

DEN PRAKTISERENDE LÆGE I DANMARK

Hvem er vi? Hvad er vores opgave?



OPLÆG TIL EN PROFESSIONSETIK

Af Niels Saxtrup, Marianne Dam Lentz og Benny Ehrenreich

Indhold

Indledning	3
Hvad er etik?	3
Hvad er en profession?	3
Hvorfor har vi brug for en professionsetik?	3
Professionsidentitet	4
Hvem er vi?	4
Hvad skal vi? Og hvad er vores mission?	4
Hvor skal vi hen?	4
Hvordan arbejder vi?	4
Teori	5
Teknik	5
Dømmekraft	5
Etisk ståsted	5
Professionsetiske værdier: samfund, patient og profession	6
Den praktiserende læge og samfundet	6
Funktion	6
Rolle	6
Metodens betydning for rollen i samfundet	6
Autonomi	7
Del af et fagligt fællesskab	7
Tillid og monitorering	7
Den praktiserende læge og patienterne	7
Virke og værdier	7
Faglighed	8
Magt og ansvar	8
Den praktiserende læge og professionen	8
Uddannelse	8
Det faglige fællesskab	8
Selvstændige erhvervsdrivende	9
Om baggrunden for udkastet	9
Bilag 1. Pejlemærker for faget almen medicin	10
Litteraturliste	11

Indledning

Vi er de praktiserende læger i Danmark. Alle læger afgiver lægeløftet [1]. Vores faglige selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), har udviklet pejlemærker for faget almen medicin [2]. Men dette skrift har til formål at opridse en mere uddybende og præcis professionsetik for de særlige forhold, der vedrører praktiserende læger.

Denne professionsetik arbejder med de klassiske filosofiske spørgsmål: Hvem er vi som praktiserende læger? Hvorfor er vi her? Hvorhen skal vi bevæge os – og hvordan?

Professionsetikken er en værdifuld rygstøtte. Den er med til at definere rammen for vores virke.

Den hjælper os med at navigere i dilemmaer, der giver os kvaler.

Hvad er etik?

Etisk Råd har skrevet om etik:

"Etiske spørgsmål drejer sig om, hvordan man behandler andre mennesker og andre levende væsener. Etik handler om, hvad det gode liv er, og betydningen af at tage hensyn til andre og ikke kun have blik for sig selv og sine egne behov." [3]

Arbejdet med mennesker og menneskelige problemstillinger kan ikke sættes på en formel.

Vi kan nå langt med vores teoretiske medicinske viden og håndgreb, men vi vil ofte stå i dilemmaer, som lærebogsviden eller procedurer ikke kan give os svar på. Vi kan ikke blot vurdere kliniske problemstillinger ud fra diagrammer eller kliniske retningslinjer. Vi er klar over, at den endelige og absolutte sandhed i den konkrete situation ikke findes, men at vi som specialister må bruge vores kliniske dømmekraft i hver enkelt situation.

Etikken skal være en hjælp til at kunne navigere i vanskeligt farvand.

Hvad er en profession?

At være læge, praktiserende læge, er en klassisk profession. Vi har en velbeskrevet opgave i samfundet. Vores position giver os en række privilegier og pligter.

Man kalder det en profession, når en bestemt, langvarig, formel uddannelse erhverves af personer, der er orienteret mod bestemte job, som ifølge sociale normaler ikke

kan udfyldes af andre personer end dem med denne uddannelse [4]. Der er altså tale om et monopol, som kommer til udtryk ved, at man skal have autorisation for at kunne arbejde som læge.

Centrale elementer i en professionsdefinition [5] er:

- Specialiststatus med et betydeligt element af videns- og færdighedsmonopol
- Samfundet tildeler professionerne og medlemmerne monopol i kraft af autorisationsordninger.
- Den professionelle vælger selv midlerne i udførelsen af arbejdet og til dels målene for indsatsen.
- Der er en selvforståelse, der bygger på viden, etiske koder og altruisme.
- Intern kontrol af medlemmerne – ofte i henhold til etiske retningslinjer, som er fastlagt af professionen.

