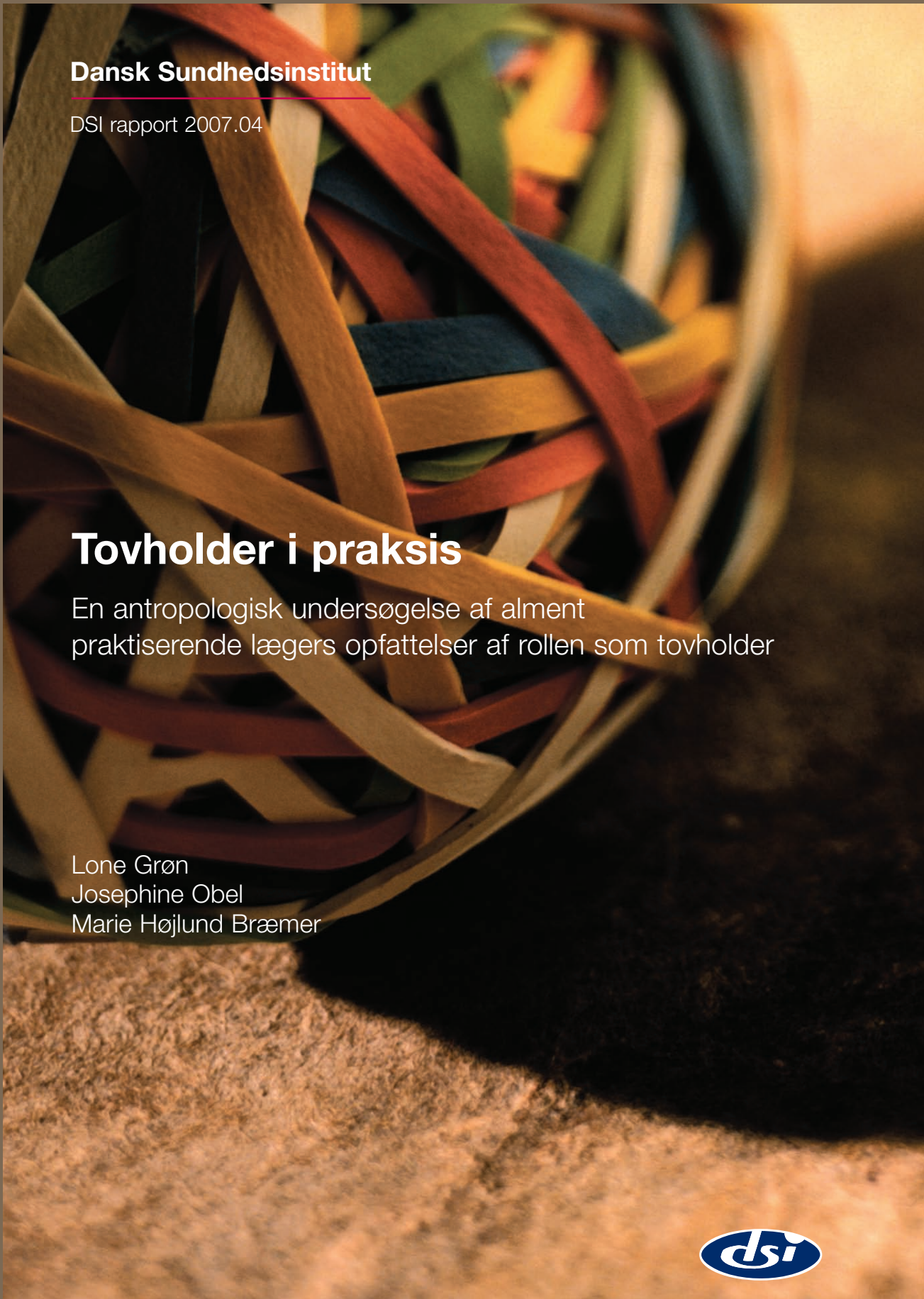




Dansk Sundhedsinstitut

DSI rapport 2007.04

Tovholder i praksis

En antropologisk undersøgelse af alment
praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder

Lone Grøn
Josephine Obel
Marie Højlund Bræmer





Tovholder i praksis

*En antropologisk undersøgelse af alment praktiserende
lægers opfattelser af rollen som tovholder*

Lone Grøn
Josephine Obel
Marie Højlund Bræmer

Dansk Sundhedsinstitut
DSI rapport 2007.04

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2007

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 087-87-7488-538-2 (trykt version)

ISBN 987-87-7488-540-5 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2007.04

Omslag: Korsager Grafisk Design

Grafisk design: DSI

Tryk: Rosendahls Bogtrykkeri

Forord

Alle efterspørger mere sammenhæng i patientforløbene, og dermed er der et stigende behov for nogle sundhedspersoner, der kan fungere som tovholdere i og for deres patienter. Og hvorfor ikke lade de praktiserende speciallæger i almen medicin overtage den rolle også?

Dansk Sundhedsinstitut har iværksat en række undersøgelser om disse måske nye, måske gamle, tovholderroller i almen praksis. I en allerede udkommet DSI-rapport rapporterer vi om, hvordan disse tovholderroller varetages i fire nabolande. Andre forskningsprojekter ser på eventuelle sammenhænge mellem praksisform og praksisstørrelse og varetagelse af tovholderrollerne eller på samarbejdet med sygehusenes ambulatorier – shared care.

Denne DSI-rapport beskriver et antropologisk forskningsprojekt, hvor to antropologer og en læge har sat fokus på den danske familielæge og hendes hverdag med patienterne. Hvordan forstår familielægen selv tovholderrollen – hvor udspiller den sig i de daglige arbejdsfunktioner? Jeg skal her blot afsløre, at forfatterne ser to tovholderroller – den der definerer hele deres gerning og den nye ydre rolle med at koordinere patientens rejse ud og ind i sundhedsinstitutionerne. Lægerne vil gerne den rolle også, men den er svær, navigator i Bermuda-trekanten, og udfordringen i de kommende år bliver at skabe plads til denne nye arbejdsopgave, uden at det går for meget ud over de øvrige arbejdsopgaver.

Undersøgelsen er gennemført af projektleder, antropolog, ph.d. Lone Grøn, læge Josephine Obel og forskningsassistent og etnografistuderende Marie Højlund Bræmer. Mange andre i og udenfor DSI har bidraget enten ved at drøfte projektbeskrivelser og senere rapportudkast med forfatterne, ved at lade os besøge deres praksisser og deltage i lange interviews eller ved at bistå med den tekniske forarbejdning af rapporten. Rapporten er peer-reviewed af praktiserende læge Jesper Lundh og lektor dr.scient.soc. Dorte Gannik, som begge er kommet med kritiske, men meget konstruktive kommentarer og forslag. Undersøgelsen er gennemført i samarbejde med Danske Regioner.

Undersøgelsen rapporteres også i en Kort sagt-udgave.

Jeg håber, at undersøgelsen og rapporterne vil bidrage til en positiv udvikling af den danske almen praksis.

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Jes Søgaard
Direktør, professor

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Resumé.....	7
1. Indledning	9
1.1 Tovholder: 'det har vi altid været' eller 'det er noget nyt'	9
1.2 Denne undersøgelse.....	10
1.3 Referencegruppe og feedback.....	11
1.4 Rapportens opbygning.....	12
2. Metode	13
2.1 Adgang og udvælgelse af informanter	13
2.2 Anvendt litteratur og analytiske perspektiver.....	14
2.3 Metoder.....	15
2.4 Kodning, analyse og rapportskrivning	18
2.5 Ethiske overvejelser	18
2.6 Begrænsninger i undersøgelsesdesign	18
3. Hverdag, helbredelse og rationalitet i praksis.....	21
3.1 Hverdagen i praksis.....	21
3.2 Helbredelse i praksis: Transformativ rejser	28
3.3 Rationalitet i praksis	37
3.4 Opsamling	39
4. Tovholderfortællinger.....	41
4.1 Tre grundlæggende tovholderfortællinger	41
4.2 Tovholder i forhold til den medicinske udredning og behandling	42
4.3 Tovholder i forhold til patienten, familien og den specifikke situation.....	55
4.4 Tovholder i forhold til de udsatte patienter og de sociale aspekter af sygdom	60
4.5 Tovholder i et bredt perspektiv.....	66
4.6 En dystopi	67
4.7 Opsamling	71
5. Tovholder: et relationelt eller et organisatorisk perspektiv?.....	73
5.1 Det organisatoriske perspektiv på tovholderrollen.....	73
5.2 Lægernes diskussioner af 'det organisatoriske arbejde'.....	77
5.3 Tovholder før og nu.....	85
5.4 Opsamling	92
6. Afslutning.....	93
Litteratur.....	95

Resumé

Rapporten præsenterer resultater af en antropologisk undersøgelse af den alment praktiserende læges opfattelse af sin rolle som tovholder. Undersøgelsen søger at udbedre en mangel på empirisk viden om, hvad alment praktiserende læger selv forbinder med tovholderfunktionen.

Vi har fundet, at tovholderrollen i almen praksis er særdeles afhængig og påvirket af det omgivende samfund og sundhedsvæsenet. Lægerne i vores undersøgelse mener, at tovholderrollen har forandret sig over de seneste 10-15 år, især på grund af forandringer i det omgivende sundhedsvæsen. Der er blevet langt mere koordinerende og opfølgende arbejde for den praktiserende læge end tidligere.

Vi argumenterer i rapporten for, at alment praktiserende læger betjener sig af *en bred forståelse af tovholderrollen*, fordi de arbejder med et bredt perspektiv på sundhed, hvor den medicinske udredning og behandling ikke kan adskilles fra alle de andre elementer i den praktiserende læges arbejde. Ved sammenhængende patientforløb er disse andre kompetencer en central del af det at være en god tovholder. De medicinske, humanistiske og sociale aspekter af det sundhedsfaglige arbejde er tæt forbundne i patientforløbene.

Vi beskriver bredden i de almenpraktiserende lægers forståelse af tovholderbegrebet gennem tre fortællinger om tovholderrollen: 1) Tovholder i forhold til medicinsk udredning og behandling, 2) Tovholder i forhold til patient, familie og situation og 3) Tovholder i forhold til de udsatte og til de sociale aspekter af sygdom. Vi har også medtaget en case, hvor alt går galt – et skræmmebillede – for at antyde, at den gængse opfattelse af tovholderrollen måske er et ideal, der er truet af opløsning.

Vi har fundet det væsentligt at se på tovholderrollen i to perspektiver: et relationelt og et organisatorisk. Det relationelle perspektiv repræsenterer tovholderrollen som essensen i almen praksis, som 'det vi [lægerne] altid har været'. Det fokuserer på lægen og patienten samt på relationen imellem dem. Det organisatoriske perspektiv beskrives af en af lægerne som navigering i en Bermuda-trekant, hvor ting som patienter, henvisninger, laboratorieprøver og udskrivningskort forsvinder uden forklaring. Her handler det om det tværsektorielle, tværgenomsnittlige og tværfaglige samarbejde. Det er dette perspektiv, lægerne refererer til, når de taler om tovholderrollen som 'endnu ikke implementeret', som noget nyt og udefrakommende. De to perspektiver giver forskellige bud på, hvad den praktiserende læge skal bruge sin ofte sparsomme tid på, nemlig på direkte patientkontakt eller på tværfagligt og tværgenomsnittligt samarbejde for at skabe bedre forløb for patienten.

Vi viser i rapporten, at det relationelle perspektiv på tovholderrollen er solidt forankret både i organiseringen af de praktiserende lægers hverdag, i deres erfaringer samt i de idealer der motiverer dem. Det organisatoriske perspektiv på tovholderrollen er både en måde at løse de problemer, der er skabt af de seneste 10 til 15 års udvikling og en udfordring for de alment praktiserende læger. Perspektivet kræver organisatorisk arbejde, der ikke på samme måde som de handlinger, der er forbundet med det relationelle perspektiv, er forankret i hverdag, erfaring og værdier i almen praksis. Det organisatori-

ske arbejde er uddybet under overskrifterne: 1. Den interne organisering af almen praksis og de alment praktiserende læger, 2. Det svære samarbejde i sundhedsvæsenets grænseflader, samt 3. Arbejdet med monitorering og kvalitetssikring.

Vores resultater peger på to områder, der trænger til afklaring:

For det første er det væsentligt at udforske, hvordan man kan organisere hverdagen i almen praksis, så der bliver plads til det organisatoriske arbejde – eller 'patienttid uden patienter', som en af lægerne har udtrykt det. Det er imidlertid vigtigt, at man i forsøg på at give plads til det organisatoriske arbejde ikke smider babyen ud med badevandet. Spørgsmålet er derfor, hvordan man sideløbende kan bevare de aspekter i tovholderrollen, der er forbundet med 'den tovholder, vi altid har været.'

