citatet minder os om, at læge-patient-forholdet er af en særlig ømfindtlig og sart natur. Som læge må man balancere inden for taktfuldhed og hensynsfuldhed, når man udøver sin gerning.

We give the doctor access to our bodies.
Apart from the doctor, we only grant such access
voluntarily to lovers – and many are frightened
to do even this.

John Berger, 1967

Fagspecifik agtpågivenhed og professionsetik

Lægens arbejde har med andre ord uomgængeligt en etisk dimension. Det overordnede begreb, etik, kan efter sit genstandsområde inddeles i normativ etik, deskriptiv etik og metaetik. Det kan også underinddeles efter sit grundlag i for eksempel nytteetik, pligtetik og dydsetik. Men begrebet etik indgår desuden i sammenhænge, der fortæller, at her er der tale om et område, hvor der findes særlige etiske spørgsmål eller problemer, som kræver fagspecifik agtpågivenhed. Man kan kalde det professionsetik. Eksempler er presseetik, sygeplejeetik og medicinsk etik.

Lægeløftet, Lægeforeningens Ethiske Principper og De Sygeplejeetiske Retningslinjer er eksempler på en nedskrevet professionsetik. Internationalt kan også nævnes en række deklamationer fra Verdenslægeforeningen (WMA) såsom Genève-deklara-

tionen, Helsinki-deklamationen og Tokyo-deklamationen.

Pas på med retorisk glasur

En professionsetik med deklamationer, målsætninger, visioner, værdisæt osv. gør det ikke i sig selv. Filosofen Steen Wackerhausen har med en vis skarphe-
det rettet opmærksomheden mod dette: "Ikke sjældent er en overordnet fælles formålsformulering, for eksempel om respekten for patienten og dennes autonomi, blot en tynd retorisk glasur, som dækker over en ganske anden virkelighed eller praksis. Manglende respekt og ydmygelser kan udfoldes og opleves ganske uden verbal kommunikation mellem patient og professionel overhovedet – for eksempel ved at patientens fysiske eller psykiske tilstedeværelse ikke registreres, ved at patienten bliver 'gennemsigtig' eller 'usynlig', ved at der ikke bliver talt med patienten, ved at patienten

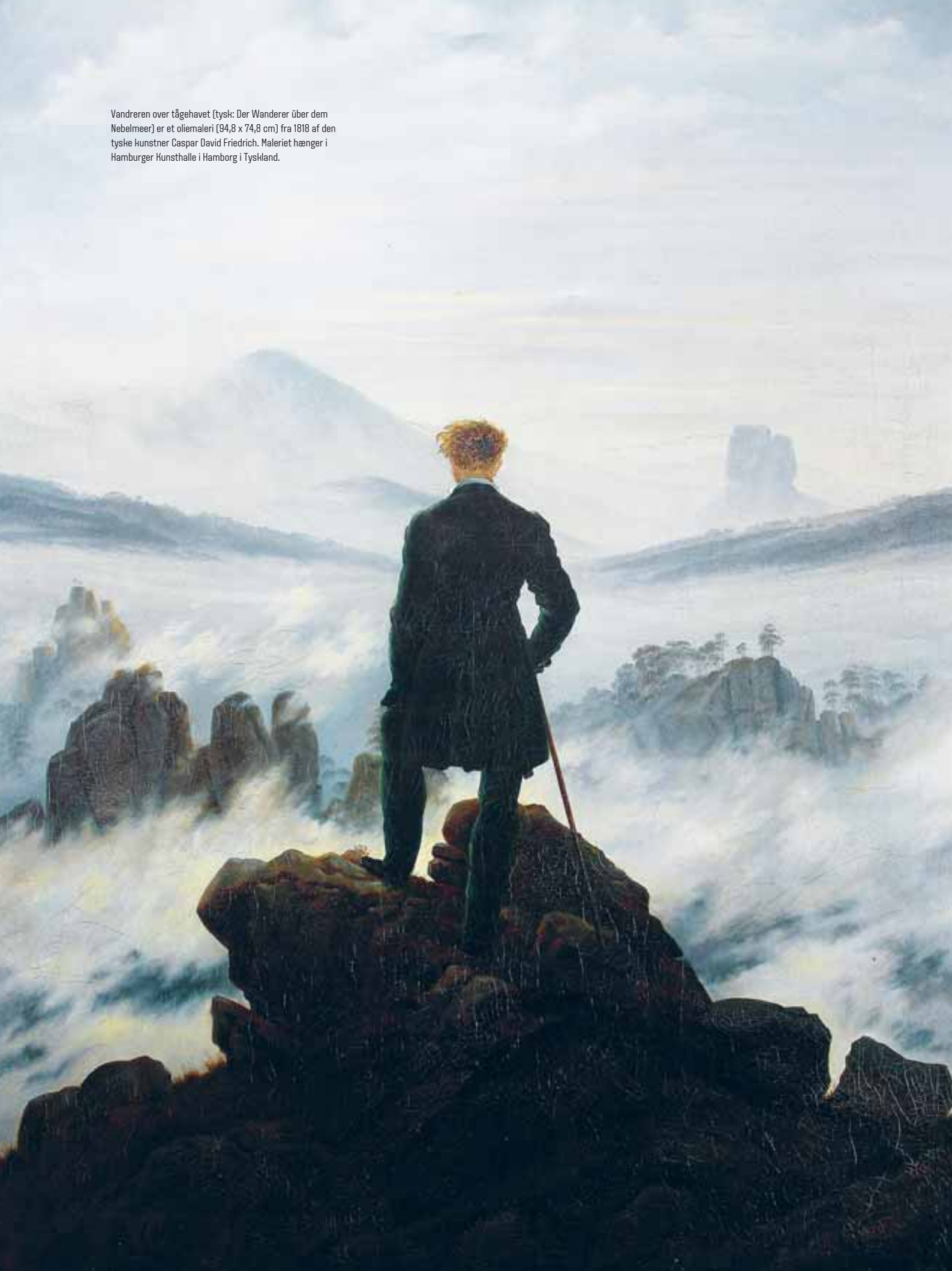
bliver talt om og gjort til 'nok et tilfælde', ved de sundhedsprofessionelles gemytlige, indforståede smalltalk, mens patienten bliver 'ordnet' osv."

Etik og etikette

I efterlevelsen af blåstemplede 'etiske regler' må det lille ord etikette, som er afledt af ordet etik, derfor ikke glemmes. Det dækker begreber som 'den gode opførsel' eller lægens taktfølelse. Etikette kan i denne sammenhæng kaldes nærhedsetik og er beslægtet med dydsetik. Etiketten forstået som taktfuldhed må sættes højt, for patienten vil være mere prisgivet og afhængig af lægens etikette og takt end af Lægeløftet og andre højtidelige etiske principper. Den 'lille etik' kan med andre ord have den største betydning.

En lægestuderende sagde: "Jeg forstod, at den bedste måde at lære gynækologisk undersøgelse på var, når patienten var bedøvet, for så ville pa-

Vandrerens over tågehavet (tysh: Der Wanderer über dem Nebelmeer) er et oliemaleri (94,8 x 74,8 cm) fra 1818 af den tyske kunstner Caspar David Friedrich. Maleriet hænger i Hamburger Kunsthalle i Hamborg i Tyskland.



Men begrebet etik indgår
desuden i sammen-
hænge, der fortæller,
at her er der tale om et
område, hvor der findes
særlige etiske spørgsmål
eller problemer, som
kræver fagspecifik
agtpågivenhed.
Man kan kalde det
professionsetik.

tienten ikke vide, at der var nogen, der øvede sig.” Her var der end ikke bevidsthed om tilstedeværelsen af et etisk problem. Patienten var blot et instrument for den kliniske undervisning, og udsagnet var udtryk for etisk blindhed: Den lægestuderende og dennes underviser så ikke problemet.

Det skjulte curriculum

Hvis en læge, som for eksempel skal foretage en undersøgelse, glemmer at præsentere sig eller at hilse, har lægen brudt med en gylden etisk regel om, at man ikke må middelgøre eller tingsliggøre medmennesket. Det gælder også, når lægen blot ser patienten som ’en skal, som rummer en sygdom’ eller ligefrem benævner patienten ved sin sygdom: ”Pneumonien på stue 12”. Også når for eksempel ordet ’kroniker’ anvendes om en patient, er det en de-personalisering. Man taler end og inden for almen praksis om begrebet ’kronikerydelser’, der bruges både af læger og embedsfolk. At tale om medmennesker som eksempelvis kronikere, alkoholikere, hypertonicere, overvægtige er en generaliserende objektgørelse.

Adfærden og sprogbrugen udsprin-

ger ikke af ondskab, men det afspejler noget, som indlæres i studiet og de første år som læge, ’Det skjulte curriculum’ er det blevet kaldt. Selv om det ikke er en bevidst endsige villet ondskab, gør det ondt, for det er nedværdigende og sårende for et menneske at blive behandlet som en genstand, og det viser en del af lægekulturen, som burde være fortid.

Mennesker må ikke tingsliggøres

I bogen "Venteværelset – en døendes fortællinger om livet", som er en samtalebog mellem patienten Jacob Harder og sygeplejersken Rita Nielsen, er det et vigtigt budskab, at mennesker ikke må tingsliggøres. Jacob er en dødeligt syg ung mand, og forfærdelse og fortvivlelse følger med. Han græder ikke kun over sin situation, men også over, at han bliver en case, en genstand for operation, stråler osv. Han siger flere gange, at de ikke ser mennesket i ham, de ser ikke det sårbare menneske. Han bliver et objekt for de professionelles foretagsomhed. Berettigede foretagsomhed, ja, men et objekt.

Det har også med respekt at gøre. Eller mangel på respekt. Den person, man respekterer, behandler man ikke dårligt – og omvendt: Man kan ikke behandle den dårligt, som man respekterer. Respekten for medmennesket er en af forudsætningerne for at kunne udvise omhu og taktfuldhed.

I læge-patient-forholdet er det, man kalder hjertets takt eller hjertedannelse, derfor allervigtigst, for dermed følger respekt for patienten parret med sensitivitet over for dennes behov. Taktfuldhed kræver fingerspidsfor-nemmelse eller en slags musikalitet i mødet med medmennesket.

Det er ikke så let at give regler for etiketten, nærhedsetikken, og ind imellem høres den påstand, at etik slet ikke er noget, man kan undervise i eller lære – jo, måske nok de relevante deklarationer og basale begreber,

og hvad Aristoteles, Kant og andre har skrevet og sagt, men ikke i den forstand, at det fører til ’etisk kunnen’, for det er noget, der hviler på den enkeltes samvittighed eller intuition.

Påstanden er fejlagtig. Den enkeltes dømmekraft kan være fejlbehæftet, og samvittigheden kan være ’uopmærksom’. På forhånd at have taget stilling til et etisk dilemma kan hjælpe, når man står i lignende situationer, og et dilemma kan belyses ved metodisk at gennemgå dets aspekter.

Etisk bevidsthed kan opøves

De senere år har såkaldte refleksionsmodeller vundet frem og har vist sig – helt prosaisk – at være et nyttigt værktøj til analyse af etiske problemstillinger. Etisk bevidsthed kan desuden opøves ved hjælp af eksempler, rollespil og dilemma-cases, og den kan skærpes gennem mesterlære; vi har en pligt til at være gode eksempler for yngre kolleger og for hinanden. Vi spejler os i hinandens virke.

Udgangspunktet for at øge ’den etiske opmærksomhed’ kan være, at et fagområde formulerer en professionsetik. Det kan give et empatisk ståsted i den sårbare relation, der er mellem patient og læge (Sodemann 2018). Hvis de praktiserende læger vil arbejde med at udvikle en professionsetik, signalerer det professionel modenhed, det fremmer en professionel identitet, det tilskynder til selvregulering, og det beskytter både patienter og læger.

Kontakt forfatterne for oplysning om referencer. //

Vi har en pligt til at være
gode eksempler for
yngre kolleger og for
hinanden. Vi spejler os
i hinandens virke.



Har PLO behov for et formuleret professionsideal for praktiserende læger?

Man kunne også spørge: Vi har jo lægeløftet. Har vi brug for mere? Eller: Vi har DSAM's pejlemærker for almen praksis, og hvorfor har PLO interesse i fagligheden?

PLO skal jævnfør sin formålsparagraf varetage de alment praktiserende lægers fælles faglige og økonomiske interesser.

Nogen kunne påstå, at vi burde have en arbejdsdeling mellem PLO og DSAM, så DSAM tog sig af det faglige, og PLO tog sig af det økonomiske, men så enkelt er det ikke.

I skrivende stund er jeg fuldt beskæftiget med at forhandle overenskomst for de næste tre år, så man kun-

ne sige, at PLO dermed varetager det økonomiske. Dette ville også være tilnærmelsesvist sandt, hvis vi kun forhandlede prisen for en konsultation og åbningstid. Men enhver, der har arbejdet i almen praksis, ved, at vores overskomster griber dybt ind i fagligheden og regulerer vores adfærd og prioriteringer via diverse pålæg og "incitament".