Aristoteles kaldte lægen – sammen med læreren og advokaten – for en etisk profession. Heri ligger, at lægen har en skærpet forpligtelse til at se og arbejde for det menneske, som denne har i sit tarv.

Vi er praktiserende læger og arbejder med mennesker; ikke med ting. Det smitter af på vores gerning: Vi ser ikke sundhedsarbejde som en klassisk vare, og vi ser ikke os selv som købmænd.

Hvorfor har vi brug for en professionsetik?

Enhver profession har sin egen professionsetik, som er central for professionen, og som bidrager til at definere professionsgruppen.

Formålet med en beskrevet professionsetik er, at vi som praktiserende læger får en større faglig selvforståelse og et stærkere kollegialt-professionelt fællesskab – til gavn for den enkelte patient og samfundet som helhed. Målet er at finde ord for det, vi gør, så vi kan beskrive os selv over for os selv og den omverden, som vi er en del af: borgere, samarbejdspartnere, administratorer og politikere.

Vi skal være bevidste om grundlaget for vores beslutninger. Vi skal kunne argumentere for dem over for kolleger, så vi kan forklare andre og hinanden, hvorfor vi handler, som vi gør.

Vi skal i vores profession som praktiserende læger kunne redegøre for vores fags grundlag og værdier, vores metode, vores organisering, forholdene mellem vores profes-

sion og samfundet, patienterne og vores interne relationer læge og læge imellem.

De professionsetiske principper har flere forskellige funktioner. De skal understøtte den enkelte praktiserende læges beslutningskompetence. De skal styrke tilliden til egen faglighed og dømmekraft, og de skal øge bevidstheden om at indgå i et gensidigt forpligtende professio-

nelt fællesskab med deraf følgende pligter, dyder og privilegier.

Den nedskrevne etik skal afspejle den praksis, vi har reelt. Den skal ikke være et uopnåeligt ideal. Samtidig skal den være rettesnoren i vores faglige liv, i vores uddannelse og ikke mindst i vores forhold til omverden.

Professionsidentitet

Hvem er vi?

Vi er de praktiserende læger i Danmark. Vi har i sin tid valgt at blive læger.

Vores universitetsuddannelse har både det naturvidenskabelige fundament som anatomi, fysiologi og biokemi, men den indeholder også samfundsmæssige og psykologiske forhold. Uddannelsen giver stor – og grænseoverskridende – indsigt i den menneskelige krop og psyke. Vi har fået en uddannelse med både teori og mesterlære og et arbejde med tyngende arbejdspress og stort ansvar.

Vi har valgt at være generalister med specialelægeuddannelsen i almen medicin. Som generalister behandler vi alle typer af menneskelige problemstillinger; vi er specialister i det almene.

Vi har også valgt at arbejde som selvstændige praktiserende læger under vilkår, der giver os en vifte af metodemæssige valg og en grad af organisationsfrihed i vores klinikker. Samtidig er vi bundet af tætte aftaler mellem det offentlige Danmark og Danske Regioner.

Vi er omkring 3.300 praktiserende læger, der er organiseret i et stort netværk af cirka 2.000 selvejende klinikker over hele landet.

Hvad skal vi? Og hvad er vores mission?

Vores kerneopgave er at møde det enkelte menneske og den problemstilling, som denne person fremfører, i en almenmedicinsk og personcentreret kontekst.

Vi er en del af det samlede sundhedsvæsen. Vi har et medansvar for at samarbejdet fungerer – til gavn for det enkelte menneske, for hinanden og for hele samfundet. Alle borgere i Danmark har adgang til en praktiserende læge.

Vores tilhørsforhold til det øvrige sundhedsvæsen er formelt beskrevet i love, aftaler og bekendtgørelser. De nærmere forhold baseres på aftaler mellem vores organisation, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), og forskellige myndigheder, f.eks. Sundhedsstyrelsen, ministerier, kommuner og regioner.

Hvor skal vi hen?