For det andet er det vigtigt at afklare, om det relationelle perspektiv på tovholderrollen også har betydning uden for almen praksis. Hvad kan de roller, der ligger i en case manager henholdsvis en care managers funktioner i kommuner og på hospitaler lære af almen praksis med hensyn til forløbskoordination? Hvad betyder det at kende patienten over tid, at have kendskab til patientens situation og familie, samt at være én patienten altid kan vende tilbage til, når der er ting, der går i hårdknude eller man ikke forstår i mødet med andre sundhedsprofessionelle? Har det relationelle perspektiv på tovholderrollen måske en vigtig position i udviklingen af, hvad Jes Søgaard har kaldt 'det nære sundhedsvæsen', dvs. at få flyttet så mange sundhedsopgaver som muligt tilbage til borgerens nærhed?

Udfordringen for almen praksis fremover er at få mere plads til det, vi har kaldt den organisatoriske tovholderfunktion og at opnå dette uden at svække den patientnære relationelle tovholderfunktion. Man må her se på rammevilkårene for arbejdet i almen praksis, overenskomsterne, takststrukturen, samt øget brug af hjælpepersonale som måder, hvorpå man kan skabe plads til det tværgående organisatoriske arbejde i praksissektoren. Men almen praksis og den praktiserende læge må ikke slippe fokus fra dagligdagens patientnære relationelle tovholderfunktion. Den funktion og rolle er selve livsnerven ikke bare i almen praksis, men i hele sundhedsvæsenet og dermed også forudsætningen for en konstruktiv udvikling af den organisatoriske tovholderfunktion.

1. Indledning

I øvrigt så mener jeg, det der med tovholder, det er... ja men er det ikke bare et nyt navn for en gammel betegnelse, der hed familielæge? Altså, det er jo ligesom lidt de principper, som altid har været, at man har kendskab til familien, og at man vidste noget om resurserne, og noget om hvordan tingene hang sammen og kunne trække i tråde og sådan.

Interview, JO

Jeg taler i telefon med en af lægerne, om han vil deltage i undersøgelsen af lægernes opfattelse af tovholderrollen. Han siger: "Tovholder, det kan du ikke spørge mig om endnu, for det er jo ikke implementeret. Det er jo en del af den nye kronikerindsats, men det er kun implementeret i diabetesydelsen, så det kan I ikke måle på endnu."

Da jeg svarer, at vi ikke skal måle på noget, men finde ud af hvad alment praktiserende læger selv mener, tovholder er, svarer han: "Tovholder... det er varm luft, hvis du spørger mig. Det er kejserens nye klæder. Endnu en gang en masse fine ord, der ikke har noget med virkeligheden at gøre."

Feltnoter, LG

1.1 Tovholder: 'det har vi altid været' eller 'det er noget nyt'

Indledningscitaterne antyder forskelligheden i de udsagn, vi har mødt i denne antropologiske undersøgelse af alment praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder. På den ene side er vi igen og igen stødt på udsagn som: "Tovholder, det er jo det, vi altid har været" og "Tovholder, det er vores adelsmærke", hvilket tyder på, at udsagnet forbindes med kernen i, hvad det vil sige at være alment praktiserende læge. På den anden side har vi mødt udsagn om, at tovholderrollen er en ny funktion, noget der 'endnu ikke er implementeret', hvilket tyder på, at begrebet forstås i relation til omstruktureringer og interventioner, der er under opsejling i almen praksis (i ovenstående citat eksemplificeret ved forløbsydelsen for diabeteskonsultationer).

Nogle af de spørgsmål, der har rejst sig undervejs i undersøgelsen, er: Hvad er det egentlig for et tov, der skal holdes fast i? Patienten, diagnosen eller sundhedsvæsenets ydelser på tværs af primær- og sekundærsektor? Hvem skal holde fast? Patienten, den praktiserende læge, sygeplejersken eller 'teknologier' som elektroniske patientjournaler og patientforløbsbeskrivelser? Er tovholderproblematikken et spørgsmål om organisatoriske/teknologiske løsninger, der får sundhedsvæsenet til at fungere som et velsmurt maskineri? Hvis dette ikke er muligt, hvis der altid vil opstå 'fejl og mangler', som det malende udtrykkes af en af de interviewede læger, er tovholderen så den, der forsøger at udbedre disse fejl? Som en anden læge udtrykte det: "Tovholder, det er jeg vel, når noget går galt?"

Til sidst måske de mest væsentlige spørgsmål: Taler vi med tovholderbegrebet om essensen i almen medicin (Bojlen & Gannik 2002; Gannik & Saaby 2004), om en funk-

tion, rolle eller kompetence, der igennem generationer er udviklet i almen praksis? Eller ligger der implicit i tovholderbegrebet nye funktioner, som nogle mener vil forandre almen praksis til ukendelighed: laboratorietests og kontroller, patientforløbsbeskrivelser og guidelines for specifikke diagnoser, sundhedscenterlæger, en tættere tilknytning til de sociale myndigheder og kommunale/lokale sundhedstilbud, livsstils- og livskvalitets-coaching, måske endda med en terapeutisk overbygning?

I denne rapport anlægger vi en central distinktion, der forklarer forskelligheden i disse udsagn: en skelnen mellem et relationelt og et organisatorisk perspektiv på tovholderrollen. De to perspektiver indeholder forskellige bud på, hvor den praktiserende læge skal bruge sin ofte sparsomme tid – på den direkte patientkontakt eller på det tværfaglige og tværganisatoriske samarbejde for at skabe bedre forløb for patienten.

De praktiserende læger i undersøgelsen betjener sig af begge udlægninger af tovholderbegrebet, men den tovholder 'vi altid har været', og som er karakteriseret ved et relationelt perspektiv på tovholderrollen, fremstår tydeligst og fylder derfor også mest i den følgende fremstilling. Det organisatoriske perspektiv på tovholderrollen fremstår særlig stærkt i sundhedspolitiske tiltag omkring 'shared care'-modeller og kroniker-omsorg (Olesen 2005; Olesen & Vedsted 2006a; Olesen & Vedsted 2006b; Seemann & Antoft 2002; Sundhedsstyrelsen 2005; Vedsted & Olesen 2006) og opleves af de praktiserende læger i undersøgelsen som (muligvis nødvendige) udfordringer, der i værste fald truer med at underminere kerneværdier i almen praksis, nemlig at patienten og relationen til patienten er omdrejningspunktet, og at lægen er "specialist i almindelighed".¹

1.2 Denne undersøgelse

Denne undersøgelse repræsenterer et både økonomisk og praktisk samarbejde mellem Danske Regioner og Dansk Sundhedsinstitut.²

Formålet med undersøgelsen er at udbedre en mangel på empirisk viden om, hvad danske praktiserende læger forbinder med rollen som tovholder og deres muligheder for at udfylde den. Det er således en undersøgelse, der søger at forstå tovholderrollen på de praktiserende lægers præmisser.

Med de igangværende og forventede bestræbelser på at øge sammenhængen i sundhedsvæsenets ydelser og herunder ikke mindst de praktiserende lægers rolle som central instans i den primære sundhedssektor, er det vigtigt at få belyst de praktiserende lægers egen tolkning af denne rolle. Ligeså vigtigt er det at involvere lægerne og deres organisationer. En ændret fremtidig styring af praksissektoren kræver deres involvering og er en forudsætning for brug af lægernes erfaringer og kompetencer fremadrettet i udviklingen af det samlede sundhedsvæsen. Det videre formål med projektet er således at bidrage til praksissektorens medvirken i det samlede sundhedsvæsen, mens

¹ Der refereres her til den meget rammende titel på et seminar (afholdt i marts 2007), der markerede 15 års jubilæum for Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus Universitet, samt professor Frede Olesens 60 års dag.

² Dette er en af to undersøgelser (udført af Dansk Sundhedsinstitut), der er tilknyttet Rammeprogrammet for Almen Praksis (RAP) under Danske Regioner. Sideløbende med denne rapport er der blevet lavet et litteraturstudie og en international belysning af almen praksis som koordinator (Kjellberg et al. 2007).

det umiddelbare formål er at skabe viden om lægernes erfaringer, holdninger og tolkninger.

Forandrings reelle virkninger afhænger af de aktører, der befolker de organisationer, som forandringerne søges nedfældet i. Dvs. hvordan aktørerne fortolker forandringer og giver dem et meningsindhold – og aktørfortolkninger er netop ikke værdineutrale (...). Såvel generel organisations sociologisk forskning om forandringer som specifikt om ændringer i sundhedsvæsenets grænsere relationer viser (...), at det især er parternes sociale dimensioner, uformelle strukturer, "fra neden" og "selvgroede" etablerede standarder, "tavs viden" samt lokal erfaring, der reelt regulerer handlinger og adfærd (Seemann og Antoft 2002, s. 87).

Denne antropologiske undersøgelse tager udgangspunkt i aktørfortolkninger "sociale dimensioner, uformelle strukturer, fra neden og selvgroede etablerede standarder, tavs viden samt lokal erfaring, der reelt regulerer praktiserende lægers handlinger og adfærd" ud fra en overbevisning om, at det er derfra en eventuel forandring skal vokse. Undersøgelsen er også baseret på en overbevisning om, at jo mere man kan bygge videre på og inkorporere disse eksisterende erfaringer, des større mulighed er der for, at implementering af nye tiltag og forandring kan lykkes.

Vi har kaldt denne rapport "Tovholder i praksis". Det er vigtigt allerede indledningsvist at pointere, at dette ikke betyder, at den er en manual eller en praktisk håndbog i, hvordan man skal være tovholder i almen praksis. Man kan næsten sige tværtimod: Denne undersøgelse udlægger, hvordan tovholderrollen traditionelt er blevet forstået og praktiseret i almen praksis, og de dilemmaer der knytter sig til forandringer i denne rolle.

Der er tre pointer i titlen: For det første knytter ordet 'praksis' an til det sted og den fagperson, undersøgelsen omhandler: Almen praksis og den alment praktiserende læge. For det andet refererer praksis til en teoretisk pointe omkring praktisk rationalitet og dømmekraft som en væsentlig faktor i de praktiserende lægers virke, en pointe der udvikles i løbet af rapporten. For det tredje referer den til en metodisk tilgang, der er baseret på både interviews og deltagerobservation. Vi interesserer os således både for, hvordan tovholderbegrebet italesættes i individuelle interviews og gruppeinterviews, og for hvordan det praktiseres i hverdagen.

I rapporten bruger vi mange empiriske eksempler samt citater fra interviews og feltnoter. Analysen udfoldes successivt og fortællende og er præget af den kompleksitet og flertydighed, vi ser som et kendetegn for den praktiserende læges hverdag og for en tovholderrolle i forandring. For den travle læser henviser vi til Kort sagt-udgaven af denne rapport. Denne rapport er således målrettet den læser, der ønsker at komme et spadestik dybere og få alle eksempler og mellemregninger med.

1.3 Referencegruppe og feedback

En referencegruppe har været knyttet til vores undersøgelse, og alle deltagerne har på forskellige tidspunkter i processen kommenteret undersøgelsen og/eller rapportudkast. Repræsentanter fra de fem regioner har stået for det krævende arbejde med at organisere interviewdelen af denne undersøgelse.

Deltagerne i referencegruppen er:

Gurli Hansen, Region Midtjylland, Bente Overgaard Larsen, Region Syddanmark, Tine Eja Bonke, Region Hovedstaden, Anne-Bodil Kjær-Andersen, Region Sjælland, Jørgen Peter Ærthøj, Region Nordjylland, Karen Nørskov Toke, Danske Regioner, Dorthe Halkjær, PLO, Torsten Risør, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, Tine Tjørnhøj Thomsen, Institut for Antropologi, Københavns Universitet og Janne Seemann, Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation, Aalborg Universitet.

Derudover har Jens Albæk, Christina Holm-Petersen og Henrik Hauschildt Juhl (alle Dansk Sundhedsinstitut) stået for projektbeskrivelse, opstart af projektet og løbende sparring. Pia Kürstein Kjellberg (også Dansk Sundhedsinstitut) har leveret grundig læsning og feedback på rapportudkast.

Sidst er rapporten blevet kommenteret af to eksterne review'ere: Praktiserende læge Jesper Lundh og sociolog Dorte Gannik, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet.

1.4 Rapportens opbygning

I kapitel 2 introduceres de metoder, vi har anvendt i undersøgelsen, samt de metodiske refleksioner undersøgelsen har givet anledning til.

I de følgende tre kapitler præsenteres analysen af de indsamlede data. I kapitel 3 afrapporteres deltagerobservationen, og der fokuseres i dette kapitel på at få et bredt indblik i hverdag og helbredelse i almen praksis. I kapitel 4 og 5 afrapporteres interviewundersøgelsen, og her indsnævres fokus til at omhandle tovholderbegrebet. I kapitel 4 introduceres et bredt perspektiv på tovholderrollen igennem tre fortællinger, vi har kunnet fremanalysere på baggrund af de cases, som lægerne medbragte til både individuelle interviews og gruppeinterviews. Derudover introduceres en case, der diskuterer, om den 'traditionelle' tovholderrolle er under opløsning på grund af forandringer i sundhedssektoren og samfundet generelt.