Tak for pejlemærkerne

Det har været overordentligt gavnligt for PLO, at DSAM i 2016 vedtog pejlemærkerne. Sådanne pejlemærker skal ikke kun tages frem ved festlige lejligheder, eller når man holder taler om sit fag og prøver at styrke vores fælles

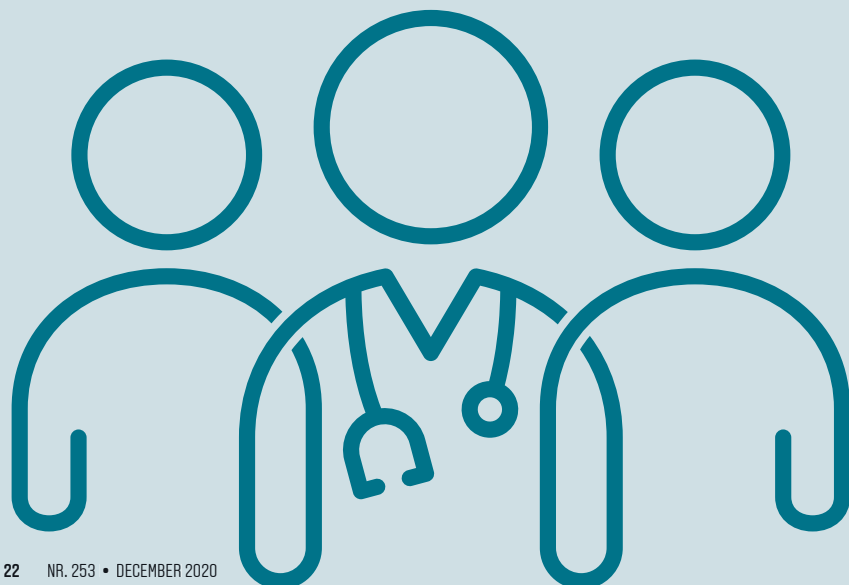
faglige identitet over for andre lægegrupper og over for offentligheden.

Lad mig give et eksempel. Pejlemærke nummer 3: *"Vi giver mest til dem, som har størst behov"*.

Hvis alle konsultationer koster det samme (145 kr.), så er der *kun* et fagligt og etisk incitament til at gøre det rette, at bruge mest tid på patienter med størst behov. Da jeg i min tid som formand i PLO-Syd indgik lokalaftaler om krisesamtaler og om særlige sygebesøg, så var det lige præcis inspireret af dette pejlemærke. Det vil sige bedre betaling for at gøre det, som man egentligt har det bedst med som læge, nemlig det, som kommer de mest lidende patienter mest til gavn. Ja, bevares, det er også en anerkendelse af, at vi som læger i vores professionelle virke, ligesom andre mennesker, lader os påvirke af markedskræfterne i vores adfærd – deraf ordet "incitament".

Pejlemærker præger vores position

Jeg havde med mine egne holdninger til vores fag nok fundet ud af at trække aftalerne i denne retning alligevel – også uden DSAM's pejlemærker. Men de var nyttige i dialogen med det politiske niveau og er det stadigvæk. Dette tredje pejlemærke sætter sit præg på mange samtaler med politikere og embedsmænd, ja, flere og flere tager



Men i spændingsfeltet mellem samfundets og vores egne ideale fordringer til lægevirket og den politiske og økonomiske virkelighed opstår dilemmaer, hvoraf nogle er vældigt indlysende – og alligevel trænger til at blive artikuleret og synlige.



det til sig, så man må sige, at selve vedtagelsen af pejlemærker har styrket vores fagpolitiske position. Vi kan på mange måder bruge dette pejlemærke både kollektivt politisk og i de enkelte klinikker, når vi skal tilrettelægge vores omsorg for vores unikke patientpopulationer.

Det svære valg er ikke svært

Vi har lige oplevet en skandale, hvor samfundet ikke kunne finde ud af at levere influenzavacciner nok til almen praksis, som er den eneste aktør, der reelt kan finde ud af, hvem der ud over alderskriteriet tilhører risiko-målgruppen for vaccination. Det er et eksempel på, hvad der kan ske, når det alene bliver de rå markedsmekanismer, der styrer en ellers samfundsmæssigt vigtig indsats for folkesundheden. En journalist spurgte mig i denne anledning, om det ikke er svært at vælge, hvilke sårbare der skal have vaccinen, når man mangler vacciner. Jeg måtte svare, at det er ubehageligt at skulle vælge, men at det ikke er svært, når man kender sine patienter godt. Det er ikke mere unaturligt for os end for kirurgen, der i skadestuen behandler det åbne lårbensbrud før den forstuvende tommelfinger.

Hvorfor professionsetik?

Når vi så har pejlemærkerne og lægeløftet (alle læger burde kende det, de har aflagt løfte på), hvad skal vi så med en nedskrevet professionsetik?

Jeg vil påstå, at det ikke er helt nok.

Vi har brug for, såvel internt kollegialt som over for samfundet, at få markeret det, der i særlig grad kendetegner os i forhold til andre lægeprofessioner.

Læg mærke til ordet ”forretninger” i lægeløftet. Det vil sige, at man allerede ved formuleringen af vores gode gamle lægeløfte har indtænkt, at vi driver forretning som læger. Det er i særdeleshed spændingsfeltet mellem forretningerne, lægen som erhvervsdrivende, og de ideale fordringer og etikken i virket som læge, der giver anledning til etiske dilemmaer. Man kan ikke skrive alle tænkelige etiske dilemmaer ned. Men i spændingsfeltet mellem samfundets og vores egne ideale fordringer til lægevirket og den politiske og økonomiske virkelighed opstår dilemmaer, hvoraf nogle er vældigt indlysende – og alligevel trænger til at blive artikuleret og synlige. Det er for eksempel et af de mest iøjnefaldende dilemmaer, at vores virksomheder skal være selvstændige for at kunne leve op til kerneværdier i faget (nødvendigt af hensyn til den individuelle patients tarv), men samtidig skal kunne indordne sig under væsentlige samfundshensyn.

Der vil være et naturligt overlap mellem pejlemærkerne og formulerede professionsetiske idealer, så det bliver spændende at se, hvordan det lander rent formmæssigt.

Spændende, hvad fremtiden bringer

Det er en glæde at være vidne til den faglige udvikling, som har styrket vo-

res fag de seneste år. Med pejlemærkerne tog DSAM et vigtigt skridt i retning af en stærkere og mere synlig fagidentitet. Hvis dette initiativ lykkes med at formulere en bredt anerkendt professionsetik (eller et professionsideal, om man vil), så vil det igen styrke vores fagpolitiske position i samfundet, og dermed gøre det nemmere for PLO at varetage vores faglige og økonomiske interesser på en troværdig og effektiv måde.

Jeg forestiller mig, at det ydermere vil gavne rekruttering af unge læger til faget, at man som speciallæge i almen medicin optages i et kollegialt fællesskab med stærke og udtalte idealer. Når man nu ved, at et af de vigtigste mål for PLO er, at vi skal være flere praktiserende læger, så giver det sig selv, at jeg som PLO-formand sætter pris på, at gode kræfter arbejder med at styrke vores fælles idealer. //

Se pejlemærker og lægeløfte på side 30-31.

Vi har brug for, såvel internt kollegialt som over for samfundet, at få markeret det, der i særlig grad kendetegner os i forhold til andre lægeprofessioner.



- set
udefra

Professionen praktiserende læger

Perspektivet

Jeg er uddannet cand.scient.pol., har taget diverse efteruddannelseskurser på INSEAD, Harvard, Stanford m.v. og er ansat som direktør for PLO på femte år. Før det har jeg haft direktør- og chefjobs på bl.a. Bispebjerg Hospital og Frederiksberg Hospital, i SKAT, i Falck Healthcare og i KL. Det vil sige en karriere med mest sundhed, men også børn og kultur samt skat. Jeg har været chef for alle sundhedsprofessioner, men også for skolelærere, pædagoger, socialrådgivere, DJØF'ere, HK'ere osv. På den baggrund tillader jeg mig den påstand, at jeg kan se på professionen praktiserende læger både indefra og udefra.

Den stærkeste fagprofession

Der hersker næppe tvivl om, at læger generelt – og hermed også praktiserende læger – på mange måder er at opfatte som den stærkeste fagprofession af alle.

Læger – herunder praktiserende læger – er den faggruppe med den gennemsnitligt højeste årlige indtægt. Høj løn er indikator for en stærk profession.

Indflydelse

Kun en folkepartist og de nye arbejds-klasseromantiske socialdemokrater (der kæmper med DF om de samme vælgere) lytter ikke til de fire lægeforeninger, herunder PLO, når det handler om sundhedspolitik. Og læger er forbundet med troværdighed og – i befolkningen – betydelig sympati. Tilsvarende har lægerne igen århundreder tilkæmpet sig enorm indflydelse over måden, deres arbejdspladser fungerer på, uanset om det er på sygehuse eller i almen praksis. Min påstand er, at ingen faggruppe bliver lyttet så meget til blandt sundhedspolitikere eller ledende embedsmænd som lægerne. Dette gælder i særdeleshed for de praktiserende læger.

Status

Læger er blandt topscorerne i diverse troværdighedsundersøgelser. At være praktiserende læge krydrer dette med en Doktor Hansen sympati og humanisme – en læge, der kan lytte, en læge, der kan tale dansk. Troværdigheden bygger formentligt i høj grad på det naturvidenskabelige fundament, altså er forestilling om, at læger i høj grad baserer sig på evidens, når de udtaler

sig. Troværdigheden er dog ikke guds-given. Den kan sættes over styr, hvis de praktiserende læger i for høj grad bliver kendt som kræmmere.

De praktiserende tæger

Nej, det er ikke en slåfejl. Da jeg skulle starte som direktør i PLO, var der mange i sundhedsvæsenet, der gerne ville fortælle mig om deres syn på praktiserende læger. Nogle kaldte dem for praktiserende tæger, og andre ville vise mig, hvordan praktiserende læger hilser med en fremstrakt hånd, hvor håndfladen vender op ad som symbol på, at praktiserende læger tænker i penge før alt andet. Nu har jeg haft meget med f.eks. eksterne konsulenter og advokater at gøre i mit chefliv. Og jeg kan med sikkerhed sige, at praktiserende læger ikke er mere optaget af at få betaling for deres arbejde end alle mulige andre liberale erhverv med mindre, selvstændige erhvervsdrivende; men måske mere optaget af at få betaling end en funktionær, f.eks. en sygehusoverlæge, på fast løn uanset aktivitet.

Denne optagethed af betaling for sit arbejde svækker dog uanset professionen praktiserende læger meget

i samspillet med politikere, embedsmænd og sygehuslæger, da sundhedsvæsenet er vant til at have med fastlønnede at gøre. Under COVID-19-krisen har det f.eks. i den grad givet ridser i de praktiserende lægers lak, at man stillede krav om dobbelt timeløn, da der var udsigt til, at sygehusene ville brænde sammen. PLO bliver nok den sidste organisation i Danmark, der umiddelbart siger "Wir schaffen das", når landet stander i våde. Det er min oplevelse, at praktiserende læger først spørger til, hvorvidt en opgave er meningsfuld, og om den er vigtig nok at presse ind i et presset program, dernæst til honoraret og til sidst, hvad kan vi hjælpe med. PLO har stålsat sagt nej til opgaver, der ikke er godt nok honoreret, eller som, man mener, tager tid væk fra noget, som man finder mere vigtigt. De praktiserende læger er en stærk profession, der igennem årene har fået forhandlet sig til en - for andre akademikere - ganske høj gennemsnitsindtjening.

De effektive praktiserende læger

Den store force ved de praktiserende læger set med DJØF'ernes øjne er deres effektivitet. De arbejder mange timer, og de arbejder meget fokuseret med kerneopgaven; patientbehandling. Når undersøgelser viser, at sygehuslæger kun bruger 15 minutter pr. time på direkte patientarbejde, mens praktiserende læger bruger 45 minutter pr. time på ditto, så bliver man i DJØF'ernes øjne en god og interessant faggruppe. DJØF'erne ved godt, at det ikke kommer patienterne og skatteborgerne særskilt meget til gode, at sygehuslægerne bruger $\frac{3}{4}$ af deres tid på bureaukrati, dårlig IT, møder osv. En ulempe ved fast løn kan være lavere produktivitet. De praktiserende læger bliver derimod kun honoreret for deres direkte patientarbejde, så de bruger ikke megen tid på møder, ledelse, udvikling osv.

Dette skyldes selvfølgelig ikke kun incitamentsstruktur, men også professionens iboende lyst til at arbejde

Det er min oplevelse,
at praktiserende læger
først spørger til,
hvorvidt en opgave er
meningsfuld, og om den
er vigtig nok at presse
ind i et presset program,
dernæst til honoraret
og til sidst, hvad kan
vi hjælpe med.



Den gode praktiserende læge er i stand til sammen med patienten at prioritere i patientens behov og fokusere på det vigtigste. Det har en kæmpe værdi i et sundhedsvæsen, hvor pengene aldrig slår til.

mest muligt med direkte patientkontakt. Ønsket om megen direkte patientkontakt gælder også for de fleste sygehuslæger. De kan dog ikke på samme måde selv tilrettelægge deres arbejdsdag, men er forpligtet til at medvirke i kvalitetsmøder, personalemøder osv. Det er de praktiserende læger ikke. De bestemmer selv over deres tid, og hvilket IT-system de bruger.

En humanistisk identitet

Når jeg har været chef for f.eks. pædagoger, skolelærere og socialrådgivere, har jeg altid fremhævet læger som den stærke fagprofession, som evnede selv at stå for udviklingen af eget fag, hvorimod de nævnte professioner i høj grad er blevet styret og udviklet af DJØF'ere. For praktiserende læger er der en meget stærk kultur for efteruddannelse. Som formentlig den eneste faggruppe i landet har praktiserende læger både en personlig efteruddannelseskonto, hvor der hvert år bliver indsat et betydeligt beløb, og en pligt til at efteruddanne sig hele tiden inden for definerede områder.