Vi skal til stadighed forfine og udvikle vores faglighed: den almenmedicinske tilgang til det enkelte menneske og vores samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Vi skal udvikle vores uddannelse, således at det problem, som patienten kommer med, fortsat kan håndteres af en kompetent, bredt orienteret lægefaglig generalist.

Almen medicin er et medicinsk speciale med en holistisk tilgang til menneskelige problemstillinger, som ofte er komplekse, idet psykologiske, pædagogiske, sociale og eksistentielle menneskelige problemer til stadighed ses i en medicinsk kontekst.

Vi skal værne om tilliden. Den elementære tillid fra kolleger, patienter og samfund er ikke givet. Den skal der arbejdes for. Man skal gøre sig fortjent til den. Vi er afhængige af vores patienters individuelle tillid og af samfundets kollektive tillid. Begge dele lider skade, hvis professionen eller bare enkelte repræsentanter for den svigter [6].

Hvordan arbejder vi?

Med inspiration fra Aristoteles kan man beskrive arbejdet som praktiserende læge med de tre kundskabsformer [7]: teori (episteme), teknik/håndværk (techne) og dømmekraft (phronesis).

Teori

Vores teoretiske viden grundlægges som boglig viden fra lægestudiet. Det er teoretisk viden om somatiske og psykiske lidelser, idéer om tings sammenhæng, f.eks. patofysiologi eller bio-psyko-social tilgang. Den teoretiske læring er livslang. Vi skærper vores læring løbende gennem kendskab til forskning og ny viden, f.eks. via tidsskrifter, selvstudier, kurser og kongresser.

Teknik

Vi bruger og udbygger konstant vore tekniske færdigheder, som har mange udtryksformer, f.eks. diagnoseprocessen i form af anamnese og objektiv undersøgelse, konsultationsprocessen, udførsel af procedurer, samtaler, indgreb og brug af IT-systemer.

Dømmekraft

Vores vurderingsevne er tidligere blevet kaldt for "lægekunst", men begrebet "professionel dømmekraft" er mere dækkende. Dømmekraft kaldes også den kløgt eller visdom, som vi hele tiden bruger til at vurdere det enkelte tilfælde ud fra vores generelle viden. Vi trækker på vores teoretiske og tekniske viden, men dømmekraften er altid kontekstuel; den er altid konkret, da hver enkelt situation med et nyt menneske er særligt og anderledes end andre tilfælde. Der findes sjældent en endelig og entydig sand løsning på en given klinisk problemstilling. Ofte vil der være en sky af muligheder, der alle kan være mere eller mindre korrekte, mere eller mindre egnede i situationen.

Brugen af dømmekraften skal kunne tåle fællesskabets vurdering og dom. Man kan sige, at dømmekraften er en udadrettet handling, der må kunne tåle at blive evalueret i et fællesskab. I modsætning til dømmekraft står "intuition" eller "mavefornemmelse", der er en indadrettet handling og ikke kræver andre begrundelser end sig selv. Dette fællesskab skal forstås bredt som hele gruppen eller undergrupper af praktiserende læger i Danmark: kolleger i klinikken, klyngen, det lokale område etc.

I det daglige arbejde veksler vi ubesværet mellem de tre kundskabsformer. For teori og teknisk kunnen er der lærebøger og konkrete anvisninger, som vi helt fra studiet oplæres i og til stadighed dygtiggør os i. Men brugen af dømmekraften er lidt mere nuanceret.

Den store forskel mellem en tekniker og en læge er, at lægen arbejder med levende mennesker: hver af dem er unikke, og enhver klinisk situation er unik – om end der

selvfølgelig er mønstre af genkendelse. Ellers ville det være umuligt at være læge.

Eftersom det enkelte menneske er en levende person med sin egen historie, egne antagelser, værdier, følelser og forklaringer, styrker og svagheder, indebærer arbejdet som praktiserende læge en helhedstænkning, der betyder, at vi må tage disse punkter med i vores samlede vurdering. Den biologiske teori og tekniske kunnen er nødvendig, men ikke tilstrækkelig som praktiserende læge.