I kapitel 5, der trækker på data fra gruppeinterviewene, introducerer vi en central skelnen mellem et relationelt og et organisatorisk perspektiv på tovholderrollen, en skelnen der går på tværs af de indsamlede data. I kapitel 4 har vi mødt tovholderrollen i et relationelt perspektiv, og dette underbygges af den hverdag vi blev introduceret til i kapitel 3. Det organisatoriske blik på tovholderrollen er udbredt i kronikermodeller og i 'shared care'-tiltag og beskrives således også primært som noget nyt eller noget udefrakommende af alment praktiserende læger. I dette perspektiv handler tovholderrollen primært om at samarbejde på tværs af organisationer og faggrupper. I kapitel 6 præsenteres det organisatoriske perspektiv på tovholderrollen, samt lægernes udlægning af de dilemmaer og udfordringer, der følger med dette perspektiv.

I afslutningskapitlet samles op og perspektiveres i forhold til analysen i de tre foregående kapitler.

2. Metode

Formålet med denne antropologiske undersøgelse af tovholderrollen i almen praksis har været at udbedre en mangel på empirisk viden om, hvad danske praktiserende læger forbinder med rollen som tovholder og deres muligheder for at udfylde den. Vi har derfor valgt metoder, der fokuserer på empirisk viden samt på selvopfattelser og aktørfortolkninger: deltagerobservation samt individuelle interviews og gruppeinterviews.

I det følgende introduceres vores fremgangsmåde mere detaljeret sammen med de metodiske refleksioner, undersøgelsen har givet anledning til. Først dog en kort beskrivelse af adgang og udvælgelse af informanter samt den litteratur og de analytiske perspektiver, undersøgelsen har trukket på.

2.1 Adgang og udvælgelse af informanter

Organiseringen og udførelsen af den empiriske undersøgelse er foregået fra maj 2006 til februar 2007. Det igangværende arbejde omkring strukturreformen har sat sit præg på både den konkrete udførelse af undersøgelsen og på det klima, undersøgelsen er foregået i. Der har været en udbredt oplevelse af overgang og forandring i forhold til, hvordan det fremtidige primære sundhedslandskab vil tegne sig – ikke bare i almen praksis, men generelt i det sundhedspolitiske landskab. I den forbindelse har vi mødt meget markante og ofte ganske følelsesladede udmeldinger om, hvad almen praksis er eller ikke er, skal eller ikke skal, samt hvad tovholderbegrebet i *virkeligheden* handler om fra samtlige aktører på den sundhedspolitiske og sundhedsfaglige scene. De alment praktiserende læger, der har indvilget i at deltage i undersøgelsen, har som hovedregel mødt os med en (indledende) skepsis i forhold til motiver og interesser bag denne undersøgelse; en skepsis der er blevet afløst af stor åbenhed, engagement og villighed til at gå sig selv, tovholderbegrebet og det samlede sundhedsvæsen efter i sømmene.

Adgang er opnået gennem regionale koordinatore, der i de fem regioner har haft til opgave at finde informanter til interviewundersøgelsen samt koordinere tid og sted for gruppeinterviewene. Koordinatorerne har været på et meget stort tids- og tålmodighedskrævende arbejde for at finde praktiserende læger, der ville deltage i undersøgelsen. Til de individuelle interviews lykkedes det at finde to læger fra hver af de fem regioner som planlagt i projektdesignet.

Med hensyn til gruppeinterviewene var der i projektdesignet lagt vægt på, at grupperne skulle bestå af 10-12 læger fra forskellige praksisser sammensat på baggrund af de praktiserende lægers tilbagemeldinger til den regionale koordinator og med en vis spredning i alder, lokalitet og køn. I tre regioner mødtes vi med en gruppe læger sammensat fra forskellige praksisser (i en af grupperne, den mindste på 4 personer, var alle dog praksiskonsulenter, der ofte mødte hinanden i andre sammenhænge); i en region bestod gruppen af en 12 mandsforening og i en region af den regionale gruppe af efteruddannelsesvejledere. I alt 39 læger deltog i gruppeinterviewene, dvs. færre end vi havde planlagt.

Adgangen til de to lægepraksisser, hvor der er foretaget feltarbejde, foregik gennem personlige netværk, herunder praksiskonsulent John Banke i det daværende Vejle Amt.

Forklaringen er, at denne del af undersøgelsen blev koblet til projektet i en forholdsvis sen fase (august 2006) og derfor ikke indgik i aftalen med de regionale koordinatore.

Overordnet var der i projektdesignet lagt op til en spredning i udvælgelsen af de praktiserende læger, hvilket dog kun delvis er lykkedes. Med hensyn til praksistyper, køn og lokalitet har vi opnået en spredning af de i alt 52 deltagende læger. Der er en underrepræsentation af yngre læger og en overrepræsentation af praksiskonsulenter. Som Hølge-Hazelton påpeger, kræver det andre strategier og et væsentligt større arbejde, hvis man vil opnå at få en større repræsentation af 'almindelige' praktiserende læger og ikke af det, hun kalder 'overskudslæger'. (Hølge-Hazelton 2006a)

Dette har betydning for undersøgelsens resultater, da de sidstnævnte i større grad end den generelle gruppe af praktiserende læger har befundet sig i positioner, der tydeliggør grænsefladeproblematikker (Seemann og Antoft 2002) mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, og som derfor formodes at have uddybende erfaringer med og refleksioner i forhold til det tværganisatoriske og tværsektorielle samarbejde, der knytter sig til det, vi i denne rapport kalder et organisatorisk perspektiv på tovholderrollen.

2.2 Anvendt litteratur og analytiske perspektiver

Vores undersøgelse repræsenterer et empirisk studie af aktørfortolkninger af tovholderbegrebet, og der er således ikke indgået et egentligt systematisk litteraturstudie i undersøgelsen. Sideløbende med undersøgelsen er der i Dansk Sundhedsinstitut gennemført en undersøgelse af almen praksis som koordinator i en international belysning. Her indgår et større litteraturstudie koblet med interviews (Kjellberg et al. 2007).

Vi har dog i forbindelse med projektets planlægning søgt at orientere os i eksisterende litteratur i forhold til følgende områder: 1) En indledende præcisering/nuancering af tovholderbegrebet i forhold til den praktiserende læge/almen medicin, 2) danske forhold, og 3) antropologiske perspektiver på/studier af den alment praktiserende læge/familielægen. Der er således tale om et empirisk studie, og analyserne er udsprunget af empiriske kodninger af det indkomne materiale. I afrapporteringen har vi trukket på analytiske begreber, der kan tydeliggøre og nuancere de empiriske pointer. Den analytiske inspiration er hentet fra medicinsk-antropologiske studier samt fra de senere års danske forskning i almen praksis.

Den analytiske inspiration fra den medicinske antropologi findes især i kapitel 3 og 4. Det drejer sig om antropologen Cheryl Mattingly's arbejde omkring et narrativt perspektiv på klinisk praksis (Mattingly 1998; Mattingly – personlig kommunikation)³. I kapitel 3, der omhandler hverdag og helbredelse i almen praksis, anvender vi hendes begreber om 'helbredelse som transformativ rejse' samt hendes udlægninger af praktisk rationalitet baseret på nylæsninger af Aristoteles. I udlægningen af praktisk rationalitet inddrager vi ligeledes Torben K. Jensens introduktion til begrebet 'phronesis' (Jensen & Johnsen 2000).

Det drejer sig tillige om distinktionen mellem 'disease, illness og sickness', der er centrale begreber i den medicinske antropologi (Hahn 1984; Kleinman 1980; Young

³ Den sidste reference til Mattingly omhandler en bog, der p.t. er under udarbejdelse. Da den ene af denne rapportes forfattere (LG) har været involveret i arbejdet med bogen, og da bogen endnu ikke er indsendt til publikation, refereres der til bogen som 'personlig kommunikation'. Den foreløbige arbejdstitel er: "Vulnerable acts. The fate of dreams and the practice of future time."

1982) og som anvendes i denne rapport i forbindelse med udlægningen af tre grundlæggende tovholderfortællinger i kapitel 4.

Perspektiver og begreber hentet fra den danske forskning i almen praksis indgår især i kapitel 5, som omhandler den centrale distinktion mellem et relationelt og et organisatorisk perspektiv på tovholderrollen.

2.3 Metoder

Den empiriske del af undersøgelsen er udført i perioden fra september 2006 til februar 2007. Den indledende dataindsamlingsrunde bestod af individuelle interviews og blev udført i september-oktober 2006 af Josephine Obel (JO). Der deltog i alt 10 læger i de individuelle interviews jævnt fordelt på 5 regioner. Overlappende hermed blev der i oktober-november 2006 udført deltagerobservationer af Marie Højlund Bræmer (MHB). I deltagerobservationen indgik tre læger fra Region Midtjylland og Region Syddanmark. Den afsluttende dataindsamling i form af gruppeinterviews foregik i perioden december 2006 til februar 2007 og blev udført af Lone Grøn (LG). Her deltog Marie Højlund Bræmer som observatør. I denne del af undersøgelsen indgik i alt 39 praktiserende læger.

2.3.1 Deltagerobservation

Deltagerobservation er særligt velegnet til at indfange adfærd og praksis samt den kontekst, praksis foregår i: Informanternes 'livsverden' eller 'lokale moralske verden' (Kleinman & Kleinman 1997). Deltagerobservationen skildres ofte i et muligt spektrum mellem observation og deltagelse (Otto 1997). I denne undersøgelse af almen praktiserende læger har det primært handlet om observation. Når vi alligevel taler om deltagerobservation og ikke kun observation, har det at gøre med ordet 'deltagelse' og dets indbyggede rummelighed. I traditionel antropologi betegner deltagelse en praktisk vidensproduktion: For at forstå sine informanter må man involvere sig i deres dagligliv, fx ved at udføre de samme gøremål som dem (Otto 1997). I dette feltarbejde ville det selvsagt have haft fatale konsekvenser at deltage i denne betydning af ordet, idet mange af lægens praktiske gøremål kræver en specialiseret uddannelse. Men begrebet deltagelse kan udvides og betegne en involvering i en anden verden, der opnås gennem empati og indlevelsesevne og retter sig mod et andet menneskes oplevelser; for eksempel som de udspilles i almen praksis i form af interaktion og personlige fortællinger. En medleven i disse fortællinger kan skabe en anden form for deltagelse end den, der opnås gennem fælles praktiske handlinger.

Deltagerobservation er den metode, der giver mulighed for den største grad af åbenhed i forhold til informanternes 'concerns' (Barth 1993; Grøn 2005b; Wikan 1990). I et interview kan man styre samtalen til at handle om de emner, man som forsker finder relevante (i dette tilfælde tovholderbegrebet), hvad enten man vælger et struktureret eller semi-struktureret design. I deltagerobservationen bliver det tydeligt, hvad informanterne opfatter som relevant og vigtigt, og hvordan deres faktiske adfærd er, og dermed er det også muligt at vægte relevansen af de medbragte forskningsspørgsmål i relation hertil.

I vores undersøgelse blev dette meget tydeligt, da 'tovholderi' i forhold til sekundærsektor og kommune kun fyldte meget lidt i den alment praktiserende læges aktuelle hverdag (typisk et par telefonsamtaler i pauser mellem konsultationer), der til gengæld var spækket med patienter. Her fik vi et meget anderledes indtryk end i interviewene, hvor det tværsektorielle samarbejde fyldte meget i lægernes fortællinger. Derfor endte

deltagerobservationsdelen med at tage udgangspunkt, ikke i tovholderbegrebet specifikt, men i hverdag og helbredelse generelt i almen praksis.

Deltagerobservationen blev udført af etnografistuderende Marie Højlund Bræmer i to kompagniskabspraksisser i to større byer. I den ene praksis fulgte hun i sammenlagt fire uger en mandlig læge i 50'erne, i rapporten kaldt Andreas. I den anden praksis fulgte hun i sammenlagt tre uger et lægepar i 40'erne, i denne rapport kaldt Ulla og Erik. I begge praksisser havde hun også uformelle samtaler med og samvær med andre læger og praksispersonale. Hun deltog i telefonkonsultationer, pauser samt patientkonsultationer og sygebesøg, hvis patienterne samtykkede heri (hvad de gjorde i vid udstrækning). Hun gennemførte også individuelle samtaler med lægerne for at samle op på deltagerobservationen.

Lægerne i denne del af undersøgelsen blev ikke betalt for deres deltagelse i undersøgelsen.⁴

2.3.2 Interviewundersøgelse

Interviews er særligt velegnede til at indfange informanternes selvforståelse samt den betydning og fortolkning, de selv tillægger fænomener og handlinger. Interviewdelen af feltarbejdet kan indregnes under et hermeneutisk paradigme med fokus på betydning, mening og selvforståelser (Otto 1997). Både individuelle interviews og gruppeinterviews har været semistrukturerede, dvs. der er blevet arbejdet med en tematisk interviewguide, men rækkefølgen af de forskellige temaer har været forskellig fra interview til interview med en åbenhed over for at følge temaer, der dukkede op under interviewet.