Noget særligt for de praktiserende læger er, at de også tilstræber en humanistisk identitet, hvor fokus ikke kun er på det naturvidenskabelige (biomedicinske), men også det relationelle, altså relationen mellem patient og læge, og det at arbejde personcentreret. Denne tilstræbte humanisme er unik for praktiserende læger og indebærer både en medført styrke og svaghed.

Svagheden er, at praktiserende læger har en svagere forskningskultur

end sygehuslæger. Specialet almen medicin ligger relativt lavt, hvad angår ph.d.'er, postdocs og professorer. Og den humanistiske del af almen medicin står særligt svagt, hvad angår publiceret materiale i forhold til den klassiske naturvidenskabelige lægevidenskab. Der er ej heller adgang til rigelige midler fra medicinalindustrien. En anden svaghed er, at det først relativt sent blev et krav at være speciallæge i almen medicin. Det giver de praktiserende læger som profession et medfødt mindreværds kompleks; for i lægeverdenen tæller du traditionelt ikke i det interne hierarki, førend du er speciallæge og har publiceret forskning.

Styrken ved de praktiserende lægers tilstræbte humanisme er, at de – måske som det eneste speciale – faktisk er optaget af relationen mellem læge og patient. Optaget af, om patienten er "med" i diagnostikken og behandlingen. Noget som på sygehuset oftest er uddelegeret til sygeplejersken, som "oversætter" for patienten, når lægen er gået. Den gode praktiserende læge er i stand til sammen med patienten at prioritere i patientens behov og fokusere på det vigtigste. Det har en kæmpe værdi i et sundhedsvæsen, hvor pengene aldrig slår til. Og hvor danskerne kun bliver ældre og dermed sygere.

Effektivitet øger efterspørgslen

Den store effektivitet i almen praksis betyder, at mange efterspørger, at de praktiserende læger påtager sig flere opgaver. Enten opgaver, som i dag lø-

ses (dyrt) på sygehusene, eller som ikke løses af nogen (den populationsbaserede tilgang, hvor sundhedsvæsenet mere aktivt opsøger og intensiverer sin indsats over for særlige målgrupper). Bare tanken om, at den store fremtidige mængde af multisyge skal gå i flere forskellige ukoordinerede sygehusambulatorier skræmmer mange planlæggere.

Lægemangel medfører omorganisering

Udfordringen er, at der er mangel på praktiserende læger. Det vil sige, når flere opgaver flyttes fra sygehusambulatorierne ud til almen praksis, når antallet af behandlingskrævende ældre stiger, når almen praksis får flere konkrete opgaver osv., så står det klart, at den gennemsnitlige praktiserende læge står over for valget om at brænde ud eller omorganisere sig.

Forhåbentligt vælger de fleste praktiserende læger at omorganisere sig fremfor at brænde ud. Sagt ganske kort så handler det om at ansætte noget mere klinikpersonale, der skal aflaste lægen i hans arbejde. I de kommende år vil det ofte ikke være lægen, man ser, når man går til lægen, men en sygeplejerske.

Vi har meget lidt viden om, hvilken betydning det konkret har, når almen praksis går fra at være en praktiserende læge og en sekretær til at være et sygeplejerskeambulatorium, som bliver superviseret af praktiserende læger ("overlæger"), der kun selv ser de mest komplicerede tilfælde. Kan kontinuiteten og patientrelationen overføres til sygeplejersker? Kan lægesuperviserede sygeplejersker prioritere i, hvad der er det vigtigste, som en praktiserende læge kan? Eller vil de være så styret af guidelines og vejledninger, at almen praksis begynder at ligne et traditionelt sygehusambulatorium? Og hvad har vi så vundet som sundhedsvæsen ved at flytte opgaver ud til almen praksis? //



Tilbage til rødderne:

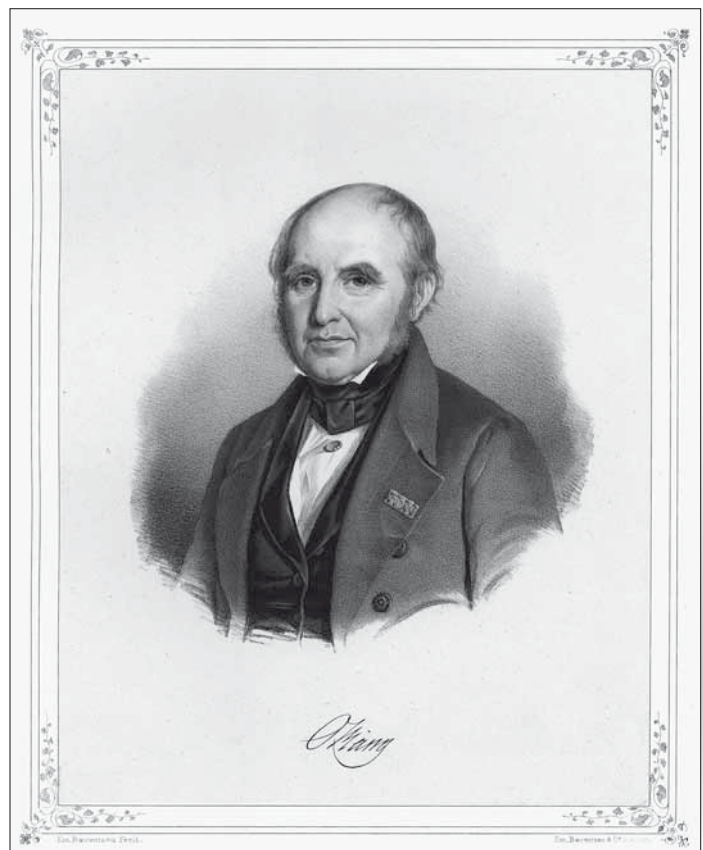
Hvad fejler Dem?

– måske det vigtigste spørgsmål i hele sundhedsvæsenet

De praktiserende lægers rolle har forandret sig og danner i vor tid en afgørende modvægt til det specialiserede sekundære sundhedsvæsen. Deres blik for menneskets individualitet har altid været deres styrke. Det giver dem en unik dømmekraft og en nøglerolle i sundhedsvæsenet.

Så længe lidelse har været en del af den menneskelige eksistens, har "medicin" også været det. Det vil sige en eller anden form for "heling" eller "behandling". Det var såkaldte "kloge" folk, som oprindeligt var de talstærkeste og udgjorde almuens primære behandlere indtil 1800-tallet.

De første uddannede læger kom til i 1500-tallet og var allesammen "praktiserende", dvs. de havde en privatpraksis som deres primære indtægt. I 1810 var der knap 300 autoriserede læger, hvoraf halvdelen boede i København. Den nyuddannede Christian de Meza (1756-1844) søgte væk fra det lægebefolkede København, da han skulle etablere sig i 1790'erne, og rejste til Helsingør den dag, hvor han så en dødsannonce over en læge fra byen og medbragte ti breve med en anbefaling. Carl Otto (1795-1875) blev læge i 1818 og måtte først nøjes med patienter fra sin egen familie. Det gik bedre, da han flyttede ud til Christianshavn, hvor han kun havde konkurrence fra to an-



Ole Bang havde den individuelle patient stærkt for øje og var lidt skeptisk over for de nye medicinske laboratorier. Han havde svært ved at se, hvilken nytte eksperimenterne gjorde for patientbehandlingen (Hobberstik, 1844).

Ole Bangs råd til de yngre læger om at bruge det almene og åbne spørgsmål "Hvad fejler Dem?" drejede sig om, at patienten skulle have retten til at definere den første dialog mellem læge og patient.

dre læger. Et vendepunkt indtraf med en "heldig" behandling af en rigmands søn, som han helbredte for en mangeårig gigt med et "nyt middel". Bedriften rygtedes i kvarteret, og Otto fik flere patienter i sin praksis.

Den rette etikette

Lægen Ole Bang (1788-1877) supplerede sin praksis med en stilling som "fattiglæge" i København, førend han i 1820'erne blev en veletableret læge for 150 familier primært fra borgerskabet og overklassen i København. Som lærer og professor ved universitetet skrev han i 1831 Lægen ved Sygesengen, som forberedte hans studerende på hverdagen efter studiet. Bogen giver indtryk af en fintfølelse, der havde et godt kendskab til læge-patient-forholdets psykologi. Bang forklarede, at den gode læge viste forståelse for sine patienter uanset deres sociale stand. Det var særligt vigtigt for den helt unge læge, fordi medfølelse kunne kompensere for den viden, som han ofte manglede. Etikette var vigtig fra det øjeblik, lægen trådte ind over dørrintrinnet: "Maaden, hvorpaa De nærme Dem den Syge, er langt fra ikke ligegyldig [...] Tavs og rolig sætter De Dem ved hans Seng, blide i Ord og Stemme tiltaler De ham, og vogt Dem for, være det sig ved Spørgsmaal eller Miner, at opvække hans Frygt eller svække hans Fortrolighed".

Bang forklarede, at lægen først skulle spørge "Hvad fejler Dem?", så patienten kunne komme til orde. Omtanke var også nødvendig, når lægen skulle undersøge patientens krop. Dengang var patienterne ikke vant til, at de i

nogle tilfælde skulle blotte dele af den nøgne krop foran lægen: "Kun sker denne Undersøgelse – især hos det smukke Køn – med en Delikatesse og Anstændighed, som udelukker enhver Tvivl om dens Nødvendighed. Ofte maa de længe Trygle om Tilladelsen og anvende Alle Deres Overtalelses-Gaver, inden den erholdes; ja der mangler ikke Exempler paa, at Sygdomme er blevet dødelige, fordi en fornøden Undersøgelse nægtedes." Dengang var angsten for at miste patienter til konkurrenterne så stor, at lægerne i nogle tilfælde ikke fastholdt fagligheden.

Den trængte lægekunst

Omkring 1800 skød hospitaler for fatige op i Europa. Forskningsfronten lå nu i obduktionslokalet, hvor lægerne arbejdede som arkæologer i menneskekroppens indre og skabte – i løbet af 30-40 år – grundlaget for den epokegørende organlære. Det betød ikke mindst, at lægerne fik et klarere billede af sygdommens naturhistorie, dvs. hvordan for eksempel tuberkulosen udvikler sig fra små tuberkler til store kaverner i lungerne, som kan give blodstørtninger. Det organbaserede syn på sygdom betød også, at mange læger mistede troen på behandlinger, som kunne "knække" sygdommen, og det affødte en "terapeutisk nihilisme", dvs. et stærk begrænset brug af den tids medicinske hovedbehandlinger i dele af europæisk medicin.

Flere læger var foruroliget over dyrkelsen af den døde krops anatomi og afmægtigheden i patientbehandlingen. Det var en urolig tid i dansk lægevidenskab, hvor hele medicinens

grundlag stod til diskussion. En kirurgisk overlæge Andreas Buntzen (1811-1880) skrev i 1860 i Hospitals-Tiden "Betragtninger over Den nyeste Tids Retning i Lægekunsten" og ytrede følgende bekymring om udviklingen på hospitalerne: "For det første blev Lægens hele Tankegang mere anatomisk; han havde det enkelte Organ som var Sygdommens Sæde saagodt som udelukkende for Øje" og som konsekvens "tabte man Individet og det Individuelle mere af Sigte". Og han fortsatte: "Det var Rækken af Individer der imponerede, den Enkelte med sit Særlige var næppe Nogen Bemærkning værd, og Individet forsvandt for Betragtningen."

Buntzens kritik var bl.a. rettet mod professor i medicin Carl Emil Fenger (1814-1884). Fenger argumenterede hårdt for, at lægevidenskaben måtte gå nye veje. I det progressive Ugeskrift for Læger introducerede han i 1839 den medicinske statistik og forklarede, at det ikke nyttede noget, at læger sagde, at de flere gange havde haft "held" med en behandling. Læger var nødt til at begynde at tælle, hvis medicinen skulle være en videnskab. Derfor havde det individuelle tilfælde stort set ingen betydning: "Det individuelle er Alt, hvad der ligger uden for Reglerne og ikke omfattes af disse, og er derfor ved sin Bestaaen Videnskabens værste Fjende; det udøver samme Indflydelse paa Medicinen, som en Planet, der ikke bevægede sig efter Tyngdens Love, vilde udøve paa Physiken," forklarede Fenger.

Medicinsk specialisering

Fenger mente, at lægevidenskaben skulle bygges på universelle naturlove og var fortvivlet over en medicinsk praksis, hvor læger behandlede sygdomme på hver deres måde. Buntzen forsvarede menneskets lidelse og den kliniske erfaring, som viste, at to patienter med den samme sygdom kan have forskellige symptomer og syg-

domsforløb – og derfor kan kræve to forskellige behandlinger.

Naturvidenskaben var den medicinske ledestjerne for Fenger. Det gjaldt også den yngre Peter Panum (1820-1885), som gjorde karriere som laboratorielæge og i 1860'erne bestyrede det første medicinske laboratorium ved Københavns Universitet. Han var også den første danske læge, som opgav sin private praksis for at hellige sig sit forskningsfelt. Denne professionalisering og fokusering på afgrænsede problemstillinger i forskningen smittede af på den medicinske praksis. De første danske "specialister" dukkede op i slutningen af 1800-tallet og Den almindelige danske Lægeforening godkendte i 1918 de første danske specialer.