Hvis vi kun anvender vores teoretiske og tekniske kundskaber over for det levende menneske, risikerer vi at tingsliggøre eller instrumentalisere forholdet, at gøre mennesket til et stykke mekanik, hvis problemer kan løses mekanisk.

Etisk ståsted

Den personcentrerede tilgang er det etiske grundlag for praktiserende lægers professionsetik.

Den medicinske etik er klassisk funderet på lægens ansvar for "den svage" eller "sårbare". Den kaldes også "den samaritanske pligt" [8], hvilket refererer til fortællingen om "den barmhjertige samaritaner" i Det Nye Testamente [9]. Den, der har brug for lægens hjælp, er svag i det øjeblik.

Ansaret for den svage [10] forudsætter, at vi ser mennesket som et socialt væsen, og at vi lever i gensidig afhængighed af hinanden. Dette udtrykkes på forskellig måde, f.eks. Handl altid således, at grundlaget for din beslutning altid tillige kan gælde for en almengyldig lovgivning [11] og Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre, uden at han holder noget af dets liv i sin hånd [12].

Magt og ansvar følges altså ad. Og i forholdet til patienten, den svage, har vi som læger magten – og dermed ansvaret for den anden.

Vi ønsker at møde patienten som et medmenneske og ikke som en ting [13], en sygdomsenhed.

Vi er bevidste om, at det kan være svært at forklare en lægperson uden vores forforståelse, hvad der er grundlaget for en beslutning eller metode, men vi må forsøge at tilstræbe en form for gennemsigtighed, transparens, således at vi bedst muligt kan forstås. I denne transparens skal vores ståsted som fagprofessionelle være tydeligt: vi har en stærk faglig identitet, et kald og en fælles tilgang til lægefaget, der ikke kun er erhvervsmæssig eller økonomisk.

Når vi bruger dømmekraften, er vores etiske ståsted en del af grundlaget for dømmekraften.

Vores menneskesyn, sygdomsopfattelse og mål med det daglige arbejde afspejles i etikken.

For den praktiserende læge er det god praksis at arbejde efter den personcentrerede almenmedicinske tilgang, der er beskrevet i "Notat om personcentreret almen medicin med fokus på relationelle og humanistiske aspekter" fra Fonden for Almen Praksis [14]:

"At tage udgangspunkt i det menneske, som møder den praktiserende læge, hvad enten vedkommende er rask eller syg".

Personcentreret tilgang betyder, at lægen bl.a. skal mestre følgende kompetencer:

- at udvise respekt for individualitet, værdier og autonomi
- at medvirke til at skabe mening og terapeutisk alliance

- at inddrage den sociale kontekst og netværk
- at bidrage til gensidigt forpligtende ansvar
- at se sig selv som en person, f.eks. med følelser
- at anvende en model for sundhed og velvære, som tager afsæt i den biomedicinsk funderede sygdomslære
- at indgå som en del af et samarbejdende sundhedsvæsen.

Sproget afspejler tilgangen til vores faglige liv. Vi er bevidste om sprogets magt. Vi tilstræber at formulere os så klart som muligt og at tale til – og om – vores patienter på en respektfuld måde.

Professionsetiske værdier: samfund, patient og profession

De professionsetiske værdier er beskrevet herunder. Et særligt fokus rettes mod, hvilke værdier der påvirker forholdet mellem de praktiserende læger og henholdsvis samfundet, patienten og professionen selv.

Den praktiserende læge og samfundet

Funktion

Samfundsdannelser har til alle tider haft en praktiserende læge eller noget tilsvarende i forskellige former afhængig af kulturen: styrmanden på skibet, den kloge kone, heksedoktoren, druiden osv.

Praktiserende lægers grundlæggende funktion er at bidrage til det gode i samfundet; at styrke det sociale fællesskab, man er en del af, og at beskytte befolkningens og det enkelte individs helb.