Individuelle interviews baseret på patientjournaler

Den indledende interviewrunde blev gennemført af læge og MPH Josephine Obel.⁵ Den bestod af 10 individuelle interviews med 10 praktiserende læger, to fra hver af de fem regioner. Hver læge havde inden interviewet udvalgt minimum to patientforløb ud fra et kriterium om, at de skulle fremstille et patientforløb, hvori de i særlig grad havde fungeret som tovholder, og hvor de havde tilstrækkeligt journalmateriale til at beskrive forløbet i detaljer. I alt dækker materialet over 27 patientforløb eller cases.

Gruppen af læger i interviewundersøgelsen bestod af i alt syv læger i kompagniskabspraksis og tre sololæger i aldersgruppen ca. 40-65 år. Det skal dog nævnes, at to af sololægerne delte lokaler med minimum to andre sololæger og havde en vis grad af samarbejde med disse. Seks lægepraksisser lå i mindre provinsbyer, og de resterende fire var placeret enten i eller i kort afstand til de større danske byer København, Odense og Aalborg.

Interviewene varede 1 til 2½ time, og lægerne blev betalt for deltagelse i interview samt to timers forberedelsestid i forbindelse med udvælgelse af cases. Samtlige interviews blev udført i den praktiserende læges eget konsultationsrum og blev indledt med en kort introduktion om undersøgelsens formål. I denne introduktion blev der både lagt

⁴ Lægerne blev på linie med deltagerne i interviewundersøgelsen tilbudt betaling for de individuelle samtaler, der i modsætning til deltagerobservationen lå udenfor deres arbejdstid, men ingen af lægerne var interesserede heri. Vi mener, at det skyldes, at lægerne oplever, at deltagerobservationen indgår på de præmisser, de er underlagt i det daglige arbejde (hvor de ofte følges af medicin-studerende), og at de derfor ikke skal yde noget, der ligger udenfor deres normale arbejdsopgaver.

⁵ Da interviewet tog udgangspunkt i patientjournaler, kræver dette, at interviewpersonen var en uddannet læge.

vægt på at fortælle om problemstillingen i at skabe sammenhængende patientforløb og på, at vi i interviewet ønskede at vide, hvad de konkret foretager sig som tovholdere, hvad de er gode til, og hvilke vanskeligheder og dilemmaer der opstår, når de som praktiserende læger forsøger at fungere som tovholdere. Med fuldt overlæg blev der i introduktionen ikke nævnt noget om, hvad en tovholder er eller kan være for dermed at give de praktiserende læger frit rum til at fortælle om deres egen forståelse af dette begreb.

Efter aftale med de enkelte læger blev alle med undtagelse af et enkelt interview optaget på bånd. En teknisk fejl var årsagen til, at dette interview ikke blev båndet. Under de enkelte interviews fremlagde den praktiserende læge de udvalgte cases, mens læge og interviewer samtidig gennemgik journalmaterialet.

Udover gennemgangen af de udvalgte patientforløb blev lægerne under interviewet også direkte adspurgt, hvorfor de havde udvalgt netop disse forløb, hvilke kompetencer de syntes var centrale for dem som tovholdere, og hvad der kunne være vanskeligt i denne rolle. Samtlige læger blev spurgt, om de syntes, at de beskrevne problemstillinger havde ændret sig i løbet af den tid, de havde arbejdet som praktiserende læger. Efter interviewet blev disse overvejelser sammen med observationer under interviewet beskrevet i feltnoteformat. Interviewene er ikke fuldt transskriberet, men materialet er sammenskrevet til 27 cases. Alle definitioner på og diskussioner af tovholderbegrebet er transskriberet. Det skriftlige materiale indgik i analysen.

Gruppeinterview

Et gruppeinterview er særligt velegnet til at bringe både kollektive værdier (herunder myter og fordomme) og indbyrdes uenigheder på banen. I et gruppeinterview opstår der momenter af enighed og konsensus, der brydes af positionering og markering af forskellige standpunkter. Gruppeinterviewene blev gennemført af Lone Grøn. Marie Højlund Bræmer deltog som observatør og har transskriberet interviewene.

Da gruppeinterviewene indgik som den afsluttende del af undersøgelsen, fik de to formål, dels at diskutere/verificere resultaterne af den indledende individuelle interviewrunde (herunder de tre grundlæggende tovholderfortællinger), dels at få ny viden.

Vi gennemførte fem interviews i de fem regioner. I tre af interviewene deltog ni læger, i et otte og i et fire. Interviewene forgik i Nykøbing Falster, Aalborg, København, Aabenraa og Herning i meget forskellige lokaliteter: I en amtsgård under ommøblering til kommune, i en lægepraksis, på et kontor i kommunen, på et hotel/kursussted og på et regionshospital. Hvert interview varede 2 til 2½ time. Lægerne blev tilbudt en timebetaling samt betaling af transport for deres deltagelse.

De første fire interview, der foregik i december og januar måned, fulgte alle den samme form. Omkring en uge før interviewet fik deltagerne tilsendt to frivillige opgaver: dels at finde en situation fra denne uges arbejde, der for dem indikerede, hvad det vil sige at være tovholder, dels at forholde sig til fire ekstensive cases.

Gruppeinterviewet havde tre dele. Først en præsentationsrunde, hvor alle præsenterede sig selv, deres praksis og deres 'opland' samt deres tovholdersituationer og/eller cases. Denne runde førte ofte til en snak, der også indebar diskussion af de cases, vi havde bedt deltagerne læse. I denne runde præsenterede den enkelte læge også ofte sin forståelse af tovholderbegrebet. Derefter fulgte en runde, hvor vi præsenterede lægerne for udfordringer i form af udsagn som: "Praktiserende læger er individualister, der ikke gider samarbejde" og "De er kun interesseret i at tjene penge". Sidst bad vi

dem kommentere specifikke temaer som forebyggelse, kronikeromsorg, evidens og guidelines samt mere overordnede spørgsmål om fælles kultur og samarbejde på tværs i det samlede sundhedsvæsen.

2.4 Kodning, analyse og rapportskrivning

Det indkomne datamateriale er løbende blevet kodet og analyseret i et tæt samarbejde mellem Josephine Obel, Marie Højlund Bræmer og Lone Grøn. Lone Grøn har været ansvarlig for den overordnede retning i analysen samt for at levere den analytiske inspiration, der kunne tydeliggøre de empiriske pointer. De indkomne data er dels blevet analyseret på tværs ved brug af et kvalitativt computerprogram Nvivo, dels ved en intern manuel kodning af det enkelte interview og feltnotemateriale. Fordelen ved brug af computerprogrammet er, at materialet bliver inddelt i temaer og kategorier på tværs af metoder og placering i de enkelte interview. Det er dog vigtigt at supplere med en læsning og kodning af interviews og feltnoter, hvor sammenhængen, som udsagn og observationer optræder i, står mere tydeligt.

Analysen er sket i, hvad Wadel kalder en 'runddans' mellem dataindsamling, skrivning og analyse, dvs. det gennem hele projektet er tilstræbt, at det empiriske materiale, vore forskningsspørgsmål og vort teoretiske input har kunnet påvirke hinanden (Wadel 1991). Hovedvægten har dog været lagt på en empirisk 'bottom-up' kodning af materialet.

Første udkast til kapitel 3 er skrevet af Marie Højlund Bræmer og kapitel 4 af Josephine Obel og de resterende kapitler af Lone Grøn. Baseret på tilbagemeldinger fra projektets referencegruppe i maj 2007 samt på kommentarer fra to eksterne reviewere i september 2007 er hele rapporten dog gennemskrevet flere gange af Lone Grøn.

2.5 Ethiske overvejelser

Alle informanter i undersøgelsen – både de direkte (de praktiserende læger) og de indirekte (patienterne) – er anonymiserede med hensyn til alder, navn og bosted. Det samme gælder specifikke sygehuse, sygehusafdelinger og kommuner.

I forhold til patienterne i deltagerobservationsdelen har de i hvert enkelt tilfælde givet tilladelse til, at vi måtte observere konsultationen. I ganske få tilfælde har en patient ikke givet denne tilladelse.

Den potentielle sårbarhed i et studie af denne karakter handler ikke kun om samtykke og anonymisering. I afsnittet om adgang har vi påpeget, at praktiserende læger som profession p.t. er en omdiskuteret og dermed 'udsat' gruppe. Derfor har vi i særlig grad følt os forpligtet til en loyal gengivelse og fortolkning af den viden, de deltagende praktiserende læger har indvilget i at dele med os.

2.6 Begrænsninger i undersøgelsesdesign

Denne undersøgelse er en antropologisk undersøgelse, der søger at opnå indsigt i og afkode mønstre i en lokal moralsk verden (Kleinman og Kleinman 1997). Det antropologiske feltarbejde er særlig velegnet til at indfange ny viden og til at afdække både det sagte og usagte. Hensigten med brug af de anvendte metoder har været at få et indblik i og at fortolke de forståelser, der præger denne lokale verden. Det er imidlertid ikke en metode, der er velegnet til at udsige noget om repræsentationen af den indsamlede viden i den samlede population af praktiserende læger. Overrepræsentationen af prak-

siskonsulenter i undersøgelsen er en begrænsning, der skal tages højde for i læsningen af denne rapport. Det samme gælder underrepræsentationen af yngre læger.

Det er derfor væsentligt at påpege, at når vi refererer til 'praktiserende læger' eller til 'den praktiserende læge', så udtaler vi os om de i studiet deltagende praktiserende læger. På den anden side har vi været i kontakt med en forholdsvis stor gruppe af læger i forhold til, at der er tale om en kvalitativ undersøgelse. I alt 52 læger fordelt på de fem regioner har deltaget i undersøgelsen. Vi mener derfor, at det igennem de valgte metoder har været muligt at lave en dybtgående analyse af de opfattelser af tovholderbegrebet, der gør sig gældende for den del af de praktiserende læger, som denne gruppe repræsenterer. Det vil dog altid være muligt at finde praktiserende læger, der ikke føler sig repræsenteret af denne undersøgelse. Således bemærkede en af rapportens reviewere, at han ikke kunne genkende vores beskrivelse af, at det organisatoriske arbejde typisk forgår i telefonopkald i pauser i almen praksis, der er spækket med patienter. Da tovholderrollen som påpeget i denne undersøgelse er under forandring, vil man ganske givet kunne finde praksisser, hvor man har organiseret dagligdagen anderledes, end sådan som vi har beskrevet den i kapitel 3.

Dette kan også skyldes, at omfanget af observationsstudiet både i forhold til antallet af fulgte læger og længden af forløbet er meget begrænset. Vi vælger derfor primært at bruge data fra deltagerobservationen til en beskrivelse og analyse af nogle generelle aspekter af hverdagen og helbredelse i almen praksis som indgang til eller baggrund for analysen af tovholderbegrebet i kapitel 4 og 5.

Den praktiske fordeling af de forskellige metoder og skrivning af kapitler på forskellige personer⁶ har repræsenteret en udfordring med hensyn til i tilstrækkelig grad at kunne sammenholde resultaterne fra de forskellige metoder i en samlet analyse og undgå unødige gentagelser i fremstillingen. Vi har forsøgt at afhjælpe dette ved at lægge særlig vægt på samarbejdet omkring analysen. Ligeledes redegør vi i starten af hvert kapitel for, hvilken type data der ligger til grund for analysen.

⁶ Marie Højlund Bræmer har stået for deltagerobservationen, som afrapporteres i kapitel 3, Josephine Obel for de individuelle interviews, som primært afrapporteres i kapitel 4, og Lone Grøn for gruppeinterviewene, der afrapporteres i kapitel 5.

3. Hverdag, helbredelse og rationalitet i praksis

I dette kapitel afreporteres deltagerobservationsdelen af undersøgelsen. Vi ønsker her på baggrund af observationer af nogle alment praktiserende lægers dagligdag at beskrive den virkelighed, der præger de praktiserende lægers værdier og holdninger – både til lægearbejdet generelt og til tovholderbegrebet. Vi starter således med at fokusere bredt på hverdag, helbredelse og rationalitet i almen praksis som et udgangspunkt for de specifikke analyser og diskussioner af tovholderrollen, der præsenteres i de følgende to kapitler.

Vi møder i dette kapitel de tre læger, Erik, Andreas og Ulla⁷, som Marie Højlund Bræmer har fulgt i deres daglige arbejde over to måneder i efteråret 2006. Der er fokus på den praktiserende læges hverdag, som den udspiller sig under konsultationer, på sygebesøg, i frokostpauser, under telefonkonsultationer etc. Når man betragter den praktiserende læge i sådanne situationer, træder relationen til patienten i forgrunden. Patienten er allestedsnærværende, interaktionen mellem læge og patient gennemgås, og kontakten til hospitalet, kommunen og andre sundhedsfaglige (og socialt faglige) aktører træder i baggrunden. Det, der fylder i hverdagen, er de mennesker, der kommer i konsultationen – og den relation lægen har til dem.