Siden 1950'erne har den medicinske speciallæge været et grundtræk ved den vesterlandske medicin. Udviklingen har været fulgt af en udbredt brug af teknologi, biologisk grundforskning, multicenter-kliniske undersøgelser og høje omkostninger. Samtidig har de nationale sundhedsvæsener skullet håndtere, at antallet af specialister, specialer og subspecialer er blevet ved med at stige. Her har den praktiserende læge, som specialist i de almene sygdomme, fået stor betydning. Således er reguleringen sket ved adgangs-begrænsning til specialer, men også med udnævnelsen af den praktiserende læge som visitator mellem primær og sekundær sektor i flere lande.

De medicinske specialers stærke faglighed og tekniske kunnen leverer hver eneste dag diagnostik og behandling på et historisk højt niveau. Det er på mange måder fantastisk for det danske samfund, fordi det redder liv og fjerner lidelse. Den medicinske specialisering har dog en bagside, som bl.a. drejer sig om en fremmedgørelse af mange patienter og en kompliceret koordinering af patientforløb fra den ene specialist til den anden. De medicinske specialers credo har også affødt høje og undertiden urealistiske forventninger hos befolkningen. Specialiseringen er vokset frem i en tro på videnskaben og teknologiens uanede muligheder. En tro, som på nogle punkter er gået i opfyldelse, men som også er stødt ind i det problem, at sundhedsvæsenet ikke har uendelige ressourcer, som kan realisere de konstant nye muligheder for at bruge bedre medicin og avanceret teknologi.

Mennesket i centrum

Et andet problem er, at den avancerede diagnostik og behandling ikke altid sker i respekt for det syge menneskes værdier og selvbestemmelse. Ole Bangs råd til de yngre læger om at bruge det almene og åbne spørgsmål "Hvad fejler Dem?" drejede sig om, at patienten skulle have retten til at definere den første dialog mellem læge og patient. Spørgsmålet er centralt i almen praksis' tilgang til det syge menneske og måske det vigtigste spørgsmål i hele sundhedsvæsenet, fordi det inviterer mennesket ind i lægens faglige rum. I det rum skal diagnostik og behandling undertiden balanceres med patientens livs-omstændigheder og personlighed, som de praktiserende læger ofte kender bedst. De har lettere adgang til det eksistentielle rum med patient og familie, hvor de svære, men også forløsende samtaler opstår. Denne patienttilgang er under pres på grund af myndighedernes ønske om detailstyring af patientforløb, men den vil altid være vigtig i den medicinske praksis og i et godt sundhedsvæsen, hvor mennesket står i centrum. //

Litteratur

Morten Arnika Skydsgaard: *Ole Bang og en brydningstid i dansk medicin*. Aarhus Universitetsforlag 2006.

George Weisz: *Divide and conquer. A comparative History of Medical Specialization*. Oxford University Press 2006.



Peter Ludvig Panums laboratorium med dyrestalde og laboratoriebænke markerede naturvidenskabernes indtog i medicinen. Han blev som den første læge portrætteret i et kemisk laboratorium og opgav at have en privat praksis (August Jerndorff, 1894. Carlsberg Laboratoriet).

Pejlemærker for faget almen medicin

Almen medicin er et videnskabeligt funderet lægespecialt baseret på metoder og viden fra de tre klassiske videnskabsområder natur, samfund og kultur.

Pejlemærkerne skal bidrage til, at vi som udøvende almenmedicinske speciallæger:

- skaber mest mulig sundhed og velbefindende for den enkelte patient
- har en indramning af vores fælles faglige identitet og vores faglige diskussioner
- har fælles referencer i forhold til grund-, videre- og efteruddannelse
- har et ensartet filter for samfundets forventninger til os.



Vi holder læge-patient-relationen i hævd

- Læge-patient-relationen er en grundsten i fagets fundament.
- Læge-patient-relationen opbygges på nærvær, fortrolighed, gensidig tillid og kontinuitet.



Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske

- Vi følger patient og pårørende gennem livsforløb, lidelse og sygdom og er primærbehandlere for udvalgte lidelser.
- Vi har fokus på den enkelte patients fysiske og mentale sundhed og forebyggelse af funktionstab.
- Vi arbejder bevidst på rettidig diagnostik og på at undgå overdiagnostik.



Vi giver mest til dem, som har størst behov

- Vi tilrettelægger arbejdet på en måde, så vi tilstræber at mindske ulighed i sundhedsvæsenet.
- Vi skaber tid og rum til dem, der har størst behov for støtte, hjælp og behandling.



Vi skaber en dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte

- Vi kommunikerer på en måde, der giver syge og raske øget forventning og evne til at kunne mestre egen sundhed.
- Vi inddrager patientens tanker, bekymringer og ønsker og behandler derved hver enkelt patient forskelligt.
- Vi medtager patientens ressourcer, særligt familie og netværk, i en løsning tilpasset den enkelte.



Vi deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet

- Vi tager ansvar for, at vores evidens- og færdigheds-baserede faglighed løbende vedligeholdes og udvikles.
- Vi forholder os konstruktivt og kritisk til ny viden og forslag til nye løsninger for faget.
- Vi deltager i uddannelsen af kommende kolleger.



Vi tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt

- Vi tager ansvar for at fremme samarbejdet med og mellem relevante sundhedsaktører.
- Vi vurderer, hvordan nye opgaver og løsninger bedst tilpasses klinikens aktuelle patientsammensætning.



Vi beskriver og bruger erfaringerne fra praksis

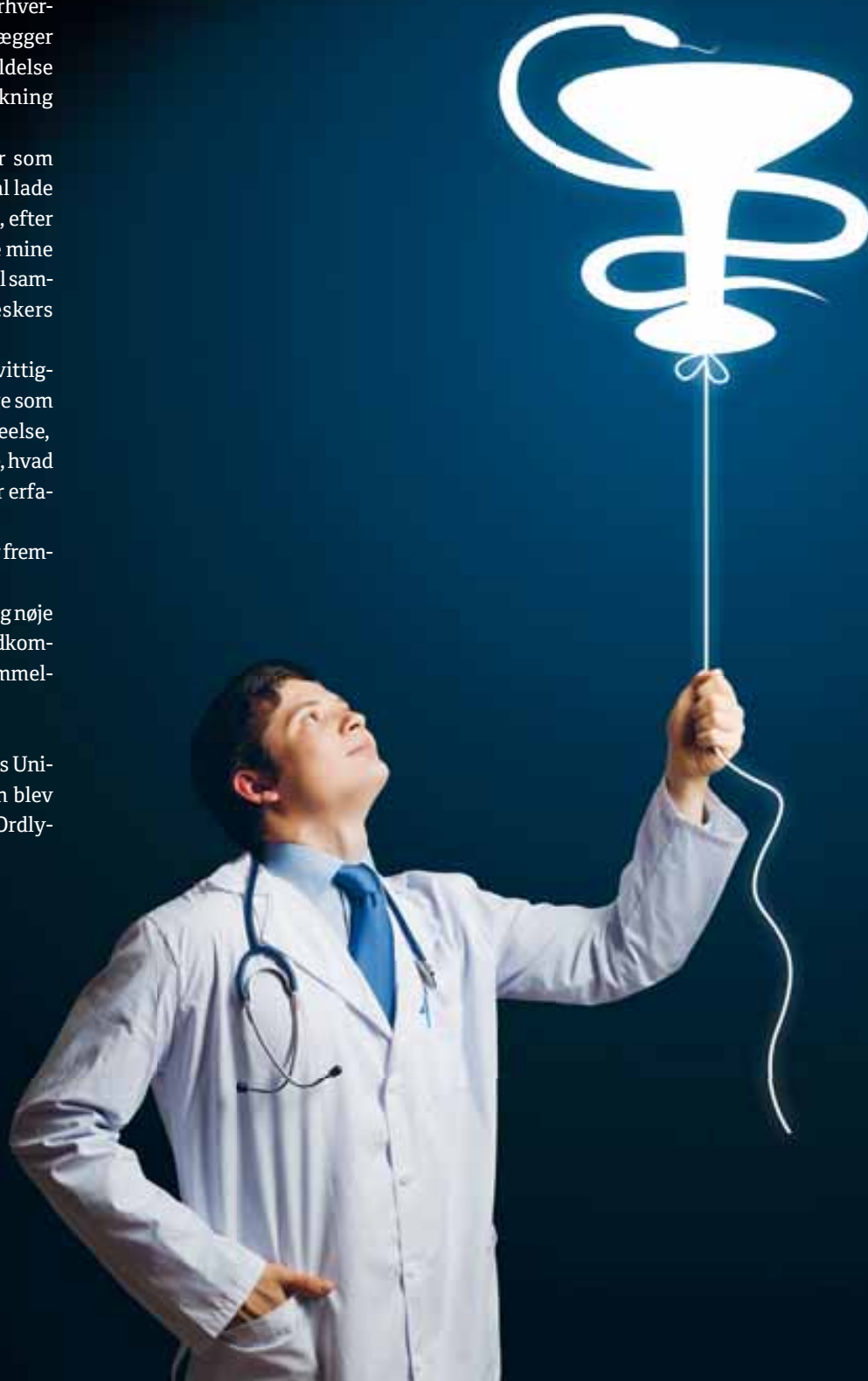
- Vi samarbejder med fagets institutioner indenfor forskning og kvalitetsudvikling, som genererer specifik almenmedicinsk viden og stiller den til rådighed for fagets udøvere.
- Vi er opmærksomme på vores ytringspligt ift. særlige forhold, der fremkalder sygdom, øger ulighed i sundhed eller medfører uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Det danske lægeløfte

Efter at have aflagt offentlig prøve på mine i de medicinsk-kirurgiske fag erhvervede kundskaber, aflægger jeg herved det løfte, til hvis opfyldelse jeg end ydermere ved håndsækning har forpligtet mig:

- at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn,
- at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse,
- at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret,
- at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og
- i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser.

Løftet blev indført på Københavns Universitet i 1815, og formuleringen blev skabt af Johan Daniel Helholdt. Ordlyden er ikke ændret siden. //





Dur webinarer – også i fremtiden?

Lægedage 2020 blev jo som bekendt aflyst på grund af COVID-19, i hvert fald som vi kender Lægedage med fysisk fremmøde i Bella Centret.

Men faktisk var kursusledere, undervisere og deltagere med på at lave et forsøg med virtuel afvikling og deltagelse. Det skete på fem halvdagskurser i Lægedage-ugen.

Erfaringerne var positive, og de peger fremad – også mod tiden efter corona-restriktionerne.

Hvorfor er virtuel undervisning anderledes?

Virtuel undervisning adskiller sig fra fysisk tilstedeværelsesundervisning på nogle afgørende punkter:

Kommunikationsvejene er reducerede, deltagerne kan ikke aflæse underviseren lige så tydeligt, og underviseren får intet eller kun meget lidt tilbage fra deltagerne, som heller ikke kan aflæse hinanden.

Den sociale dynamik ændrer sig radikalt i det virtuelle rum. Det er svært med de hurtige bibemærkninger og humor. Den sociale kontrol bliver mindre, og det sociale element i pauser, frokoster og under sidemandshvisken mm. forsvinder.

Man er derfor nødt til at kompensere i tilrettelæggelsen af virtuelle sessioner, men også i selve undervisningen.

Hvad skete der i Lægedage-ugen 2020?

Fem halvdagskurser blev afviklet via Zoom i den kendte ramme på 3½ time – med en halv times pause i midten. På grund af det virtuelle format var der som standard lagt yderligere 2x10 minutters egen-refleksion ”væk fra skærmen” ind i programmet. Deltagerne havde fået mulighed for at deltage på Zoom-introduktionsmøder ugen før. Og der var en halv times teknisk check ind før hvert kursus, så alle deltagere var klar med lyd og billede og kendte de basale Zoom-funktioner, når kurset startede.

Hvad sagde deltagerne?

To tredjedele af deltagerne havde nogen erfaring med virtuelle kurser, og det hjælper selvfølgelig på det hele. Det tal stiger hele tiden. Nogle tidligere erfaringer er dog dårlige, og mange er selvfølgelig godt corona-trætte af ikke at kunne mødes med folk og i stedet måtte nøjes med en dårlig Zoom-, Teams- eller Skype-erstatning.

14 procent af vores deltagere synes i en alt-i-alt-vurdering, at virtuelle kurser er fremragende. 28 procent finder, at fordelene ved virtuelle kurser er større end ulemperne. 53 procent mener, at virtuelle kurser er okay, når det ikke kan være anderledes. Kun 2 procent finder, at virtuelle kurser er en dårlig erstatning. Det sidste er det mest overraskende resultat. Hvordan kan det være, at det ikke er højere end 2 procent?

Noget af forklaringen ligger i, at vi havde gjort en del ud



Virtuelt kursus om farmakologisk behandling af type 2-diabetes med Jette Holding Christensen og Katrine Bagge Hansen. Foto: Bent Gringer.

af både pædagogikken og teknikken og dermed forsøgt at kompensere for nogle af de mangler, som ligger i det virtuelle format:

Alle kursusledere havde deltaget i et webinar om virtuel tilrettelæggelse og undervisning og havde fået sparring på programmer og drejebøger. Kursuslederne tog et kæmpe ejerskab, og vi gav dem god teknisk support – også under afviklingen – så de og underviserne kunne koncentrere sig om det vigtigste: At skabe en fagligt solid, nærværende og afvekslende undervisningssituation for deltagerne.

Teknikken ER et forstyrrende element, men 52 procent af deltagerne blev slet ikke forstyrret af teknikken, 36 procent kun lidt og 9 procent blev forstyrret, men det var til at overkomme. Kun én blev generet i høj grad.