Samfundet skal forstås langt bredere end "stat", da statsdannelsen jo er en formaliseret struktur. Samfundets gode skal i højere grad forstås på et abstrakt plan som det, der er godt for os alle [15].

Rolle

Vores rolle som praktiserende læger er at være dem, som

alle borgere frit kan henvende sig til med det lidelsesbillede, som de måtte have.

Vi er en af velfærdsstatens hovedhjørnesten. Hos os kan borgeren henvende sig frit og sætte overskriften for, hvad der skal behandles i konsultationen. Det er vores opgave at bidrage med viden og dømmekraft og på den måde give vores faglige bidrag til, hvordan en problemstilling eller et symptom skal tackles.

Den praktiserende læges autonomi sikrer, at der ikke er en anden dagsorden fra en opdragsgiver, f.eks. staten eller et forsikringsselskab. Autonomien er den bedste sikring af, at det er patienten, der sættes i centrum. Det betyder, at lægens arbejde og ydelser må være relativt veldefineret af f.eks. nationale retningslinjer og stramt reguleret af både professionen selv og af relevante myndigheder.

Metodens betydning for rollen i samfundet

Den personcentrerede metode, hvor det er mennesket og ikke en diagnose, der er i centrum, er afgørende for vores arbejde. En diagnose siger i sig selv ikke noget om patientens faktiske tilstand. Kendskabet til patienten og dennes relationer, præferencer, sociale og kulturelle forhold er

grundlaget for håndtering af det lidelsesbillede, patienten henvender sig med.

At patient og læge kender hinanden, giver en fagligt rationel og mere sikker håndtering, men det giver også en mere omkostningseffektiv gevinst for samfundet [16].

Autonomi

Praktiserende lægers autonomi og organisering i små selvstændige enheder er afgørende for at lægegerningen kan udøves frit. Det sikrer, at lægen ikke af offentlig myndighed (f.eks. stat, region, kommune) eller privat "arbejdsgiver" (f.eks. kædevirksomhed, forsikringsselskab eller lignende) kan pålægges at arbejde eller vægte sin indsats på en bestemt måde. Klinikkerne drives efter "public-private partnership"-modellen, som sikrer, at vi med ansvar for "hele butikken" – inden for rammerne af en aftale med det offentlige – netop over for den enkelte patient kan opretholde autonomien, kontinuiteten i relationen og tilliden.

Af samme grund begiver vi os ikke af med ydelser (heller ikke som nebengeschæft), der ikke er evidensbaserede eller udgør en del af de faglige retningslinjer.

Vi er på klinik-niveau ikke del af en større organisation. Vi udgør et netværk af 2000 selvstændige klinikker, men vi fungerer på mange måder som en organisme. I den enkelte klinik kan arbejdet være organiseret på sin særlige måde, men overordnet set udgør vi et stort tæppe – som en plæne, hvor det enkelte strå både er unikt og dog sammenligneligt med resten af stråene i plænen – og alle er i forbindelse med hinanden gennem et fælles rodnet.

Del af et fagligt fællesskab

Praktiserende læger udgør et fagprofessionelt fællesskab, der bygger på klassiske professioners organisering: fælles uddannelse, fælles arbejdsfelt og metodisk tilgang, fælles kultur og sprog.

En forudsætning for at kunne arbejde professionelt med sit fag er, at man er i kontakt med professionen. Konkret kan det være flerlægepraksis, klyngearbejdet eller andre faglige sammenhænge, f.eks. efteruddannelses- og supervisionsgrupper, lægemøder og kongresser.

Tillid og monitorering

Harmoni kræver en grad af samklang mellem samfundets og statens forventninger til praktiserende læger og vore egne forventninger.

Samfundet kan med god ret kræve en høj faglighed og høj kvalitet af praktiserende læger.

Der må derfor være et tillidsbaseret forhold mellem professionen og samfundet.

Som det fungerer i dag, hører denne funktion under regionerne, og arbejdsområdet for praktiserende læger foregår ved en løbende dialog mellem især PLO og regionerne.

I særlige anliggender, f.eks. under epidemier, kan der udstedes påbud til almen praksis.