Kapitlet tager udgangspunkt i en beskrivelse af aktiviteter og aktører i almen praksis: 'Hverdagen i praksis', som på mange måder ligner og supplerer "Et dagsprogram i almen praksis", det første kapitel i Vedsted et al.: "Almen Lægepraksis i Danmark" (Vedsted, Olesen, Hollnagel, Bro & Kamper-Jørgensen 2005). Derefter følger et analytisk afsnit: 'Helbredelse i praksis', hvor der argumenteres for, at helbredelse som 'transformativ rejse' er udtalt i almen praksis, og dette understøttes af en lang række eksempler. Sidst samler vi i afsnittet 'Rationalitet i praksis' op i forhold til 'praktisk rationalitet' som væsentlig for det kliniske arbejde i almen praksis.

3.1 Hverdagen i praksis

3.1.1 Aktiviteter i almen praksis

Telefonkonsultationer

Klokken er lidt i 8.00. Andreas tager en slurk af sin te og det øverste ark i en stor bunke af papirer. Så ringer telefonen, og han tager den i stedet for. Den næste time er der telefonkonsultation; den ene samtale afløser den anden i en kontinuerlig talestrøm. 18 samtaler på en time. Hver telefon samtale starter med: 'Ja, godmorgen, det er Andreas Mahler'. Derefter spørges der vanligvis efter cpr-nummer. Samtidig med, at Andreas taler, læser han de oplysninger, der kommer om patienten på skærmen. Indimellem lytter han længe og siger bare 'ja', 'nej' og 'mhnn'. Andre gange er det ham, der taler mest; svarer på et spørgsmål eller forklarer

⁷ Navnene er opdigtede, da vi har valgt at anonymisere de deltagende læger.

noget uddybende. Det ser ud til, at han skaber lidt plads mellem samtalerne ved at holde linien, ikke lægge på, så han kan få skrevet det nødvendige. Telefonen ringer igen, så snart røret er lagt: 'Ja det er Andreas Mahler. Jamen godmorgen Grethe... ja... ja... (lytter)... nej... ja ... mnn... ja. I brystet? Og ud i armene? Det lyder da som noget værre noget. Det må vi hellere få set på. Ja, i dag ville være det bedste, lyder det til'. Andreas foreslår en tid kl. 9.15. *Feltnoter; MHB*

Dagen i almen praksis starter med telefonkonsultation. I begge de praksisser, hvor vi har udført deltagerobservation, sker dette kl. 8.00-9.00 om morgenen. I modsætning til resten af dagen, hvor patienterne kan ringe og aftale tid med sekretærene og kun bliver stillet om til lægerne i sjældne tilfælde, kan de i dette tidsrum selv tale med deres læge. Patienterne kan få recepter fornyet, svar på prøver, faktuelle råd til småskader eller en vurdering af, om det er nødvendigt at komme i konsultationen. Hvis problemerne ikke kan klares over telefonen, men ikke haster, får patienterne af vide, at de skal ringe og aftale tid med sekretæren. Hvis lægen vurderer, at problemet er af en art, der ikke kan vente, får patienten en akut tid, hvilket vil sige, at han eller hun kan komme den samme dag og blive undersøgt. De akutte tider kan ligge midt eller sidst på dagen, hvor de giver en form for fleksibilitet i forhold til frokostpause eller fyraften. Er der mange akutte patienter, hvilket ofte er tilfældet, er der kortere pause og længere dage og så fremdeles. Telefonsamtalerne i telefonkonsultationen kan også være af en anderledes intim karakter, hvor en patient ringer ind for at tale om et eksistentielt problem, for eksempel en ældre dame der føler sig alene og træt. Ved sådanne samtaler opfordres patienten som regel til at komme og snakke med lægen i konsultationen. Dette optræder alt sammen hyppigt i telefonkonsultationerne. Det samme gør patienter, der ringer ind og vil have udskrevet medicin, et krav der sjældent imødekommes, idet lægerne lægger vægt på at se patienten først. Hvis patienten i forvejen er i en medicinsk behandling, kan recepten godt fornyes. Afslag optræder ofte, hvis patienten ønsker en henvisning uden forudgående konsultation.

Sygebesøg

Hvis det fremgår af en telefonsamtale, at patienten er for dårlig til selv at komme, aftales sygebesøg, hvor lægen besøger patienten i hans eller hendes hjem og tilser dem der. Det er typisk ældre, der har svært ved at transportere sig selv, eller patienter med en akut indtruffen lidelse, der er bevægelseshæmmende. Det kan også være meget syge patienter, hvor en eventuel indlæggelse følger i kølvandet på sygebesøget. I sådanne tilfælde er det den praktiserende læge, der organiserer indlæggelsen. I den ene praksis er sygebesøgene delt ud, således at de tre læger i huset skiftes til at køre sygebesøg. Én uge til hver. Besøgene bliver aflagt i det tidsrum, der ligger umiddelbart før frokostpausen. Hvis der er mange besøg, går det som regel ud over frokostpausen. I den anden praksis er systemet af en mere fleksibel art. Her bliver sygebesøg planlagt efter de enkelte lægers antal af patienter, mødetider mv.

Kaffe og frokostpauser

Umiddelbart efter telefonkonsultationen kl. 9.00 er der en kort pause i begge konsultationer. I den ene praksis bliver pausen brugt til en fælles konference for husets læger, hvor eventuelle problematiske patientforløb bliver vendt, og hvor lægerne taler kort om,

hvad de hver især skal i løbet af dagen. I den anden praksis er der i samme tidsrum ofte tid til en kop kaffe i personalestuen. Ellers er pauser i løbet af dagen sporadiske og ikke standardiserede, men mere af ad hoc karakter. Der kan opstå korte pauser, hvis en patient ikke møder op, eller lægen kan vælge at skabe et mellemrum mellem to konsultationer, hvis noget skal skrives i journalen, eller der skal dikteres en henvisning.⁸ Dette svarer til det rum, der i telefonkonsultationen bliver skabt ved at 'holde linien'. I utilsigtede pauser, hvis en patient var forsinket eller ikke dukkede op, benyttede lægerne ofte tiden til at ringe op til læger, de havde svært ved at få fat i, få rykket for udskrivningskort, få ringet tilbage til patienter mv. Der er således ikke indlagt tid i almen praksis til sådanne organisatoriske elementer. Som Ulla siger, idet hun benytter et kortere pustenum til at lave et telefonopkald: "Lad os lige se, om vi kan få lavet lidt tovholderi".

Konsultationer

De almindelige konsultationer starter typisk lidt over kl. 9.00 og er den altoverskyggende aktivitet i almen praksis. Patienten, der ved tidsbestillingen har angivet årsagen til besøget, foreviser ved ankomst (elektronisk eller personligt) sit sygesikringsbevis i receptionen og sætter sig derefter i venteværelset. På sin computerskærm kan lægen se, om patienten er ankommet, hvem det er, og hvad patienten er der for. Alle konsultationer indledes med, at lægen henter patienten i venteværelset. Der er vanligvis afsat femten minutter til hver patient, en tidsramme der ofte overskrides. Patienterne afløser hinanden indtil frokost, hvor der holdes en pause af varierende længde – fra fem minutter til en halv time. Mellem patienterne er der sjældent tid til ophold, idet det ofte sker, at en patient overskrider de afsatte femten minutter. Denne dagsrytme kan selvfølgelig variere, både i forhold til hvilken praksis, der er tale om, og i forhold til møder, sygebesøg mv. Efter frokostpausen fortsætter konsultationerne ud på eftermiddagen, typisk til omkring kl. 16.00, men det er ikke ualmindeligt, at lægerne bliver længere for at ordne papirer og opkald, der ikke har været tid til at tage sig af i løbet af dagen. Således er almen praksis i langt den største del af tiden fyldt med mennesker, med patienter. Det følgende afsnit tager udgangspunkt i en nærmere beskrivelse af aktørerne i almen praksis.

3.1.2 Aktører i almen praksis

Patienter

Ulla er ved at gøre sig klar til dagens første patient, der ankommer umiddelbart efter telefonkonsultationen. Denne er foregået i et hæsblæsende tempo; en kontinuerlig strøm af mennesker og problemer, der skal tages stilling til. (...) Ulla rejser sig og henter patienten, en midaldrende mand. (...) Ulla spørger, om han tror smerterne i hovedet kan være relateret til 'det med hans kone'. Han svarer, at han ikke ved det, og Ulla siger, at hun vil undersøge ham. Patienten rejser sig og blottet en del af en meget hvid og temmelig omfangsrig krop, hvor det åbenbart ikke er meningen, at bukser og skjorte skal i kontakt med hinanden. Ulla undersøger ham; beder ham lave forskellige bevægelser, og spørger om dit eller dat gør ondt.

⁸ I den ene praksis blev henvisninger dikteret og senere skrevet rent af en lægesekretær, mens det i den anden praksis var kutyme, at lægerne selv skrev henvisninger.

Da hun intet finder, siger hun: 'Nå, men hvad så Karl Peter?'. Den store mand starter en stille gråd. *Feltnoter, MHB*

På en typisk dag har den alment praktiserende læge patientkontakt, fra den første patient ringer ind kl. 8.00, til den sidste forlader konsultationen om eftermiddagen – et sted mellem tyve og tredive patienter. Nogle gange færre; andre gange flere. Patienterne afløser kontinuerligt hinanden som perler på en snor, kun afbrudt af de pauser der er skitseret i foregående afsnit. Ligeså vel som der er mange patienter i praksis, er der mange grunde til at søge læge, som det antydes i ovenstående feltnote, hvor det ikke er klart, om patienten skal behandles for smerterne i hovedet eller 'det med konen'. Eller om de to ting måske, som Ulla antyder, hænger sammen. Nogle konsultationer er korte, rutinemæssige og forekommer forholdsvis ukomplicerede, som eksempelvis en podning for en halsbetændelse, mens andre konsultationer kan være del i længere forløb, som for eksempel en samtalerække med en patient der har mistet sit barn. Variationen er udtalt, og et udsnit af en tilfældig formiddag kan se ud som følger:

1. *patient* er Mette til graviditetsundersøgelse. Ulla undersøger (vægt, underliv, mave etc.) og finder alt normalt. Mens hun gør det, spørger hun ind til forskellige aspekter, bl.a. Mettes mand og arbejde, hvor hun tilsyneladende bruger meget energi. "Du skal også huske at få lidt ro. Jeg ved ikke hvorfor jeg lige siger det til dig" (ironisk sagt med et glimt i øjet). Der er en god stemning i konsultationen. De to kvinder griner meget. Efter at alt er konstateret i orden, afsluttes konsultationen.

2. *patient* er 5-årige Jens med sin mor Charlotte. Jens har strubehoste, og moren spørger, om det ikke er en 'idé med et infektionstal?'. Ulla foreslår at give noget forebyggende, idet Jens ofte er inficeret på lungerne. Ulla spørger: "Men hvad med din store dreng, hvordan har han det?" Charlotte fortæller, at han har det meget dårligt. De taler om en henvisning til en psykolog. Ulla taler, som om hun er meget bekendt med situationen (af samtalen fremgår det, at drengen har haft en hjernetumor og bagefter har fået sukkersyge). Ulla laver en henvisning til drengen og spørger, om Charlotte selv får hjælp. Charlotte svarer, at hun ikke troede, hun var berettiget til en 'omgang mere' (åbenbart har hun fået professionel hjælp før), men det siger Ulla, at hun bestemt er. Der laves endnu en henvisning. Ulla siger: "Nu fik vi næsten ordnet jer alle tre!". Konsultationen slutter med en aftale om at komme igen, hvis Jens' hoste ikke bliver bedre, eller "hvis der opstår andre ting".

3. *patient* er en mand med anden etnisk baggrund, der har problemer med sin nakke. Konsultationen starter med lidt sprogmisforståelser, idet det er svært at forstå, om det er nakken eller øjet, der er dårligt. Patienten, Esham, siger, at det gør meget ondt. Han har tidligere fået taget røntgen, og Ulla forklarer nu (ved hjælp af en figur af rygsøjlen), hvad der er galt. Patienten klager også over, at han ikke kan gribe ordentligt med hænderne og fortæller, at han er sygemeldt fra samtlige sine tre rengøringsjobs. Han klager også over, at maskinernes larm får ham til at tabe ting. Ulla giver ham en henvisning til neurologisk afdeling i Vejle og spørger mere ind til sygemelding. Det viser sig, at Esham har lidt problemer med en vanskelig chef. Ulla siger: "Jeg skal nok hjælpe dig med en sygemelding. Jeg kan høre, at han (chefen) er lidt hård ved dig". De ordner det formelle med en sygemelding og aftaler, at Esham skal komme tilbage, hvis han har brug for en forlængelse. Så vil Ulla tage stilling til situationen igen. Ulla spørger til angsten for maskinerne, og Esham begynder at tale om en fortid som soldat. Efter en snak,

hvor Ulla understreger, at hun synes Esham skal overveje at tale med en psykolog, slutter konsultationen.