Hvad lærte vi af det?

Vi lærte, at deltagerne i høj grad accepterede de virtuelle kurser, især når det skulle være. Men vores population har jo også selv meldt sig til dem! Deltagerne siger i kommentarerne bl.a., at det var en fin løsning, at de var positivt overraskede, og at det var dejligt at slippe for transporttid ("især for os fra Jylland").

At underviserne – sagt i en sidebemærkning – bliver rost for deres høje faglige niveau, er vi vant til. Men deltagerne kan rigtig godt lide at have diskussioner ude i små grupper – det som i Zoom kaldes breakout-rooms. Fra fysiske kurser ved vi, at deltagerne lægger stor vægt på at kunne dele erfaringer med andre praktiserende læger, og det samme gælder her. Men det er ekstra vigtigt i det virtuelle format, fordi gruppearbejdet kompenserer for de sociale mangler, som man ellers oplever, når man ikke mødes fysisk.

En af de store forskelle på fysisk og virtuel undervisning er træthed og koncentration. Det er nemmere at koncentrere sig i gruppearbejdet, hvor det er mere tydeligt, hvis man "falder ud".

De fleste praktiserende læger er travle og effektive, og nogle har svært ved at se glæden i flere og længere pauser. Det har overrasket os, at flere af deltagerne valgte to på hinanden følgende halvdagskurser og således har siddet bag skærmen en hel dag. Vi ved således, at det kan lade sig gøre. Men vi tror ikke, at "skærmtæthed" er godt for koncentration og indlæring. Måske er det en parallel til multitasking? Det kan lade sig gøre, men er sjældent godt.

Vi lærte således, at det er vigtigt med en god "rytme" og afveksling mellem oplæg, spørgsmål med lyd og billede i plenum og gruppearbejde i breakout-rooms. Flere hyppige skift gør det hele mere levende.

Omvendt beklager nogle sig også over forhastet tempo, for stor stofmængde, manglende tid til at stille spørgsmål, og at spørgsmålene (i chatten) ikke altid blev besvaret.

Vores konklusion

Nogle af de ovenstående forhold er også kritiske ved almindelige fysiske tilstedeværelseskurser. Undervisere, der læser op af deres teksttunge plancher og ikke har øje for – eller øjenkontakt med – deres deltagere, får drøje hug. Det er slemt nok ved fysiske kurser, men bliver værre i det virtuelle. Hvordan skaber man den vigtige øjenkontakt? Ved at kigge ind i kameraet, ikke i sine slides! Det er nemt at forstå, men måske svært at ændre sin mangeårige og delvis kropslige praksis som underviser.

Underviserne skal være gode i det virtuelle, dvs. de skal kunne skrue op for nærværet, bruge krop og gestik og "brænde igennem skærmen".

Men derefter ser vi, at det virtuelle format, når det lykkes at kompensere, faktisk muliggør mere læring, end vi ser i traditionelle kurser. Det sker i kraft af en meget højere grad af deltagerinvolvering, og det er nok det vigtigste. Men også de hurtige skift mellem forskellige læringsformer (især input i plenum vs.

gruppearbejder), nemmere visning af filmstumper og hjemmesider, når folk alligevel sidder bag skærmen, brug af hurtige polls og den slags skaber afveksling og gør læringen til en alt i alt mere stimulerende oplevelse.

Hvad kan du gøre som deltager?

En del af læringsudbyttet skabes hos eller forhindres af deltageren. Hvis du deltager i virtuelle aktiviteter, kan du øge dit eget læringsudbytte ved IKKE at multitask, svare på mails, netshoppe, snakke med dit personale eller patienter indimellem.

Heller ikke i pauserne, hvor du gerne skal give din belastede hjerne, sanser og kredsløb en chance for at komme til hæfterne igen. HOLD RIGTIGE PAUSER, sørg for bevægelse, væske, frisk luft og den slags.

Og når du er tilbage i det virtuelle kursus efter pausen, så giv dig til kende, deltag med billede – møder med sorte billeder af navne på de andre deltagere er utrolig triste at kigge på, stil spørgsmål, vær aktiv i gruppearbejder og Q&As, marker og vift med armene, når underviserne beder om respons og den slags.

Kommet for at blive

Vi tror, at det kan betale sig at gentænke et planlagt fysisk kursus helt fra grunden af for at lykkes, når man går virtuelt. Men vi ved også, at det ikke altid kan lade sig gøre. Vi vil derfor i den næste tid opleve en del "transformerede" kurser, hvor vi skal finde balancerne. For helt nye kurser er situationen dog en anden.

Vi tror således, at virtuelle kurser er kommet for at blive – som supplement til de fysiske kurser. Og måske som blandformer, hvor f.eks. optakten til et fysisk kursus kan være et virtuelt totimers møde kl. 17-19 i ugen før. Vi håber på og regner med, at vi bliver bedre til at lave de virtuelle aktiviteter. Og at I vil give os besked, hvis vi ikke gør! //



Akutknappen

– Den gør en forskel

”Hvis din tilstand er så alvorlig, at du skal tale med en læge omgående, kan du taste 9 og komme forrest i køen”. Sådan lød telefonbeskeden, når borgere ringede til Lægevagten i Region Midtjylland eller 1813 i Region Hovedstaden i efteråret 2017. ”Akutknappen” var en del af mit ph.d.-projekt, som jeg gennemførte i 2016-2019 ved Aarhus Universitet.

Lægevagten og Akuttelefonen 1813 er etableret for at hjælpe borgere med akut opstået sygdom uden for egen læges normale åbningstid. Men lægevagten har i de senere år været under stigende pres – og de mange opkald betyder, at flere kommer til at vente længere.

Alle borgere skal vente i telefonkøen, også selvom de opfatter deres helbredsproblem som meget presserende eller måske endda livstruende. Tidligere undersøgelser i lægevagten viser, at cirka fem procent af opkaldene kommer fra patienter, der selv anser deres tilstand for meget alvorlig eller på grænsen til livstruende. Samtidig vurderes det, at cirka 20 procent af opkaldene til 1-1-2 ikke drejer sig om tilstande, der kræver en ambulance. Der eksisterer altså en gråzone af patienter med behov for akut hjælp, som muligvis ringer til den forkerte service, og det øger risikoen for fejl-

visitation, overbehandling og uhen-sigtsmæssigt lang ventetid. I mange af disse tilfælde kan en lang ventetid forværre tilstanden og øge utrygheden hos dem, der ringer for at få hjælp.

Studiet skulle afdække, hvor mange der ville benytte akutknappen – og om deres valg af overhalingsbanen var relevant fra et sundhedsfagligt perspektiv. Vi ville også undersøge, om muligheden for at komme forrest i telefonkøen ville øge tryktheden og tilfredsheden hos de borgere, der ringede.

Inspiration fra Holland

Holland har succes med at tilbyde borgerne en lignende mulighed. Da Holland og Danmark på mange måder ligner hinanden, ville vi undersøge, om en mulighed for at springe telefonkøen over i Danmark kunne gøre en forskel for de danske patienter. Vi kaldte muligheden for ”akutknappen”. Et tryk på tallet ”9” på telefonen ville

bringe borgeren forrest i køen, hvis den pågældende selv vurderede at have brug for hjælp fra en sundhedsprofessionel før de andre i køen.

Lægevagten bemandes af læger med speciale i almen medicin eller læger, som er ved at afslutte sidste del af hoveduddannelsen. Det betyder, at borgere, der kontakter Lægevagten, altid kommer til at tale med en læge. Sådan er det ikke ved 1813. Da vi gennemførte undersøgelsen, var 1813 bemandet af 80 procent sygeplejersker og cirka 20 procent læger med andre specialer end almen medicin. Så det er tilfældigt, om man får en læge eller en sygeplejerske i røret hos 1813. I Holland er det som udgangspunkt en sygeplejerske, der foretager visitationen i deres pendant til lægevagten og 1813.

Tre måneder i 2017

Studiet blev udformet som en randomiseret kontrolleret undersøgelse, der

tillod et tilfældigt antal borgere, der ringede til Lægevagten eller 1813, at springe over telefonkøen, hvis de havde et alvorligt helbredsproblem. Datindsamlingen foregik fra september til december 2017.

Når en bruger af akutknappen havde afsluttet en telefonkonsultation med en visitator, modtog visitatorens computer et spørgeskema, som kunne udfyldes umiddelbart efter samtalen. Spørgeskemaet fokuserede blandt andet på alvorligheden af årsagen til henvendelsen og på relevansen af brugen af akutknappen. Tre grupper af tilfældigt udvalgte borgere modtog også et spørgeskema via e-Boks: Akutknap-brugerne, dem med mulighed uden brug af den og dem uden mulighed for at benytte akutknappen.

Relevant brug af akutknappen

Med data fra Lægevagten og 1813 kunne vi beregne, hvor mange der benyttede sig af muligheden.

Akutknappen blev brugt 2.905 gange ud af 97.791 opkald, hvilket svarer til cirka tre procent. Lidt flere benyttede akutknappen i Region Midtjylland sammenlignet med Region Hovedstaden. Forskellen kan formentlig for-

Akutknappen blev brugt af cirka 3 pct.,
og muligheden for at komme forrest i køen
øgede både tryghed og tilfredshed blandt
deltagerne i studiet.

klares ud fra signifikant flere opkald til 1-1-2 i Region Hovedstaden. Kun 23 procent af brugen af akutknappen blev efterfølgende vurderet som "ikke relevant" af de deltagende læger og sygeplejersker.

Cirka 33 procent af de inviterede borgere besvarede spørgeskemaet. Tilbagemeldingerne viste, at akutknappen øgede både følelsen af tryghed og tilfredsheden hos de borgere, der havde haft muligheden for at benytte akutknappen. Overraskende nok gjaldt det også dem, der ikke benyttede den. I alt 75 procent af akutknap-brugerne rapporterede, at den nye mulighed havde øget deres følelse af tryghed i høj grad. Karakteristika som høj alder, pensionist,

kort uddannelse og dårlig helbreds-tilstand var forbundet med hyppigere brug af akutknappen. Disse borgere må forventes at være mere sårbare og at have højere behov for sundheds-ydelser.

Vagtlægerne i Region Midtjylland blev i spørgeskemaet bedt om at vurdere, hvad patienten fejlede. Blandt patienter over 40 år vurderede de, at 1,7 procent i kontrolgruppen formentlig havde et AMI. I gruppen med brugere af





Illustrationer: Colourbox

Akutknappen vil i perioder med lang ventetid kunne sikre, at alvorligt syge patienter kan komme hurtigt igennem.

akutknappen vurderede de, at 10,4 procent sandsynligvis havde et AMI – en sygdom, hvor tiden til behandling er afgørende for prognosen. Selvom medianventetiden i studieperioden var under to minutter, var ventetiden i travle perioder op til 20 gange så lang.

Samlet set viste resultaterne, at akutknappen ikke blev misbrugt. Tværtimod blev den hyppigst brugt af borgere, der forventes at have et større behov for sundhedsydelser. Selvom tilfredsheden allerede er høj, forbedrede akutknappen tilfredsheden med Lægevagten og 1813. Blot muligheden for at springe køen over og få hurtig adgang til sundhedsrådgivning øgede følelsen af tryghed hos de borgere, der fik mulighed for at trykke på akutknappen – også selvom de valgte ikke at trykke.

Allerede implementeret i 1813

Akutknappen er en ny måde at give hurtig adgang for borgere med et akut opstået behov for sundhedsfaglig hjælp. Den lave frekvens af brugen –

og de vurderede 23 procent for ikke-relevant brug – tyder på, at under én procent vil misbruge akutknappen i den generelle befolkning.

Den aktuelle mangel på praktiserende læger betyder, at lægevagten i flere regioner har svært ved at bemande alle vagter. I tidsrummet kl. 16-18 på hverdage, hvor der ofte er mest travlt, kaldes særligt mange vagtlæger på arbejde for at overholde lægevagtens servicemål. I Region Midtjylland dikterer servicemålene bl.a., at 90 procent af alle opkald skal besvares inden for fem minutter. Dette opnås i 70-80 procent af tiden i flere regioner, men i spidsbelastningsperioder kan der være over 30 minutters ventetid. Det er i disse situationer, at akutknappen potentielt kan gøre en forskel.

Akutknappen kunne også give mulighed for at tillade længere ventetid i perioder med mange opkald, fordi de alvorligt syge borgere med behov for akut lægehjælp så stadig kan komme til hurtigt ved et tryk på en knap.

Akutknappen kan relativt let im-

OM PROJEKTET

- Ph.d.-projektet blev udført ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus.
- Vejledere var Bo Christensen, Morten Bondo Christensen, Linda Huibers og Freddy Lippert.
- Fire videnskabelige artikler er publiceret i Scandinavian Journal of Primary Health Care og BMJ Open [open access].
- Akutknappen er allerede implementeret i Region Hovedstaden. Region Midtjylland forventer at gøre det i 2021.

plementeres hos andre akutte beredskaber i sundhedsvæsenet med en lignende organisation. Disse studier har betydet, at 1813 i Region Hovedstaden har besluttet at implementere akutknappen. Lægevagten i Region Midtjylland planlægger at indføre den i løbet 2021. //



Frede Olesen møder Stephanie Lose

Practicus podcast har inviteret formand for Danske Regioner, Stephanie Lose, og Frede Olesen, tidligere praktiserende læge og forskningsleder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, til en snak om almen praksis' rolle i det danske sundhedsvæsen. De to blev bedt om at komme med deres største ønske til en kommende sundhedsreform, og i den forbindelse faldt diskussionen på mulighederne for øget indflydelse til de praktiserende læger. Ud over emnerne "fremtiden for almen praksis", "forskningsdagsorden" og "lægevagtens organisation" fik de to deltagere også lov til at stille hinanden et par spørgsmål. Samtalen blev til en podcast i to dele, som kan høres på f.eks. iTunes, Spotify eller DSAM's hjemmeside.