Vi er os bevidste, at det kan være besværligt for sundhedsmyndigheder og stat, at den praktiserende læge ikke er under direkte kommando; omvendt må man holde fast i de åbenlyse fordele, der er ved den praktiserende læges autonomi – både over for patient og over for samfund som sådan.

Dialog og gensidig tillid er vigtig. Det er os selv som profession, der kender og kan definere de metoder, vi arbejder med. Man må sikre en vis grad af transparens og åbenhed i vores arbejde, vel vidende at det kan være vanskeligt for udenforstående at have indsigt i faglige problematikker.

Som minimum må de praktiserende lægers værdigrundlag være klart og forståeligt.

Den praktiserende læge og patienterne

Virke og værdier

Centralt i praktiserende lægers virke er at gøre det, der er det bedste for den enkelte patient, også selvom det ikke altid er det samme som at gøre det, den enkelte patient – eller andre – ønsker [17].

Det faglige arbejde indebærer, at andre hensyn (til bl.a. arbejdstilrettælgelse, karriere og indtjeningsmuligheder) underlægges hensynet til den enkelte patients bedste. Hvis dette undlades, svigter den praktiserende læge sine patienters, sine fagfællers og offentlighedens tillid [18, 19].

Således skal lægen se sig selv som læge med de værdier, der er lagt i faget og dets etik; og i mindre grad som købmand, hvis primære målsætning er omsætning uden skelen til lødigheden af varen.

På trods af vores organisation som små selvejende virksomheder er vi ikke købmandsforretninger, der udbyder en række varer, som en kunde kan vælge at købe. Således er det servile "kunden har altid ret" fra den merkantile verden ikke et grundlag for forholdet mellem læge og patient.

Patienten, der opsøger lægen, får lægens faglige vurdering – og det er vores "vare" – af en problemstilling, men det er ikke en vare eller ydelse, som frit kan vælges. Der

er således forskel på patientens henvendelsesårsag eller klage, som er helt fri, og den måde, det skal håndteres på. Håndteringen hviler i sidste ende alene på lægens faglige vurdering.

Det er væsentligt for læge-patient-forholdet, at der ikke er penge direkte involveret mellem læge og patient. Der er således ikke tale om handel og køb af et produkt i klassisk forstand ("jeg har betalt for det – altså har jeg ret til det"). Derimod er patienten/borgeren dækket via det skattefinansierede system. Dette hindrer en kommercialisering af læge-patientforholdet med alle de faldgruber, som dette kan medføre i form af f.eks. overdiagnostik, overbehandling og fordyrelse af sundhedsvæsenet.

Faglighed

Den praktiserende læge forpligter sig til at fremme sin egen udvikling og holde sig ajour med fagets udvikling.

Magt og ansvar

Den praktiserende læge er for sine patienter ofte første instans og sidste udvej. Den praktiserende læge skal være sig bevidst, at denne i sit forhold til patienten har en del af dennes liv i sin magt. Vi må være os bevidste, at konsultationen er et ubalanceret magtforhold. Vi har til daglig at gøre med mennesker, der er i en sårbar position. I vores fag som praktiserende læger er det afgørende, at vi erkender den magt og derfor kan undgå at forvolde uagtsom skade. Dermed kan man have afgørende indflydelse på patientens velbefindende i bredeste forstand. Men den praktiserende læge må aldrig overtage patientens eget ansvar eller fratage denne selvstændigheden [20].

Den praktiserende læge og professionen

Lægefællesskabet beskæftiger sig med både interkollegiale forhold, uddannelse samt kvalitet og faglig udvikling. Vi skal styrke hinanden i at kunne varetage lægeopgaven, både den biomedicinske del og den menneskelige del. Vi skal også arbejde på, at den enkelte læge forbliver fysisk og psykisk sund, så virket er præget af trivsel, og f.eks. udbrændthed undgås.