4. *patient* er Nikolai på ti, der har haft leukæmi og nu har ondt i hofterne og hovedet. Nikolais mor, Silje, fortæller, at hun er nervøs. Ulla spørger Nikolai ud om problemet, mens hun undersøger ham: "Gør det nas nogle steder?" Nikolai svarer, at han har lidt ondt i alle ledene. Ulla spørger, om de har fået taget de prøver, de har fået henvisning til sidst (en form for ledprøver). Silje mener, at det har de, mens Nikolai er i tvivl. Ulla ringer til hospitalet for at høre. De lover at ringe tilbage. Mens de venter, spørger Ulla, om de har fået diskuteret julemærkehjem (Nikolai er overvægtig). Der er flere løse ender – blodprøver der ikke er blevet taget, og røntgen de ikke har fået svar på. Ulla siger: "Det virker, som om vi mangler lidt koordinering her". Hospitalet ringer tilbage: De har ikke nogle svar på ledprøver, så Nikolai får en ny henvisning. Til gengæld kan de på hospitalet fortælle, at røntgenbillederne ser fine ud. Moren begynder at tale om en øjenlæge: "Måske kan smerterne i hovedet være forbundet til øjnene?". Ulla foreslår en ny tid til "lige at få samlet op på det hele". *Feltnoter, MH/B*

Ovenstående udsnit indfanger alsidigheden i praksis og eksemplificerer, hvor mange forskellige mennesker der fylder lægens hverdag. Det fremgår også, hvordan hver eneste konsultation er en symbiose af det medicinske og det almene. Som i Esham's eksempel: En henvisning til neurologerne for ondt i nakken efterfølges af en snak om angst for larmende maskiner.

Citatet peger på en meget central del af, hvad udfordringen i almen praksis er, nemlig at få generelle retningslinier og standarder til at passe til den enkelte patient. Det, at Mette er travl på arbejdet, får Ulla til at nævne for hende, at det er vigtigt, at hun tager det med ro gennem sin graviditet. Charlottes og Siljes familiære situationer får Ulla til at tackle konsultationerne på en bestemt måde. Hun gør sit til at forebygge, at Charlotte og hendes søn udvikler deres angst videre, og hun holder et vågent øje med, at Silje kan klare Nikolais sygdomsforløb.

Samtidig tydeliggøres det, hvordan der foregår flere ting på én gang i almen praksis: En konsultation, der egentlig tager udgangspunkt i et barns strubehoste, kommer til at handle om en teenagedrengs eksistentielle angst. Det er også udtalt, hvordan patienterne henvender sig for at få en lægelig vurdering af en specifik ting, men ender med at blive vejledt og behandlet for flere. Følgende citat fra feltnoterne understreger dette: "Vi taler lidt om, at patienten kommer med tre ting, men ender med seks ting: vorte, keglesnit og svamp, og så en vorte mere, cyste og bekymring. Sandsynligvis er der kun afsat tid til keglesnit. Sådan er det tit, siger Ulla". *Feltnoter, LG*

Pårørende: flere i konsultationen

Udover patienten er den pårørende også en vigtig og gennemgående figur i almen praksis. Mange patienter har deres ægtefælle med under konsultationen. Det er en særlig udbredt praksis blandt ældre ægtepar og i nogen grad, hvis der er tale om første børneundersøgelse af en baby. Hvis patienten har psykiske problemer, er det også almindeligt, at der er en kæreste eller ægtefælle med til at støtte. Børn og teenagere kommer typisk i selskab med en enkelt forælder, og forældre har også til tider deres børn med, når de selv er til læge. Ydermere har patienter af anden etnisk oprindelse en tendens til møde op i mindre grupper. Der er også af og til behov for, at et yngre fami-

liemedlem fungerer som tolk. Alle tre læger gav udtryk for, at de syntes om, at der var pårørende i konsultationen. I Andreas praksis var der den regel, at den, 'der var patienten', sad på stolen tættest ved Andreas. De pårørende blev ofte inddraget i samtalerne, spurgt om, hvad de synes om en speciel sygdomssituation eller bedt om at forholde sig til patienten på en bestemt måde. Pårørende kan også fylde meget, selv i konsultationer hvor de ikke er til stede: Mange patienter bruger meget tid på at tale om deres familier. Det kan være problemer, de har i forhold til familien, men kan også være af en mere overordnet og positiv karakter. Endelig kan patienten i konsultationen også spørge til medicinsk vejledning i forhold til en sygdom, som ægtefællen eksempelvis har.

Følgende citat tydeliggør den potentielle betydning af pårørende i almen praksis:

Næste patienter er midaldrende mand og ung kvinde, Morten og Lene. De træder ind og sætter sig. Andreas siger: "Dejligt I kunne komme begge to, hvad tror I det handler om?". Parret svarer nølende, at de måske skal ha noget at vide om henholdsvis hans mors og hendes farmors sygdom. Andreas svarer afværgende og siger: "Nej, det er simpelthen mig, der mangler information om Karen-Inge". Det viser sig, at konsultationen handler om en af de patienter, der kommer hos Andreas: Karen-Inge, en ældre dame, der isolerer sig og ikke har været ude i mange år, fordi hun var ude for en blotter i skoven for mange år siden. Morten er hendes søn og Lene hendes barnebarn. Andreas siger til Lene: "Karen-Inge giver jo udtryk for, at hun er meget glad for dig. Hvorfor er hun det Lene?". Lene fortæller, at de taler om mange forskellige ting, at hun nok taler sin farmor lidt efter munden, og at der egentlig er nogle ting, hun gerne ville sige, men som hun undlader. Det lyder, som om Karen-Inge er ret vanskelig i familiære relationer. Andreas spørger Morten, hvad hans forhold til sin mor er. Han giver udtryk for større irritation over hende og siger, at han er knap så tolerant som datteren, hvilket resulterer i et spil mellem mor og søn – surhed fra hendes side og irritation fra hans. Andreas spørger Lene: "Hvad er et basalt problem for din farmor?". Lene: "At hun kun ser os, og at det heller ikke altid fungerer, fordi vi bliver trætte af hende nogle gange ... og at hun så ikke har andre at snakke med". Andreas siger: "Altså at hun er ensom!".

Fra denne konklusion går snakken over til at handle om, hvordan kommunikationen mellem parterne kan blive bedre, hvordan Lene og Morten skal tackle den besværlige farmor, hendes pillemisbrug mv. De ender med at tage afsked og aftale en ny tid, så Andreas om nogle måneder kan høre, hvordan det går. *Feltnoter, MHB*

I dette feltnotat møder vi Karen-Inges søn og barnebarn Morten og Lene. Og vi forstår de pårørendes betydning for Karen-Inge, der er meget alene på grund af hendes angst. Og vi forstår, at Andreas forstår det. Han ved, gennem samtaler med Karen-Inge, hvor betydningsfuld en person Lene er i Karen-Inges liv. Karen-Inge har ved en tidligere lejlighed antydnet, at de ikke ses så tit, noget der af hende opleves som relateret til hendes angst. I ovenstående konsultation antyder Lene dog, at farmoderen godt kan være besværlig at være sammen med. Ved at indkalde Morten og Lene i sin konsultation søger

Andreas at foregribe en situation, hvorved Karen-Inge vil blive isoleret. Det kan han gøre, fordi han kender til Karen-Inges specifikke situation og aktivt bruger hendes relationer.

Kolleger i almen praksis

Selvom feltarbejdet i almen praksis blev udført med hensyn til lægerne Andreas, Ulla og Erik, så var samværet med deres kollegaer en stor del af deres hverdag. I begge praksisser udgør personalegruppen: sygeplejersker, reservelæger, lægesekretærer og andre praktiserende læger. I Andreas praksis er der to andre praktiserende læger, en reservelæge, en sygeplejerske og to lægesekretærer. Hos Ulla og Erik er der to lægepar og en sololæge med hver deres separate personale. Ulla og Erik arbejder sammen med en sygeplejerske, en lægesekretær og en reservelæge.

En afgørende forskel mellem de to undersøgte praksisser er, at lægerne i Andreas' praksis tilsyneladende arbejder meget individuelt og forskelligt, dør om dør snarere end side om side. Her er sygeplejersken Anna en væsentlig koordinator, idet alle patienterne i lægehuset af og til kommer hos hende (for at få målt blodsukker, taget blodprøver, urinprøver mv.). De tre læger har hver deres patienter med små overlap, mens Anna ser og kender næsten hele klientellet. I denne praksis er der ydermere flydende pauser, hvor alle ikke altid er til stede samtidig. Kommunikationen mellem lægerne i løbet af en dag er derfor til tider sporadisk – bortset fra en ti minutters konference om morgenen mellem telefonkonsultation og første patients ankomst. Hos Ulla og Erik er samarbejdet med personalet af mere teambaseret karakter; en faktor der blev udtrykt i Ullas tilbøjelighed til at sige 'vi', når der fx blev spurgt til forskelligt beslutningsrationale. Både lægesekretæren og sygeplejersken er mere integreret i lægens arbejde. Ydermere kommer de ofte hos Ulla og Erik i løbet af dagen og diskuterer forskellige patienter og behandlingsstrategier. Der er således et indtryk af at løfte i flok, et indtryk der blev underbygget i personalelokalet, hvor de forskellige 'praksisser' i lægehuset ofte sad ved siden af hinanden.

I begge lægehuse er lægerne glade for at kunne dele hverdagen med kollegaer og tale med andre om deres patienter. Hvis der skal træffes vanskelige beslutninger, er det almindeligt at vende det med kollegaerne i pauserne. Hos Ulla og Erik sker det også, at man sender en patient videre til en kollega, hvis kontakten ikke var optimal, for at prøve om det kunne bedres. Hvis fx Marlene, sygeplejersken, har en bedre kommunikation med en diabetespatient, så bliver meget af arbejdet med regulering og rutinebesøg varetaget af hende. Lægerne bruger også deres andre lægekollegaer som en form for faglig spejling af sig selv. For eksempel er det vanligt, at lægerne nævner kollegaernes 'anderledes måde at gøre tingene på'.

Aktører fra hospital og kommune

I ovenstående gennemgang af den praktiserende læges dagligdag, ser vi, hvordan patienten og dennes pårørende er de centrale aktører i almen praksis. De er den konstante faktor, lægen hele tiden konfronteres med. Aktører fra hospitalet optræder derimod sporadisk gennem telefonopkald, som lægen foretager for at få et svar på røntgen, eller gennem henvisninger. Det samme gør sig gældende i relation til kommunen, hvis tilstedeværelse indsnævres til den formular, en sygemelding skal forfattes på, eller et telefonopkald. Disse handlinger forekommer i pauser, efter dagens sidste patient,

eller når patienter er forsinkede eller udebliver. Det er således ikke noget, der fylder i tidsmæssig forstand.

3.2 Helbredelse i praksis: Transformative rejser

I ovenstående beskrivelse af hverdagen i almen praksis antydes det, at læge-patient relationen både handler om medicin og behandling samt om menneskelige og moralske aspekter, eller – som det er blevet formuleret i indledningscitateret til dette kapitel – om 'at holde i livlinen'. For at konkretisere denne funktion vil Cheryl Mattinglys begreb om helbredelse som 'transformative rejser' (Mattingly – personlig kommunikation) her tjene som overordnet analytisk ramme for den følgende analyse.

Dramatiske fortællinger i den medicinske verden

Cheryl Mattingly udpeger fem grundlæggende dramatiske fortællinger om helbredelse ("healing genres" eller "genres of hope"), som udgør, hvad hun kalder en 'narrativ infrastruktur' i den medicinske verden. Hun argumenterer for, at helbredere, patienter og deres familier trækker på disse grundlæggende fortællinger, både når de taler, og når de handler i forhold til sygdom. Fortællingernes plot skaber et socialt landskab, en scene hvor aktørerne handler, og hvor handlinger giver mening i forhold til den overordnede fortælling. Fortællingerne er utopiske; de handler om, hvad mennesker stræber imod, om de grundlæggende idealer og de dybere motivationer der bevæger os. De er således ikke repræsentationer af virkeligheden, men ledestjerner for handling.

De dramatiske fortællinger er kulturelt tilgængelige fortællinger eller kulturelle ressourcer, der er til rådighed i en specifik lokal sammenhæng, og som aktører, for eksempel praktiserende læger, kan trække på i et forsøg på at finde ud af, hvilken historie de er med i. Hvad er deres rolle i den? Hvordan de skal handle?