Frede Olesen

– Vi skal hele tiden huske, vi har et fantastisk sundhedsvæsen i Danmark. Og vi skal hele tiden huske, vi har en fantastisk praksissektor i Danmark, og vi må aldrig tale så meget om problemer, at vi glemmer de to grundsætninger.

Sådan starter Frede Olesen anden del af samtalen med Stephanie Lose, og der er en generel enighed om, at primærsektoren spiller en stor rolle i sundhedsvæsenet.

Stephanie Lose

– Der er ingen tvivl om, at de praktiserende læger har og forsat kommer til at have en betydelig rolle i det nære sundhedsvæsen, fordi de har et unikt og nært kendskab til patienten.

Helt konkret ønsker regionsråds-

formanden at styrke sammenhængen mellem almen praksis, regionerne og kommunerne:

– I regionerne ønsker vi at styrke almen praksis yderligere i fremtiden, for eksempel så lægerne indgår i et endnu tættere samarbejde med os i regionerne og med kommunerne, så borgerne møder et sundhedsvæsen, der taler sammen.

Specialist hotlines

Både i Region Midtjylland og Region Syddanmark har de praktiserende læger et direkte telefonnummer til speciallægerne på sygehusene, og det ønsker Danske Regioner at udbrede til hele landet for at klæde de praktiserende læger på til at kunne varetage en større del af behandlingen af patienter med kroniske sygdomme:

– Når der er kapacitet til det, ser vi også for os, at almen praksis kan varetage en større del af kronikerbehandlingen. Her er det vigtigt, at hospitalernes specialister understøtter de praktiserende læger, f.eks. ved at vi udbreder løsningen med hotlines, hvor de praktiserende læger hurtigt kan få kontakt med specialister på hospitalet og få rådgivning eller sparring. Ligesom de praktiserende læger for fremtiden skal kunne tilgå diagnostiske undersøgelser, så de er klædt bedre på til at kunne håndtere flere og mere komplekse behandlinger. //



Practicus podcast mødte Stephanie Lose og Frede Olesen på Stephanies kontor i Vejle. Foto: Jonas Fynboe Ebert.



Af: Anne Sofie Karstoft, hoveduddannelseslæge i fase 3 i Aarhus, Lene Krogh Møller, hoveduddannelseslæge i fase 3 i Sulsted, og Annemette Bondo Lind, cand.mag., ekstern lektor ved Psykologisk Institut og specialevejleder, Aarhus Universitet - anne_sofie_k@hotmail.com

Hvordan oplever praktiserende læger deres work-life-balance?

I denne opgave ved Forskningstræning for Almen Praksis i Videreuddannelsesregion Nord har vi analyseret, hvordan praktiserende læger oplever deres work-life-balance.

Baggrund

I en tid, hvor flere opgaver flyttes til almen praksis, og arbejdsbyrden og arbejdspresset stiger, er spørgsmålet, hvordan dette stigende arbejdspress kommer til at påvirke kommende praktiserende lægers work-life-balance?

Forskning tyder på, at en stor andel af praktiserende læger oplever util-

fredshed med arbejdet og føler sig udbrændte. I PLO's tilfredshedsundersøgelse fra 2016 fandt man, at hele 38 procent af PLO'erne i denne undersøgelse angav at være udbrændte, og hver fjerde praktiserende læge gav udtryk for, at livet ikke var værd at leve, og 7 procent havde endda overvejet selvmord.

Metode

Vi gennemførte en spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger og uddannelseslæger i almen medicin i hhv. Region Nordjylland (RN) og Region Midtjylland (RM). Vi inkluderede 122 læger og modtog 75 svar, hvilket giver en svarprocent på 61 procent.

Størstedelen af respondenterne repræsenterede læger i hoveduddannelse i almen medicin, hvilket var intentioneret, da vi ville lægge vægt på yngre læger, eftersom vi forventede, at yngre læger ville have den højeste stressrate, idet de skulle lære meget nyt på arbejdet og måske samtidig få parforhold og familie til at fungere.

Resultater

En oversigt over respondenternes karakteristika ses i Tabel 1. Vi har sammenlignet oplevelsen af arbejdsglæde i RN og RM (Figur 1). Vi har også sammenlignet work-life-balance mellem RN og RM (Figur 2) og mellem kvinder og mænd (Figur 3). Grupperne er sammenlignelige i antal, kønsfordeling, aldersfordeling og ansættelsesforhold. Svarene afgives på en skala

Tabel 1: Deltagerkarakteristika

	NORD		MIDT	
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
BESVARELSER	24	16	22	13
ALDER				
29-39 år	15	6	11	6
40-49 år	8	3	8	4
→50 år	1	7	3	3
ANSÆTTELSE	Nord samlet		Midt samlet	
ANSAT I PRAKSIS	2		1	
PLO	20		10	
UDDANNELSESLÆGE (HU AM)	18		24	
ARBEJdstID				
←37 timer	10		13	
37 timer	14		11	
→37 timer	16		11	

fra 1 til 5. Rating 1 og 2 er udtryk for et positivt svar (god trivsel/god balance) og 4 og 5 for et negativt (bekymrende) svar (dårlig trivsel/dårlig balance). I forhold til arbejdsglæden tyder svarene på, at den er størst i RN (se Figur 1). Her gav 72 procent et svar, der lå over middel sammenholdt med 48 procent i RM. Til gengæld var der også flere i RN, der lå under middel (16 procent mod 6 procent i RM). Således ses en større polarisering i RN, hvor vi også finder den største andel af dem med mindst arbejdsglæde, størst mistrivsel og dårligst work-life-balance.

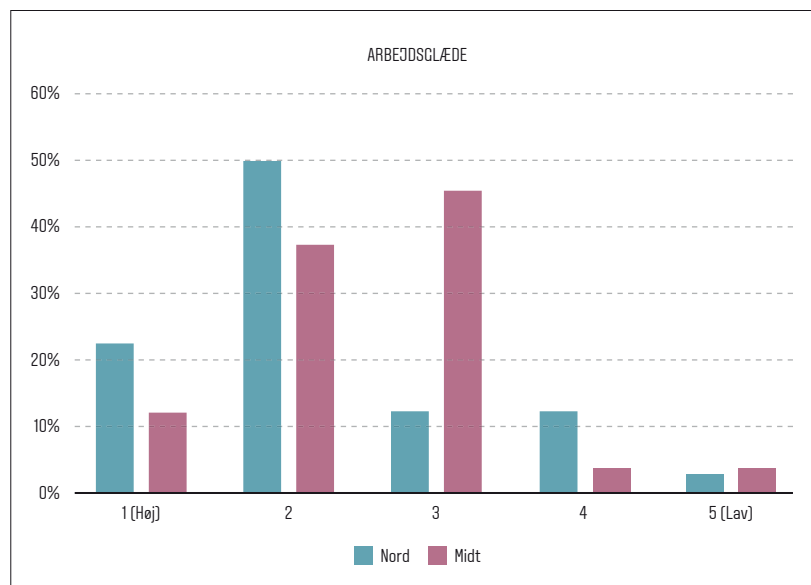
Under uddybende kommentarer til trivsel i almen praksis angav lægerne:

Positivt

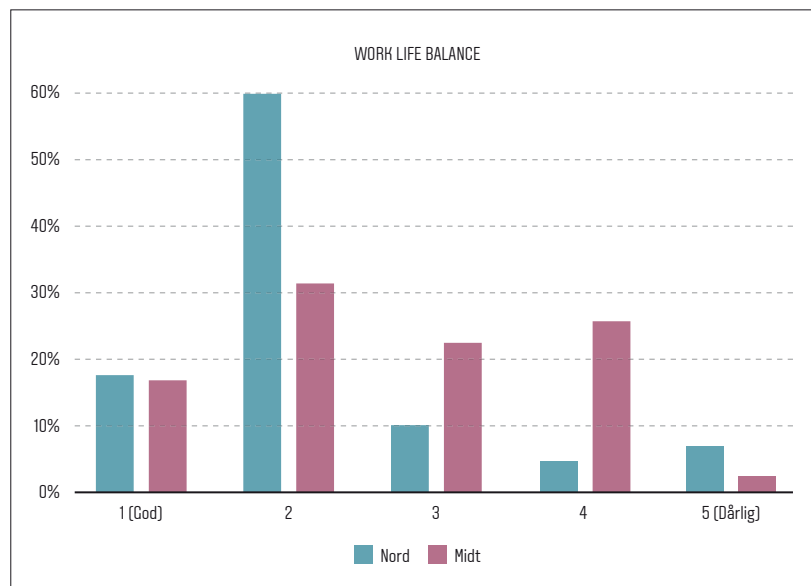
- Godt samarbejde og gode og imødekommende kollegaer, godt sammenhold, hilser altid på hinanden
- God stemning, plads til grin
- Godt arbejdsmiljø med mange pauser
- Veldrevet praksis, dygtige ansatte, fleksibilitet ift. arbejdstider, god supervision
- Søde patienter
- Meningsfyldt arbejde
- God og realistisk opbygning af dagsprogram.

Negativt

- Manglende lydhørhed i forbindelse med ønsker om buftid/kontortid
- Konflikter på arbejdspladsen, meget usagt
- Manglende indflydelse
- Mangel på personale
- Mangler erfaring og viden
- Vil gerne arbejde færre timer/mulighed for deltid.



Figur 1: Arbejdsglæde i RN og RM.



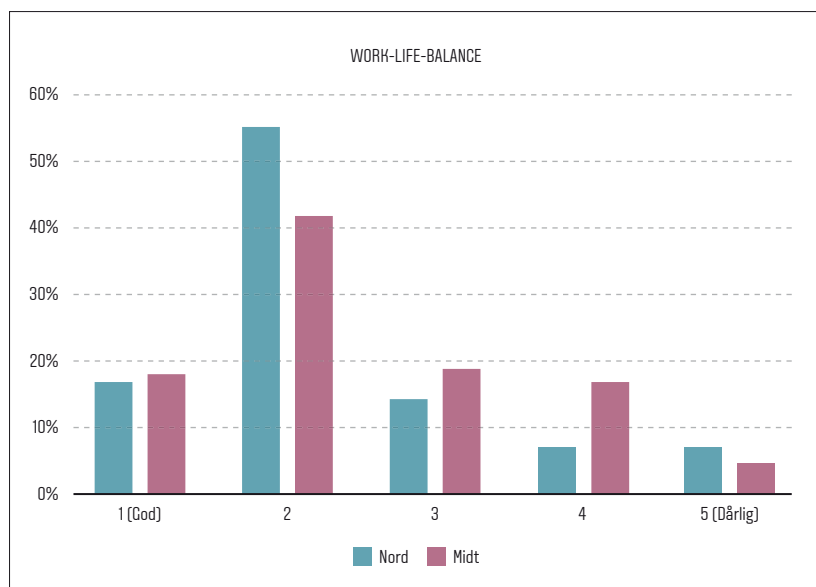
Figur 2: Work-life-balance i RN og RM.

I RN angiver 87 procent en work-life-balance som god eller derover sammenholdt med 71 procent i RM. Det betyder desværre også at hhv. 13 procent i RN og 29 procent i RM oplever at have svært ved at få balancen mellem arbejdslivet og fritiden/familielivet til at gå op.

Generelt ses større tilfredshed med work-life-balance hos mændene. Blandt mændene klassificerer 14 procent deres work-life-balance som un-

der middel sammenholdt med 21 procent hos kvinderne. De fleste af de kvinder og mænd, der er inkluderet i vores undersøgelse, er et sted i livet med små børn, og dette kan formentlig medvirke til, at lægerne oplever øget stress i hverdagen med børn og fuldtidsjob som praktiserende læge.

Et stigende antal almenmedicinere er kvinder, og vi fandt i højere grad, at kvinderne følte sig mere stressede (48 versus 24 procent), udbrændte



Figur 3: Work-life balance for mænd og kvinder.

og ensomme (28 versus 7 procent) end mændene. Det er også kvinderne, der oftest tilsidesætter egne behov (58 versus 14 procent). Et meget opsigtsvækkende fund var dog gældende i næsten samme grad for såvel kvinder som mænd. Således angav 21 procent af mændene og 24 procent af kvinderne, at de ofte eller altid føler sig utilstrækkelige over for deres børn.

Utilstrækkelig som forældre

Hvordan undgår vi, at praktiserende læger brænder ud? Findes der en måde, hvor man kan øge arbejdsglæden og livskvaliteten for at skabe en bedre balance imellem arbejde og privatliv?

PLO's trivselsundersøgelse fra 2016 indikerer, at praktiserende læger anvender uhensigtsmæssige strategier til håndtering af arbejdspress. Således viser PLO's undersøgelse, at de generelt tager færre pauser, bliver længere på arbejdet, afkorter ferier og møder på arbejde på trods af egen sygdom, når de er pressede. Forhåbentligt kan vi lære af dette i fremtiden og undgå at falde i disse fælder, hvor vi i alt for høj grad tilsidesætter egne behov.