Uddannelse

Under speciallægeuddannelsen bliver de kommende speciallæger i almen medicin uddannet til at have såvel de personlige kompetencer som de faglige dyder, der er nødvendige, for at kunne blive praktiserende læge og en del af fællesskabet.

Erfarne praktiserende læger er tutorlæger og tager et medansvar for at introducere nye kolleger til faget på alle niveauer. Som tutorlæge benytter vi i uddannelsen af den kommende kollega dialogbaseret kompetenceudvikling og sikrer, at de kommende speciallæger er rustet som fuldgyltige medlemmer af professionen på det menneskelige, det kommunikative, det samarbejdende og det værdimæssige plan. Fagets etiske, teoretiske og tekniske grundlag skal være centralt i introduktionen og undervisningen i faget.

Det faglige fællesskab

Vi skal løbende udvikle vores faglige fællesskaber, f.eks. klynger, efteruddannelsesgrupper og supervisorsgrupper. Fællesskabet skal understøtte vores faglige identitet og styrke os selv i fællesskabet, ligesom fællesskabet skal understøtte vores trivsel i faget. Som praktiserende læger skal vi føle ansvar for fællesskabet, for faget og for hinanden, fordi det i sidste ende giver bedre praktiserende læger for befolkningen og dermed samfundet som helhed.

Vi bestræber os på, at vores standsmedlemmer opfører sig etisk ansvarligt. Læger, der forsætligt forbryder sig mod vores fælles etik og normsæt, forbryder sig også mod fællesskabet. Vores tillidsfolk, herunder centrale eller lokale PLO-ledelser, skal have mulighed for – også offentligt – at tage afstand fra sådanne læger. Vores rolle bygger på tillid mellem patient og læge; mellem samfund og stand. Det er derfor til stor skade både på mikro- og makroplan, hvis vi ikke har mulighed for at sanktionere forsætligt brud på faglig standard og etik.

Fællesskabet har pligt til at tage hånd om kolleger, der fagligt eller personligt har brug for støtte. Det vil sige, at vi har pligt til at reagere, både som enkeltindivid og som gruppe. Hvis dialog ikke rækker, må man i ekstreme tilfælde inddrage myndighederne.

Vores faglige fællesskaber er kulturbærende. Vi forsøger i handling og tale at arbejde tillidsbaseret, loyalt og respektfuldt over for kolleger, patienter og samfund.

At være en god praktiserende læge kræver både menneskeligt, professionelt og fagligt overskud. Vores arbejdsliv skal være bæredygtigt – også over for os selv. At være praktiserende læge kræver, at man skal tilstræbe at passe godt på sig selv. Vi skal i fællesskab sætte fokus på egenomsorgen i organisering, efteruddannelse og kollegial omgang.

Selvstændige erhvervsdrivende

Vi er selvstændige erhvervsdrivende. Det er derfor en helt naturlig ting, at vi har interesse i, at vores klinikker drives – også med et økonomisk blik. Vi vil løbende være i dilemmaer mellem det økonomisk fordelagtige og det fagligt forsvarlige, og det skal vi være os bevidste. Det er væsentligt, at vi hverken som enkeltpersoner eller stand ser os selv som økonomiske agenter med økonomisk gevinst som eneste drivkraft for øje, men at vi derimod bliver ved med

at have interessen og nysgerrigheden for det faglige for øje. Vi skal se det som advarselstegn både på det personlige og kollektive plan, hvis økonomisk gevinst bliver vigtigere end det faglige kald.

At være praktiserende læge betyder, at man er selvstændig erhvervsdrivende med overenskomst med samfundet. At være en del af fællesskabet betyder, at vi i vores forretninger skal være uhildede.

Om baggrunden for udkastet

Dette udkast til en professionsetik er udarbejdet på baggrund af arbejde iaf ”Præstøgruppen” [21]. Det er en efteruddannelses- og studiegruppe, der består af praktiserende læger med interesse for vores professions teori, metode, historie og etik. Gruppen blev etableret i 2014 og mødes et par gange årligt i Præstø.