Ifølge Mattingly må vi, når vi handler i nutiden, forholde os til, hvad der allerede er sket og handle efter en formodning om, hvad der måtte ske i fremtiden. Vi er konstant i gang med at skabe handling og med at finde ud af, hvor vi (handlingen) er på vej hen, og om vi kan lede den i ønskværdige retninger (Mattingly 1998). Det har ofte været fremhævet, hvordan narrativer skaber helhed, kontinuitet og mening ved at forbinde forskellige elementer i vores liv i en sammenhængende form (Ochs & Capps 2001). I undersøgelsen af praktiserende lægers dagligdag med særligt henblik på de dilemmaer, krav og problematiske situationer, der kendetegner den praktiserende læges situation, er der i lige så høj grad fokus på narrativens mulighed for at undersøge åbenhed, drama, konflikt og tvetydighed: Hvad sker der nu? Hvor er vi på vej hen? Hvordan ender det her? (Good 1994; Mattingly 1998).

De fem dramatiske fortællinger, som Mattingly foreslår, er: 1. Helbredelse som detektivhistorie, 2. Helbredelse som kamp, 3. Helbredelse som reparation, 4. Helbredelse som transformativ rejse, og 5. Helbredelse som mirakel.

Mattingly karakteriserer de første tre som 'kanoniske' fortællinger. Disse tre fortællinger er således de legitime fortællinger om helbredelse, der uproblematisk anerkendes og respekteres i den samlede medicinske verden. De sidste to, helbredelse som transformativ rejse og som mirakel, findes også overalt i den medicinske verden, men er dog i Mattingly's materiale mere udbredt blandt patienter og familier end blandt det medi-

cinsk uddannede personale. Mattingly definerer disse som 'underground' fortællinger, der ikke har den samme status i den medicinske verden som de kanoniske.⁹

Transformative rejser

Det medicinske ideal indfanges af de tre kanoniske fortællinger. Disse fortællinger repræsenterer lykkelige slutninger ("happy endings"), og de handler om at finde, bekæmpe og behandle sygdom. De fremstiller lægens gerning som præget af kontrol, klare mål, vidensakkumulation og standardiserede praksisser. Patienten er i disse fortællinger ikke så central som sygdommen selv og er i højere grad en scene eller en krop, som dramaet udspiller sig på.

I Mattingly's materiale er disse fortællinger imidlertid ikke adækvate i forhold til hverdagen, som den udspiller sig i klinisk praksis. De forholder sig ikke til rodet, det kaotiske, det følelsesmæssige, til sygdomme der ikke kan udredes eller efterfølgende ikke helbredes. Ydermere fordrer de kanoniske dramatiske fortællinger slutninger og lægelig indgriben, der er rettet mod akut sygdom, og som ofte ikke er realiserbare, når sygdommen er kronisk. Det er i denne kontekst, at Mattingly tilføjer yderligere to dramatiske fortællinger: 4. Helbredelse som transformativ rejse og 5. Helbredelse som mirakel. Vi trækker i det følgende især på hendes udlægning af helbredelse som 'transformativ rejse', da vi finder denne fortælling velegnet til at fokusere på den del af den alment praktiserende læges kompetencer, som ikke er rent medicinske.

I denne dramatiske fortælling placeres patienten i centrum af historien. Helbredelse betragtes fænomenologisk – altså som levet og erfaret af såvel patient som læge. Denne levede erfaring eller helbredelse sættes ofte i forbindelse med en rejse eller en transformation, der foregår over længere tid. Ofte ændrer betingelserne sig undervejs, og der sker uventede ting, som både patient og helbreder må tage højde for. Fortællingen har ofte moralske og spirituelle dimensioner. Det er ikke kun kroppen, der skal repareres. Og det er ikke kun en fysisk rask krop, der sætter standarden for en helbredelse. Nogle gange er det identiteten eller de sociale relationer, der skal forvandles i et længere sygdomsforløb, og helbredelsen får således nærmest kosmologiske konnotationer. Tit er en medicinsk helbredelse ikke nødvendig for, at en sådan transformation kan finde sted. Man kan snarere tale om, at transformationen ofte finder sted, hvor den medicinske behandling ikke slår til.

Det er vigtigt allerede indledningsvist at påpege, at dette analytiske fokus ikke betyder, at vi ser denne grundfortælling som den vigtigste i den alment praktiserende læges virke. Vi starter der, 1) fordi den fylder så meget i hverdagen i almen praksis, 2) fordi det er en fortælling, der ikke italesættes med samme styrke og legitimitet som de medicinske fortællinger (jf. Mattingly's pointe om kanoniske og 'underground' fortællinger), og 3) fordi vi mener, at denne fortælling er et centralt udgangspunkt for at forstå bredden i tovholderrollen i almen praksis, som den udlægges i de følgende to kapitler. Ved læsning af rapporten vil det dog blive klart, at der ikke er tale om et enten-eller, men om et både-og. Netop det principielt uadskillelige forhold mellem de medicinske, huma-

⁹ For eksempel viser Mattingly igennem et væld af etnografiske eksempler, at 'healing moments' (Mattingly 1998; Mattingly – personlig kommunikation), hvor det lykkes at knytte an til fortællingen om helbredelse som transformativ rejse, kan have en afgørende indvirkning på patienters og familiers liv med kronisk sygdom. Imidlertid vil det medicinske personale ofte affærdige sådanne kliniske handlinger som 'at lege' eller 'at spille tiden' sammen med patienten.

nistiske og sociale aspekter af sygdom er kendetegnende for alment praktiserende lægers opfattelser af tovholderrollen.

Patientforløb over tid

I det foregående afsnit så vi et lille udsnit af den meget brede mængde af mennesker og sygdomme, der ses i almen praksis. Det blev skildret gennem fire enkeltkonsultationer. Kendetegnende for almen praksis er imidlertid forløb over tid; det at komme hos egen læge, igen og igen, ofte over en lang årrække. Det er ligeledes en central del af fortællingen om helbredelse som transformativ rejse. I forhold til patienterne, vi mødte i ovenstående citat, kommer Charlotte for eksempel tilbage ugen efter, fordi hun er bange for, at hun er ved at udvikle en depression. Nikolai og moderen kommer også igen og har en konsultation, hvor moren har meget bedre overblik over sønnens sygdom, og Ulla tydeligvis er lettet og forklarer, at hun tror Siljes angst i den foregående konsultation gjorde, at hun virkede diffus. I det følgende beskrives et udpluk af et patientforløb, der fandt sted under feltarbejdet. Det drejer sig i dette eksempel om et forsøg på at få patienten, Bitten, til at ændre livsstil, et arbejde der i almen praksis netop ofte sker over lange tidsforløb, nogle gange endda over et helt liv.

Bitten er en enlig meget overvægtig kvinde midt i 30'erne, som gennem en længere årrække har været en hyppig gæst i Andreas' konsultation. Første gang, hun kommer i konsultationen under feltarbejdet, er for at få svar på røntgenbilleder, hun har fået taget. Andreas siger inden Bitten ankommer, at 'Hun er meget sød, men meget speciel'. Bitten og Andreas kender hinanden godt. De taler om episoder i Bittens liv, både dem der har med sygdom at gøre, og dem der er mere private. Bitten får diagnosen slidgigt, hvilket hverken kommer bag på hende eller Andreas. Andreas forklarer under konsultationen, at han synes Bitten er for ung til et nyt knæ, idet et sådant ofte kun holder ti år. I stedet vil han lægge en blokade i knæet. Dette vil betyde færre smerter for Bitten. Bittens knæ er yderligt belastet på grund af hendes overvægt. Andreas er imidlertid løbet tør for blokademedicin, og der aftales en ny tid den følgende uge.

Næste uge kommer Bitten igen og får lagt blokaden i knæet. Andreas siger efterfølgende til mig, at blokaden måske ikke hjælper, fordi Bitten er for overvægtig. Men det fortæller han ikke Bitten: "Hvad skal hun bruge det til?". Andreas fortæller, at han fra tid til anden har haft livsstilssamtaler med Bitten om at tabe sig: 'Men det handler om noget andet end vægt med Bitten. Hun har været udsat for incest som barn og voksenmobning på sit arbejde, så det er ikke så sært, hun nogen gange har det dårligt'. Ved konsultationen tages også nogle blodprøver, idet Bitten fortæller, at hun har været vant til at give blod og på denne måde undgå migræne. Men nu er hun begyndt at lide af migræne igen og vil derfor gerne give blod på ny.

En uge efter ringer Bitten ind for at få svar på sine blodprøver. Der er diverse tal, der er lidt for høje. Andreas antyder, at der kan være tale om en sukkersyge og beder Bitten komme ind til en samtale om en ændret livsstil: "Så vi kan få vendt denne her bøtte... ". Inden næste konsultation

fortæller Andreas, at han virkelig er på bar bund i forhold til at få Bitten til at tabe sig. Det er et projekt, de har talt om et utal af gange. Da Bitten er kommet og har sat sig, forklarer Andreas, at hun har et forhøjet sukkertal og dermed er i risikogruppe for diabetes. Bitten spørger: "Er det fordi jeg er for tyk?", hvilket Andreas svarer ja til. Bitten begynder at tale om vejledning på biblioteket. Hun vil gerne ha brochurer for, hvad man må og ikke må... der må da kunne fås et eller andet?'. Andreas siger, at det kan der da, men at han godt tror, hun ved, hvad problemet er, og hvad der må gøres ved det. Bitten kommer med et utal af forklaringer: Siger hun ikke kan leve sundere, at hendes tarmsygdom forhindrer hende i at spise grøntsager, at hendes knæ forhindrer hende i at motionere. Andreas råder hende til at få en diætist (dette nægter Bitten, idet hun er sikker på, at en sådan ikke ville acceptere hendes væmmelse mod grøntsager), begynde at svømme, hvilket ikke belaster knæene (det vil Bitten ikke, fordi hun er flov over at vise sig i badedragt). Til sidst siger Andreas: "Bitten, du får sukkersyge, hvis du fortsætter sådan. Det er kun dig, der kan ændre på det ved at spise mindre og motionere mere. Jeg vil gerne veje dig i dag og se dig igen om en måned...". Det indvilliger Bitten i "...for at sukkersyge det vil jeg i hvert tilfælde ikke ha". Da Bitten har forladt lokalet, vasker Andreas sine hænder. Han siger: "Hvem ved, måske lykkedes det denne gang?". *Feltnoter, MHB*

Bitten er et eksempel på en patient, der fylder meget tidsmæssigt, idet hun er en hyppig gæst i praksis og ofte kommer med de samme problemer. men også i Andreas' bevidsthed, idet det virker frustrerende, at Bitten kommer igen og igen – tilsyneladende uden at få det bedre. Det er tydeligt, at de taler om mange ting. Når Bitten skal have lagt smerteblokader i sine knæ, taler Andreas til hende om overvægt og mulighed for væggtab. Han spørger til aspekter ved hendes liv, som han kender til, og som er meget personlige. For eksempel det faktum, at Bitten er blevet misbrugt som barn af en slægtning og har været udsat for mobning på sin arbejdsplads gennem mange år. Behandling og helbredelse handler her om andre ting, der foregår sideløbende med medicinsk udredning eller fysisk behandling.

I forhold til helbredelse som transformativ rejse ser vi, hvordan lægen opfatter Bittens vej til en bedre livsstil som en rejse, et forløb der forudsætter en transformation. Helbredelse er ikke ensbetydende med en perfekt rask og rørig krop, men mere med en ændring i patientens liv. Bitten er ikke et enestående eksempel på en patient, der lever på en måde, som er dårlig for hendes helbred. Vi kan for eksempel nævne 55-årige Jan med sukkersyge, der gennem en lang årrække har ernæret sig primært ved natligt ispiseri, og med egne ord *"har meget svært ved at finde tilfredsstillende alternativer"*, eller Kirsten, der trods kronisk bronkitis og åndedrætsbesvær ikke kan finde motivationen til at droppe tobakken. Fælles for disse patient-læge relationer er, at behandling og helbredelse ikke ligger på lægens bord. I denne sammenhæng slår de kanoniske fortællinger ikke til. Skurken er ikke en sygdom, men patientens adfærd. Det er patienterne, der bestemmer derhjemme. Forsøg på at helbrede må således ske på anden vis, og begrebet helbredelse må udvides. Dette sker ved hjælp af samtaler, der skal motivere patienterne til at ændre vaner. Men det er også samtaler, der handler om helt andre

ting. I stedet for blot at informere om sundhed og sygdom taler lægen med den specifikke patient ud fra det sted, hvor denne befinder sig i sit liv. Der er ydermere tale om en moralsk vurdering, der handler om, hvad det gode liv er for patienten. Den praktiserende læge er i denne sammenhæng karakteriseret ved ikke at have ens standarder for sine patienter og at se forholdsvis små ændringer som store fremskridt. I en konsultation med en ældre dame, der var bekymret for sin mands sukkerindtag, når han spiste på plejehjemmet, kommenterede en af de praktiserende læger Erik således: "Det er fint, hvis hans tal er under ti. Det skal jo heller ikke blive for surt, og han skal jo ikke til olympiaden. Man må hele tiden veje op, om der skal optimeres i forhold til sukkersygen eller i forhold til livskvaliteten i det sidste stykke æblekage".