Måske er det nødvendigt at gøre op med "Tarzan-syndromet", hvor den praktiserende læge ikke må vise svaghed, og erkende, at vi trods alt kun er mennesker og dermed sårbare, og at vi skal passe på os selv og hinanden

Da stress, udbændthed og ensomhed er forbundet med lav livskvalitet, højere sygelighed og overdødelighed, er lægers work-life-balance et område, der bør handles på – både regionalt og nationalt i PLO-regi.

– for vores egen, men ikke mindst også for vores børns skyld. Vores fund tyder på, at det særligt er i rollen som forældre, at begge køn lider under det store arbejdspress. Vores fund tyder på en høj grad af dårlig samvittighed i relation til forældrerollen som følge heraf. Således fandt vi i vores studie, at en væsentlig andel af mændene (ca. hver femte) og kvinderne (ca. hver fjerde) følte sig utilstrækkelig mht. samværet med deres børn og i rollen som forældre. Dette fund er i overensstemmelse med forskning, der viser, at praktiserende læger har en høj public service-motivation og generelt er præget af en høj grad af loyalitet i forhold til deres arbejde og ansvarsfølelse.

Tabel 2. De vigtigste elementer i en akuthenvissning for praksislæger, akutlæger og børnelæger

	Kvinder	Mænd
Stress (svarer 3-5)	48 %	24 %
Ensomhed (svarer 3-5)	28 %	7 %
Udbændthed (svarer 3-5)	28 %	7 %
Arbejdsglæde høj (svarer 1+2)	52 %	72 %
Føler sig utilstrækkelig som forældre (svarer 4-5)	24 %	21 %
Prioriterer sjældent egne behov (4-5)	57 %	14 %

Vores fund tyder på, at det særligt er i rollen som forældre, at begge køn lider under det store arbejdspress.

WORK LIFE



balance

se for deres patienter, kolleger og samfundet. Men den høje arbejdsmoral har altså desværre en høj pris, og en foruroligende stor andel mænd såvel som kvinder oplever dårlig samvittighed og utilstrækkelighedsfølelse i forhold til deres børn.

Mænd er mere stressrobuste

Lægernes work-life-balance vurderes generelt at ligge lidt højere i vores undersøgelse sammenlignet med undersøgelsen fra 2016 af Nørøxe et al. hos begge køn og i begge regioner. Der ses den største tilfredshed i RN, men det er også her, gruppen med den mindste arbejdsglæde er størst. Vi finder, at der arbejdes mere i RN. I RM havde respondenterne gennemsnitligt flere børn end i RN, hvilket kan være en del af forklaringen til den generelt højere stressoplevelse. Vores resultater giver fortsat grund til bekymring, idet hele 48 procent af kvinderne og 24 procent af mændene oplever at været stressede i hverdagen, og hele 28 procent af kvinderne angiver symptomer på udbrændthed mod 7 procent af mændene. En stresset læge vil ofte have mindre overskud og forekomme mindre empatisk, hvilket er fundet associeret med patienttilfredshed. Bemærkelsesværdigt er det også, at især kvinderne rammes af ensomhed (28 procent versus 7 procent). Vores fund tyder på, at mænd på flere områder er mere stressrobuste end kvinderne. Dog kan det være en bias, at der ind-

går en større andel af ældre mænd i undersøgelsen, der formodentlig ikke længere har små børn.

Dårlig balance kræver handling

Da stress, udbrændthed og ensomhed er forbundet med lav livskvalitet, højere sygelighed og overdødelighed, er lægers work-life-balance et område, der bør handles på – både regionalt og nationalt i PLO-regi.

Det kunne f.eks. være hensigtsmæssigt at sætte stress, trivsel og ensomhed på dagsordenen i efteruddannelsesgrupperne eller arbejde med det

til klyngemøder. Men også evnen til at prioritere egne behov, kollegial sparring og sårbarhed bør være vigtige temaer at tage op i kollegiale sparringsrum.

Et fleksibelt arbejdsliv vil gavne

Som yngre læger og kommende praktiserende læger kan vi kun håbe på, at vores på nogle områder forsigtigt opmuntrende undersøgelse (mindre katastrofal, men fortsat alarmerende) indikerer fremtidens positive trend. Dog finder vi også grund til stor bekymring, særligt i forhold til vores rolle som forældre. Dette er i overensstemmelse med den trend, andre forskere finder i Danmark, hvor en stigende andel af børn og unge mistrives og diagnosticeres med stress, angst, ADHD, og depression. Vi synes, at særligt dette fund, at mange læger ikke oplever at slå til i rollen som forældre, som der ikke er kastet lys over i studiet fra 2016, skal tages meget alvorligt. Vi håber, at der i takt med, at der i fremtiden uddannes flere praktiserende læger, kommer større mulighed for arbejdsmæssig fleksibilitet til gavn for os selv og vores familier. Så vi kan skrue ned for arbejdspresset, når vi har små børn, og dermed op for arbejdsglæde/trivsel. Og så skrue op igen for arbejdsmængden, når børnene er blevet større og mere selvhjulpne – uden samme risiko for dårlig samvittighed i forhold til børnene, nedsat trivsel og mindre arbejdsglæde. //



DSAM's kandidat valgt ind i LVS' bestyrelse



12. november 2020 var der valg til bestyrelsen i Lægevidenskabelige Selskaber (LVS). DSAM har været repræsenteret i LVS' bestyrelse ubrudt gennem årtier og er langt det største selskab blandt LVS' 125 medlemsselskaber.

DSAM havde i 2020 opstillet formand Anders Beich som kandidat. Anders opnåede et flot valg og endte med at være den, der fik næstflest stemmer.

På det seneste bestyrelsesmøde blev det drøftet, hvad DSAM skal bruge sit mandat til. DSAM's ambition for arbejdet i bestyrelsen handler om fokus på det samarbejdende sundhedsvæsen – den gode aflevering – og et tættere samarbejde mellem en almen praksis med flere og flere opgaver og en sygehussektor med højere og højere specialiseringsgrad.

For at frigøre mest mulig tid til det væsentlige skal vi også "vælge klogt", som det hedder i LVS. I DSAM hedder det Realistisk Medicin, og her har vi med et klart politikpapir allerede indført prin-

cipperne for vælg klogt i vores kommende vejledninger. Og Anders Beich er allerede blevet udpeget som LVS' repræsentant i styregruppen for "Vælg klogt".

En tredje sag, som DSAM vil forsøge at sætte fokus på via LVS, er den manglende adgang til videnskabelig litteratur, som vi tidligere har kunnet tilgå gennem DEFF-net og de databaser, det gav adgang til, men som Danske Regioner desværre har opsagt. DSAM's holdning er, at alle læger skal have adgang til videnskabelig litteratur og dermed nyeste forskning og viden, lidt ligesom bageren skal have adgang til mel. Og det må være en fælles sag for alle læger, uanset om det er forskning eller klinik, der er ens primære beskæftigelse.

Sagen passer godt ind i LVS' formål, som kræver, at vi som læger altid har adgang til:

- Den bedste forskning
- Den bedste uddannelse
- Den bedste viden og teknologi
- De bedste rammer for faglig udvikling

Har du forslag til, hvad DSAM skal sætte fokus på i LVS, så skriv til os på dsam@dsam.dk //



Ingen grund til berøringsangst

I sundhedsvæsenet er der risiko for flere former for berøringsangst, og en af dem bliver omtalt kort i dette indlæg. Det handler om accept af risikoen – med det formål at hjælpe folk.

Det er ikke noget, jeg bestemmer, og det er ikke noget, jeg skal bestemme for andre, men jeg er blevet så træt af at høre "voksne" snakke om, at de er "bange" for at krænke folk. Fagfolk må være ikke bange for at krænke. Jeg er bare studerende og ikke specielt aktivistisk anlagt, men jeg synes, at der er lektie at lære her.

Særligt er etnicitet eller handicap emner med en vis berøringsangst. Et simpelt hensyn er alt, der skal til, og det handler ikke om at kalde en eskimo-is for en inuit-is, men om at møde patienten i øjenhøjde. Det er en lek-

tion, vi bliver tudet ørene fulde af under studiet.

Hensynet er i lægeverdenen dog at tage den et skridt videre – en person med anden etnisk baggrund end dansk har nogle andre risici for sygdomme, end den etnisk danske befolkning har.

Eksempelvis kan nævnes det canadiske studie fra 2011 af M. Chiu et al., hvor man fandt den samme risiko for at udvikle T2DM ved et BMI på 30 hos den anglo-keltiske del af befolkningen som hos den pakistanske, kinesiske og sorte befolkning med et BMI på henholdsvis 24, 25 og 26. Ved denne risikoværdi begynder man i det canadiske sundhedsvæsen at indsætte det forebyggende arbejde og tilbyde borgeren hjælp.

Der er altså en væsentlig forskel i, hvornår man skal indsætte en ekstra indsats.

Det er altså vigtigt, hvilken etnicitet vores patienter tilhører!

Måske kan patienten blive krænket, når man fortæller dem, at man i sit embede har bemærket deres etni-

Det, vi taler om, er vel en form for accept af risikoen for, at man støder folk.

citet, og at man journalfører, behandler og forebygger sygdom ud fra denne.

Det, man skal holde sig for øje, er, at man handler i god tro. Det handler om sundhed og livskvalitet og en oprigtig interesse i at varetage patientens ve og vel. Det, vi taler om, er vel en form for accept af risikoen for, at man støder folk. Hvor man tager det hensyn, det er at forklare sig ordentligt og vise forståelse for, hvad det er, patienten oplever og har af risikofaktorer på en ordentlig måde. Og hvis ikke intentionen er god nok, så spørg patienterne, spørg de implicerede, hvad de godt kunne tænke sig fra deres læge. //





Grib knoglen

Hvorfor medicinstuderende skal bruges til telefonvisitation

Klokken 07.59 – Jeg tager mit lydisolerede gamer-headset på og gør mig klar til kamp!

Kl. 08.00 – Det er mandag morgen. Telefonerne ringer.

Kl. 08.02 – Der er 10 i kø på telefonen.

”Sundpraksis, du taler med Christine. Hvad kan jeg hjælpe med?”

En smartfrase, som jeg ofte benytter mig af i telefonen som velkomst. Herfra kan samtalen gå i alle retninger. Har Grethes søn fået børneorm igen? Eller har Grethe fået akutte bryst smerter og skal ringe 1-1-2?

Telefonvisitation bliver brugt i alle almen praksis, og det er et essentielt redskab til hurtigt at vurdere graden af sygdom og lidelse. Skal Grethe have en akut tid i dag, eller kan et blodtryk på 150/99 godt vente til næste uge?

I Sundpraksis skal alle igennem visitatoren, som kan være mig – den

medicinstuderende. Visitatoren vurderer, hvor akut patientens problemstilling er, og tilbyder evt. en tid eller beder lægen ringe tilbage på et passende tidspunkt afhængigt af problemstillingen og lægens tidsplan.

Det er derfor en nødvendighed at være skarp i sin visitation, da det er visitatoren, som afgør, hvem lægen skal se eller tale med hvornår og hvorfor. Særligt på travle dage, hvor akut-tiderne ikke hænger på træerne, er vigtigheden af at kunne visitere alt-afgørende. Og det kan vi, os medicin-studerende!

Men vi er ikke alene om det

Foruden supervision af lægerne får vi som medicinstuderende stor hjælp og støtte fra bl.a. sygeplejersker og sekretærer, som dagligt har ansvar for telefonvisitationen. Og som et fællesteam får vi fordelt patienterne. Vores forskellige baggrunde, uddannelser og kompetencer gør, at vi supplerer hinanden godt.

Telefonvisitation er en svær disci-

plin, som man først mestrer selvstændigt, når man er langt i sin specialeuddannelse som læge. Almenmedicinerne har dels deres speciallægeanerkendelse, erfaring og viden, som gør dem i stand til at kunne udrede og endda opstarte behandling på baggrund af anamnesen, hvilket ikke er tilfældet for medicinstuderende. Derfor er vigtigheden af at vide, hvornår man skal konferere om patienterne og opsøge hjælp selvfølgelig stor. I visitationen som medicinstuderende skal mestre, er det ikke et spørgsmål, om Grethe skal ses eller hjælpes, men mere et spørgsmål om hvornår og hvordan.

Hvorfor medicinstuderende som visitatorer?

Når man spørger kompagnon i Sundpraksis Rikke Weis er svaret simpelt; ”Høj faglighed, fleksibilitet og friske kolleger”. Der er bred enighed blandt lægerne i Sundpraksis om, at kvaliteten af visitationen hos de medicinstuderende er høj, da vi hurtigt omsæt-



Christine er klar ved telefonen i Sundpraksis. Foto: privat.

ter anatomisk og fysiologisk viden til at præcisere vores spørgsmål til patienterne, så de kan få et godt behandlingsgrundlag. Og i takt med, at vi kommer længere på studiet, får vi en sygdomsopfattelse og -forståelse, som gør, at vi også kan håndtere flere problemstillinger over telefonen og dermed aflaste både patient, læge og det øvrige personale ved at komme med forslag til behandlingsplanen, konferere med lægen og vende tilbage til patienten. På denne måde bruger lægen kortere tid på at drøfte en patient, og patienten kan måske hjælpes over telefonen. Da jeg startede i Sundpraksis efter 3. semester, var jeg den eneste medicinstuderende i praksis, og siden da er antallet vokset til fem stu-

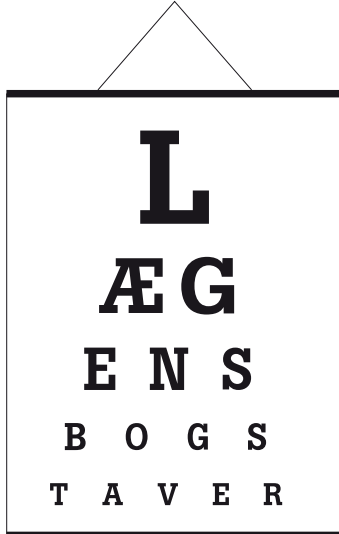
derende, der arbejder på skift. Sundpraksis kan se fordelene i at bruge medicinstuderende til telefonvisitation, og vi kan kun anbefale andre studerende og praksis at gøre det samme!