Efter professionens krise i forbindelse med overenskomstforhandlingerne og regeringsindgrebet i 2013 forsøgte man sig med en visionsproces for almen praksis. Idéen var velment, men processen var vanskelig, da man

ikke havde noget konkret formuleret udgangspunkt. Det er et sådant udgangspunkt, vi har forsøgt at formulere med dette udkast.

Dette oplæg er et bud på, hvordan en formuleret teori og etik for vores fag kunne se ud. Den er på ingen måde færdig. Det er vores håb er, at vi på denne baggrund kan skabe en frugtbar proces med fælles drøftelser mod et stærkere fundament, der både kan være en ledetråd i vores daglige arbejde og et bolværk mod udefrakommende kriser.

Bilag 1.

Pejlemærker for faget almen medicin

Almen medicin er et videnskabeligt funderet lægespecial, som er 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 fælles rammer for 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.

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. Vi deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet

- Vi tager ansvar for, at vores evidens- og færdighedsbaserede 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.

6. 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 klinikkens aktuelle patientsammensætning.

7. Vi beskriver og bruger erfaringerne fra praksis

- Vi samarbejder med fagets institutioner inden for 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.

Kilde: De syv pejlemærker er udviklet af Dansk Selskab for Almen Medicin (se ref. 2 i litteraturlisten).

Litteraturliste

1. Lægeløftet. Lægeforeningen, <https://www.laeger.dk/laegeloeftet>.
2. Pejlemærker for almen medicin. Dansk Selskab for Almen Medicin, <https://www.dsam.dk/pejlemaerker/> (2016).
3. Det Etske Råd. Hvad er etik? 1. maj 2015, <https://www.etiskraad.dk/etske-temaer/assisteret-reproduktion/undervisning-til-grundskolen/oenskebarn/tekster/hvad-er-etik>
4. Christoffersen, SA, Professionsetik, Om etiske perspektiver i arbejdet med mennesker, Forlaget Klim (2013).
5. Pedersen, K.M. Sundhedspolitik. Syddansk Universitetsforlag (2005).
6. Fink H. Om tillid, mistillid og professionsetik. Tidsskrift for Professionsstudier 12 (22): 6-12 (2016), <https://tidsskrift.dk/tipro/article/view/96795>.
7. Aristoteles. Etikken. Det Lille Forlag (2000).
8. Wulff HR. Den Samaritanske Pligt. Munksgaard (1995).
9. Det Nye Testamente, Lukasevangeliet 10, 30-37.
10. Juul Jensen U. Moralsk ansvar og menneskesyn. Munksgaard (1984).
11. Kant E. Det kategoriske imperativ i "Grundlæggelse af sædernes metafysik" (oprindeligt udgivet i 1786). Gyldendal (2006).
12. KE Løgstrup. Den etiske fordring. Forlaget Klim (2010).
13. Hartling O. Den 8. dødssynd. Eksistensen (2020).
14. Dyhr, L. Lillevang, G. et al (2016). Notat vedrørende Personcentreret Almen Medicin med fokus på relationelle og humanistiske aspekter. Fagligt råd for Almen Praksis. https://www.laeger.dk/sites/default/files/notat_om_personcentreret_almen_medicin_oktober_2016.pdf
15. Rosseau JJ. Den sociale kontrakt, Samfundspagten (om suverænen) (1762).
16. Sandvik H et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours care. Br J Gen Pract 2021; DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>
17. Aristoteles om den gyldne middelvej mellem ekspeditionskontor og paternalisme i "Etikken".
18. Fink, H. Om tillid, mistillid og professionsetik. Tidsskrift for Professionsstudier 12(22); 6-12 (2016).
19. Sundhedsstyrelsen, "Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i almen medicin", <https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser> (2013).
20. Løgstrup, K.E. Den etiske fordring. Løgstrup Biblioteket (2010).
21. Præstøgruppen, Den Almenmedicinske Tænk tank. Facebook: <https://www.facebook.com/Pr%C3%A6st%C3%B8gruppen-Den-Almenmedicinske-T%C3%A6nketank154243631579775/>