Win-win for alle parter

Ved at ansætte medicinstuderende som visitatorer i almen praksis, får vi dels et indblik i et megafedt speciale, som vi ellers først bliver præsenteret for på 12. semester. Samtidig får praksis engagerede, kompetente og nysgerrige visitatorer med en ekspanderende medicinsk horisont og en stejl læringskurve. Derudover er der mulighed for, at flere medicinstuderende vælger almen medicin som speciale, når vi også bliver brugt i almen prak-

sis under studiet. Mine knap fire år i Sundpraksis har i hvert fald gjort, at jeg håber på at kunne blive i almen praksis hele mit liv. Gerne som læge på et tidspunkt. Kort sagt: Brug os til at gribe knoglen, vi er gode til det! //

Praksis får engagerede, kompetente og nysgerrige visitatorer med en ekspanderende medicinsk horisont og en stejl læringskurve.



Dyder og synder

Hvis materielle ting bliver vigtigere end mennesker.

Niels Saxtrup er en mand med mange talenter og en fortid som både hospitalsklovn og lægefaglig chef i DSAM. I sin faste klumme funderer han over stort og småt i almen praksis og over faget almen medicin.



En bekendt modtog for nylig en standardmail fra sin læge, efter hun rutinemæssigt var coronatestet. Den orienterede hende om, at hendes test var negativ, hvilket hun udmærket godt var klar over – det ved enhver, der er testet. Hun spurgte mig, om det var normal kutyme at udsende rutinemæssigt negativt svar til alle; ja, hun spurgte direkte, om lægen fik honorar for at sende den slags spam.

Dyder og synder går hånd i hånd. Den ene er antitese til den anden.

Der beskrives syv dyder. De første fire er fra oldtidens Grækenland og blev introduceret af Sokrates: Mådehold, mod, retfærdighed og klogskab. Senere supplerede kristendommen med tre: Tro, håb og kærlighed.

De er normdannende. Vi kan alle genkende både dyder og synder i os selv. Vi ved, hvad der sker, hvis de ikke balanceres, og vi ser straks hos andre, hvis et træk er for voldsomt.

Hinandens spejl

Fællesskaber afbalancerer medlemmernes færd. Vi spejler os i hinanden, og umærkeligt retter vi ind efter en fælles norm. Når vi nærmer os en kant, vil vi mærke fællesskabet trække os ind mod en fælles midte. Der er plads til det særegne, det fælles rum vil som regel netop indeholde

rummelighed. Men der vil naturligvis også være noget, der er uden for rummet; man kan træde helt ved siden af.

Det er en udfordring at være læge i et samfund, som har vækst og ejerskab som maksime.

Sultne læger

Profit er drivkraften i vores samfund, først beskrevet af Marx, men det er senere helt overtaget og accepteret af borgerlige økonomer. I sine mest radikale former mener man endda, beskrevet af Adam Smith før Marx, at det frie marked kan regulere alt – også sundhed.

De fleste af os finder det heller ikke moralsk forkert, at vi gerne vil have en god forretning. Hvad der således er god latin i en sammenhæng, kan meget vel stå i vejen i anden sammenhæng. Alt afhænger af den helhed, det indgår i.

Økonomiske incitamenter er det værktøj, der benyttes for at regulere vores adfærd i almen praksis – spørg bare PLO's direktør, Jonatan Schloss. Vi har vores faglige udgangspunkt, men fra dette kan vores handling trækkes i som med mario-netsnore. Vores overenskomst og måde at være organiseret på er afgørende for vores adfærd.

Vi tilhører de bedst honorerede og privilegerede i samfundet, og der er da næppe heller nogen, der mener, at lægen ikke

De 7 dødssynder

Hovmod

Gerrighed

Utugt

Misundelse

Frådseri

Vrede

Dovenskab



Kilde: wikipedia

skal have en velfortjent honorering for sit arbejde.

Professor Rostgaard, der underviste mig i anatomi, sagde en gang: "Det er farligt for et samfund at have sultne læger".

Økonomien over for kaldet

Lægens særlige rolle og profession er velkendt fra oldtiden, Aristoteles kalder lægen for en etisk profession. Med det menes, at vores fokus skal være det menneske, som har betroet sig til os. Vi skal have mødet med det enkelte menneske for øje – ikke hvad det måtte udløse af mammon.

Lægeløftet i alle dets afskygninger afspejler, at man ikke må tage sig urimelig betaling for sin gerning – såle-

des er dilemmaet velkendt gennem historien, ellers havde man vel ikke brug for at skrive det i en ed.

Som praktiserende læger har vi inden for rimelige rammer fri adgang til fællesskabets kasse. Vi afregner vores ydelser, når vi har udført et stykke arbejde. Der ligger en gensidig tilid mellem samfund og læger ved en sådan ordning.

Nogle gange føler vi, at vi arbejder for meget for vores honorar. Det kan føre til en vis kreativitet, en læsning af vores honorarstruktur, som en vis herre læser Biblen. Måske var det, hvad der skete for min bekendtes læge.

Vi må være os pinligt bevidste både som individer og som gruppe, at hvis vi ikke optræder rimeligt inden for det

rum, der er givet, vil vi blive betragtet som den sorte Audi, der med stor fart kører råddent på motorvejen. Vi vil ikke blive forstået og mødt, hvis det går galt for os. //

Der beskrives syv dyder.

De første fire er fra oldtidens Grækenland og blev introduceret af Sokrates: Mådehold, mod, retfærdighed og klogskab.



TANKER FRA STOLEN:

Lægen som patient

"Hvordan har du det?"

"Jeg har det godt – bortset fra ondt i tænder og øjne, snot i næsen og trætt samt lette muskelgener."

"Okay, på en almindelig dag ville du spise nogle Panodiler og tage på arbejde."

Ja, det har min mand ret i. Og så ville jeg naturligvis holde afstand til patienterne, som kan se, at lægen ikke er helt frisk i dag.

Men i dag spiser jeg ikke Panodiler og tager på arbejde, for jeg fik en positiv coronatest i fredags.

Torsdag havde jeg været på arbejde på Panodiler, men verdenssituationen taget i betragtning startede jeg dagen med at pøde mig selv for corona, informere min sygeplejerske om, at jeg havde influenzasymptomer og ondt i halsen, at vi skulle holde endnu mere afstand, og jeg skulle ikke se patienter i dag – det måtte klares pr. telefon eller video. Det gik, jeg gik hjem, mission accomplished.

Fredag venter jeg på podesvar – men jeg ved jo allerede, det er negativt. Så da min kompagnon ringer, kaster jeg mig ud i en lang forklaring om et stort projekt, vi sammen er ved at sætte op med kommunen.

"Pia, du må lige vente lidt, jeg skal fortælle dig noget." Det føles som femture i en centrifuge med 1600 omdrejninger i minuttet, da hun siger: "Du er positiv, du har corona."

Følelser i alle retninger

Det rush, som følger, er svært at beskrive. Det rummer følelser i alle retninger. Jeg er ør i hovedet. Jeg griner mest, men jeg er også bange, frustreret og lettet. Jeg får den helt banale åbenbaring: så har jeg lov til at lægge mig lidt på sofaen, for jeg er faktisk ret træt. Og så bliver jeg virkelig ked af det. Ked af, at jeg ikke er bedre til at passe på mig selv, for den følelse, der kommer, er den samme, som jeg har haft de få gange i mit liv,

hvor jeg har været indlagt på sygehus. Det er ok, at du ligger her, du er faktisk syg.

Sygerollen – også for læger?

Det manglende hensyn til mig selv deler jeg måske med dig, kære kollega. Det er så svært for os læger at være i sygerollen. Vi ved godt, vi også kan blive syge, og den viden overruler af ansvarlighed for patienterne. Ofte indtil vi er så syge, at vi er nødt til at være på et sygehus. Jeg har måbende lyttet til så mange sygehistorier fra kolleger, der har budt sig selv de mest ekstreme ting, der slår mine egne sygehistorier med mange, mange længder. Svært syge kolleger, der pligttopfyldende passer deres patienter til punkt og prikke uden hensyntagen til deres

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



eget helbred. Jeg har også – rystet – lyttet til lægers egenomsorg i form af selvbehandling af symptomer på alvorlige infektioner og psykisk sygdom, hvilket er endnu mere problematisk.

Bedre til at støtte hinanden

Og så er der kollegers syn på kollegers sygdom. Fra min egen pose kan jeg hente oplevelsen af at komme tilbage på arbejde på en sygehusafdeling efter en indlæggelse til observation for meningitis. Jeg blev mødt med kommentaren af en overlæge: "Nå, og du har så været indlagt med noget med sindet?" Hvorefter han gik videre med morgenkonferencen. Eller da jeg senere stod som uddannelseskoordinator med en svært syg uddannelseslæge, og det eneste tutorlægen havde lyst til at diskutere med mig var, hvem der var forpligtet til at tage uddannelseslægens vagter hen over julen. Der til et utal af sygehistorier fra kollegernes egen mund på kurser rundt omkring og med afsæt i alskens sygdomme; hver gang med samme indgang om negligering af fakta og ofte med en følelse af at skulle klare det hele selv og med ringe forståelse og støtte fra kollegerne. Og du kan som læser selv fortsætte... hvilke historier har du været en del af eller hørt om?

Uanset at de fleste af os er godt trætte af at høre om corona, så står vi læger nu med en udstukken ramme for, hvordan vi griber sygdomsforløb hos os selv an, hvis vi smittes med corona. Og der er ingen kære mor eller undskyldning. Hvem tør trodse retningslinjerne med risiko for shaming – eller værre at påføre sine patienter sygdom, som kan ende fatalt? Og retningslinjerne ændrer sig løbende, som du har bemærket. Vi var forskellige i tilgangen fra start – uden måske at tænke på, hvor forskelligt vi reagerede. Jeg husker tydeligt, første møde i maj med andre kolleger, hvor vi snak-



kede om hverdagen med corona. Nogle sukkede over mangel på værnemidler, mens andre blot registrerede, at værnemidlerne hobede sig op på praksis lager.

"Vi sidder med mundbind eller visir på hver dag." "Vi bruger kun værnemidler ved tæt kontakt."

"Vil du risikere at være skyld i, din patient bliver smittet?" "Nej, helst ikke. Men det er nu en gang den daglige risiko, som både patienter og jeg har levet med i 23 år, at vi kan smitte hinanden. Nu er der bare kommet endnu en infektionssygdom, som hedder corona."

Og corona skal alle, inklusive lægen, for alt i verden undgå. For du kan dø af corona. Det kan du så også af andre smitsomme sygdomme som influenza – for slet ikke at nævne mere sjældne men dog i praksis forekommende bakterielle sygdomme med en langt højere dødelighed.

Gammel kending er stadig højaktuel

Spørgsmålet er: Vil corona ændre lægers adfærd i forhold til risiko for lægens smitteoverførsel til patienten og lægens egenomsorg ved sygdom? Jeg bliver aldrig tilhænger af værnemidler i daglig brug ud over fornuftig af-

stand og høj hygiejne. Jeg bliver kun tilhænger af videokonsultationer som nødkonsultationer. Da jeg lagde mig på sofaen i fredags efter beskeden om påvist corona, besluttede jeg mig for, at nu vil jeg fremover passe bedre på mig selv, når jeg bliver syg. Lige nu vandrer jeg rundt og mærker efter, om jeg er symptomfri, for efter 48 timer med symptomfrihed kan jeg igen gå på arbejde i praksis. Sådan er det med corona. Gad vide om mit forsæt om bedre egenomsorg holder, hvis jeg bliver syg igen? For det bliver nok ikke en tur til i coronakarrusellen, og de andre sygdomme er der ingen regler for. Og det er ikke en opfordring til flere regler men et ønske om, at vi praktiserende læger deler vores tanker om vores sårbarhed, når vi bliver syge. Og en endnu større opfordring til at vi respekterer forskellighed, og vi alle passer på hinanden.

PS: I min søgen på Google efter referencer på området "Når lægen er syg", stødte jeg på bogen "Lægen som patient", som er skrevet af vores kollega Bodil Nielsen med udgivelse i 2001. Bogens titel virkede bekendt, og ganske rigtigt fandt jeg et ulæst eksemplar i min egen reol. Nu skal der læses på sofaen! //

Vil du være vores nye klummeskribent?

Kan du lide at skrive? Tænker du over arbejdet som praktiserende læge? Og har du lyst til at dele dine tanker med andre? Hvis svaret er ja, har du chancen for at blive en af de tre skribenter, som på skift skriver 'Tanker fra stolen'. Klummens tema og indhold er helt op til dig, og eneste krav er, at det skrevne højst må fylde to sider.

Har du lyst til dette ærefulde, men ulønnede hverv?
Kontakt redaktionen på Practicus på mail: practicus@dsam.dk.