I begge praksisser gjorde lægerne noget ud af at finde ud af, om patienten var 'moden' til en motiverende samtale. Hvornår en sådan samtale påbegyndes, er ikke ligegyldigt, og tages der initiativ til den på et forkert tidspunkt, kan det få u hensigtsmæssige konsekvenser for patientens videre forløb. I eksemplet med Bitten ser vi, hvorledes det er ved at være sidste ud kald for en ændret livsstil. Alligevel er det ikke sikkert, at det lykkes Andreas 'at vende skuden', som han kalder det. De har haft denne samtale mange gange før. Som han ved en anden lejlighed udtrykte det: "Det nytter jo ikke at agere rejseleder, hvis folk ikke engang har deres pas med."

Et andet gennemgående træk ved forløb over tid, som i eksemplet omkring livsstilsforandringer, er nødvendigheden af tålmodighed. Som sagt er lægerne ofte bekendt med patienterne gennem mange år. Oftest er der i disse år ikke sket noget, der kan indikere overfor lægen, at samtalen vil gøre en forskel. Selvsagt er denne funktion for lægerne forbundet med stor frustration, og de udtrykker ofte, at forsøget på at hjælpe patienterne kan være som at '*slå i en dyne*'. Til trods for at lægerne til tider selv er i tvivl, lykkes det dem som oftest at indgyde håb hos patienterne om, at det kan lade sig gøre: At stoppe rygningen eller de dårlige spisevaner. At det er muligt at få en anderledes fremtid.

Kendskab til patientens situation

En anden funktion, der skal fremhæves i forhold til helbredelse som transformativ rejse, er det kendskab den praktiserende læge har til sine patienter. I ovenstående berøres dette kendskab blandt andet i Bitten og Andreas' forhold, hvor der under konsultationen tales om intime aspekter af Bittens liv. I eksemplet med Karen-Inge tydeliggøres det desuden, hvordan lægen aktivt benytter sig af sit kendskab til sin patient og indkalder pårørende, der formodes at kunne gøre en forskel, i sin konsultation. Kendskabet kan også komme til udtryk i bestemte behandlingsstrategier. I det følgende vil kendskab, som det kommer til udtryk i almen praksis, blive eksemplificeret og sat i relation til helbredelse som transformativ rejse.

Den næste patient, der ankommer, er Birgitte, der gerne vil have en sygemelding fra sit arbejde som skolelærer. Birgitte er midt i tredive og lige kommet ud af en skilsmisse. Andreas spørger hende "hvordan det går med det hele", og mens Birgitte forklarer det, begynder hun at græde. Hun siger, at hun ikke kan klare at arbejde, at hun er bedrøvet, at manden allerede har fundet en anden, og at det får hende til at tvivle på deres tidligere forhold, at hun synes han er hensynsløs overfor deres fælles

søn, der i øvrigt har indlæringsvanskeligheder og store problemer med skilsmissen. "Det virker bare, som om han er bange for at være alene, at han bare skal skynde sig at have en ny familie Andreas". Andreas rykker tættere på Birgitte, trøster hende og husker hende på, hvor lettet hun var lige efter skilsmissen. Han forsøger at få Birgitte til at tænke fremad. Hvad vil hun med sit liv nu, hvor hun er fri til at gøre, hvad hun har lyst til? Hvor meget hun altid har trængt til et frirum i ægteskabet før i tiden. Han siger, at han gerne vil sygemelde hende en måned, så hun kan få lidt tid til klarhed og til at tænke det hele igennem. Om to uger vil han gerne se hende til en konsultation og høre om de tanker, hun har gjort sig. Efter konsultationen fortæller Andreas, at eksmanden har været hos ham 14 dage tidligere med lignende problemer. *Feltnoter, MHB*

Ovenstående illustrerer, hvordan kendskab kan optræde i almen praksis på flere niveauer. For det første er det tydeligt, at Birgitte og Andreas kender hinanden gennem en lang årrække, hvor han har været hendes læge. Gennem disse år er et tillidsfuldt forhold opnået, der illustreres ved niveauet af fortrolighed. Ligeledes kender Andreas til aspekter ved Birgittes liv, der ikke har direkte relation til hendes historie som patient. Han er bekendt med Birgittes tidligere opfattelse af hendes forhold, hendes søn og sønnens problemer, med Birgittes håb for fremtiden og med hendes lettelse efter bruddet med manden. Ydermere er selv samme mand også patient hos Andreas. I de praktisser, hvor feltarbejdet blev udført, er der ikke noget bemærkelsesværdigt ved et sådant indgående kendskab. Mange af patienterne er kendt af lægen, og mange har familie der også er patienter i lægehuset.¹⁰

Det gennemgående i et kendskab til patienten er nærvær og fokus på det, der ligger uden for den medicinske sfære. Et eksempel på dette finder vi i en journal, hvor der ganske enkelt står (om ældre dame): "Har det stadig godt med at strikke til Hviderusland og med at male porcelæn". De praktiserende læger tilstræber at tilegne sig viden om patienterne, noget der også udfoldes ved førstegangskonsultationer, hvor der spørges ind til patientens livsomstændigheder. Dette sker ofte på lægens initiativ. Der findes naturligvis også patienter, der virker, som om de er tilfredse med at få en kort konsultation, et behandlingsforslag og derefter fred.¹¹

Vi er også i undersøgelsen stødt på en del udsagn, der tyder på, at dette kendskab både er en styrke og et problem i lægens arbejde. Tydeligst kom dette til udtryk i en case, som en af lægerne i gruppeinterviewet havde medbragt. I eksemplet fortæller lægen om en situation, der har resulteret i, at en patient ikke vil komme hos ham mere. Kvinden, der var hans patient, beskylder ham for ikke at have undersøgt hende ordentligt og for at have insisteret på, at hun blot fejler noget psykosomatisk. Det viser sig i

¹⁰ I feltarbejdet eksemplificeres dette på tydeligste vis hos praktiserende læge Ulla, der har overtaget sin praksis efter sin mor. Hendes relationer til patienter er opbygget over lang tid, og hun har patienter, der har været hendes mors, såvel som patienter, der har kendt hende som barn, undervist hende i skolen mv.

¹¹ For eksempel siger en praktiserende læge, Carl, følgende ved et fokusgruppeinterview: "Det er jo nok desværre sådan, at patienterne fylder mere i vores liv, end vi gør i deres. Jeg tænker fx aldrig på min tandlæge, med mindre jeg lige skal derhen. Jeg tror, vi skal passe på med at overvurdere vores rolle i patientens liv. Det er da klart, at i min praksis der er der nogle enkelte patienter, der klamrer sig til mig, men det er ikke de fleste." *Gruppeinterview, Region Sjælland, LG*

dette forløb, at hun har en meget alvorlig og livstruende somatisk sygdom. Lægen fortæller om mange års erfaringer med patienten og om fysiske symptomer, der i lang tid giver ham grund til at fortolke symptomerne som psykosomatiske. Det er altså et eksempel, der illustrerer det farlige i en forudindtaget holdning til en patient – en forudindtagethed lægen har i kraft af sit kendskab.

Kendskab fungerer også som en samtalestrategi. I mange konsultationer blev der talt meget om patientens privatsfære. Dette resulterer ofte i en god stemning under konsultationerne. Men referencer til familie, fritid eller ferier bliver også brugt aktivt. Når lægen spørger til patienten – og især til andre aspekter end dem, der er direkte relevante for konsultationen (eller til dem, der slet ikke er), sender det et signal om, at lægen interesserer sig for hende/ham som et helt menneske. Igen et træk der kendetegner fortællingen om helbredelse som transformativ rejse: Mennesket – ikke biologien eller kroppen – er i centrum.¹²

Behandling af kriser og bekymring

En anden markant funktion i forlængelse af betydningen af kendskabet til patienten er den rolle, lægen spiller med hensyn til håndtering af kriser samt patientens og familiens bekymring. Eksempelvis, som vi ser i det følgende, når lægen skal formidle en nyhed om svær sygdom, eller hvis en knude lokaliseres under en gynækologisk undersøgelse. Det kan også være i forhold til patienter, der kommer for at tale om sorgen over en død slægtning, et mistet barn eller ændrede livsomstændigheder i form af skilsmisse eller stress. Her er lægen den, der i kraft af kendskabet til patienten og deres indbyrdes tillidsforhold er med til ikke blot at hjælpe patienten igennem diagnostik, behandling og rehabilitering, men også igennem den omstilling det er at blive syg, fyret, skilt, uarbejdsdygtig, følelsesmæssigt eller fysisk invalideret. I tråd med denne funktion siger Ulla efter en konsultation: "...via min tætte kontakt med patienten og familien kan jeg jo medvirke til, at patienterne får et forløb, der passer til dem og deres situation. Og som favner alt hvad de er." I forlængelse af denne opfattelse betegner Andreas sig selv som 'patienternes sparringspartner'.

Følgende eksempel fra feltnoterne illustrerer nogle af disse pointer:

Næste patient er Thomas. Andreas fortæller mig inden konsultationen, at han tidligere har arbejdet tæt sammen med patientens kæreste Anne, der er sygeplejerske. Andreas tilføjer, at patientens kone døde for nogle år siden; at han efterfølgende blev kæreste med Anne, og at parret tilsyneladende er 'meget glade for hinanden'. Et nydeligt midaldrende par træder ind. Der snakkes lidt om gamle dage, om nye og om huset, som parret er ved at bygge. Andreas siger så: "Ja, du har jo fået taget nogle prøver, Thomas ...". Thomas orienteres om, at hans prostatatal er forhøjet, men ikke yderst alarmerende. Anne spørger: "Hvor højt er det (prostatatallet), og hvad betyder højden, Andreas?". Hun lægger en arm på mandens

¹² Det er også typisk, at lægerne bruger dette holistiske syn på helbredelse til at distancere sig fra sekundærsektoren, der beskrives som reduktionistisk, snæversynet og specialiseret. Det er således en central del af de praktiserende lægers syn på sig selv, at de er interesserede i det hele menneske. En af lægerne i gruppeinterviewene udbrød således på et tidspunkt, da diskussionen var særlig opghed: "Vi er de eneste sande holister!" (Gruppe-interview Region Syddanmark, LG)

skulder. Andreas svarer ikke direkte, men begynder at spørge ind til, om Thomas har problemer med at 'komme af med vandet'. Der er opstået et stemningsskift. Alvor. Andreas spørger, om det har ændret hverdagen, og Anne siger: "Du er mere træt, og tingene med huset tager da lidt længere tid. Du er også bange". Thomas: "Ja, det forandrer, fordi vi lige har købt nyt hus, og der er meget, der skal laves, og vi vil gerne flytte ind". Andreas taler rosende om hospitalet, og siger i lidt lysere tone: "Lad eksperterne se på det, Thomas!" Derefter anbefaler han noget medicin, laver en henvisning, og de aftaler en ny tid for at samle op på det videre forløb. Herefter begynder Andreas at spørge til diverse håndværksmæssige ting ved nybyggeriet, og der tages afsked i god stemning. Da døren er lukket, siger Andreas: "Det ser altså ikke for godt ud, kunne godt tyde på en cancer...". *Feltnoter, MHB*

Det, der er vigtigt at bemærke i ovenstående eksempel, er først og fremmest Andreas' formidling af Thomas' potentielle livstruende sygdom. Dette er en konsultation, der handler om følelser, etik og moral. I forhold til ovenstående pointe omkring kendskab som strategi for samtale er strukturen i samtalen også påfaldende. Samtalen styres af Andreas fra noget forholdsvis uskyldigt (huset parret har bygget) til det alvorlige (sygdommen) og til det hverdagsagtige igen. Dette er en struktur, der er gennemgående for mange konsultationer. Her bruges kendskabet ganske konkret som strategi til at inddæmme det farlige.

Man kan undre sig over, at ordet "cancer" først bliver brugt, da parret er gået. Muligvis er der en pointe med kun at informere om tallet, og hvad det i værste tilfælde kan betyde. Andreas siger efter konsultationen: "Jeg kan jo ikke være sikker på noget som helst og hvorfor skabe unødigt bekymring?". Det betydelige i denne sammenhæng er Andreas beslutning om, hvorledes sygdommen skal formidles til Thomas i den specifikke situation. Havde det været en anden patient, var konsultationen givetvis forløbet på en anden måde. Tydelig bliver også en stor sårbarhed hos lægen. Her er det åbenbart, at lægen ikke kan kontrollere sygdommen; at det ikke er det, hans funktion handler om. Derimod må han påtage sig at formidle den, være med i planen for det videre forløb og forsøge at hjælpe patienten til at tro på en fremtid i forhold til noget andet end sygdom og død (taget på huset der skal laves for eksempel). Helbredelse som transformativ rejse er distinkt i dette eksempel, idet de moralske aspekter kommer så tydeligt til udtryk: Beslutningen om formidlingens art er en moralsk beslutning, idet det endnu ikke er givet, at Thomas har kræft. Vi så den samme vurdering gøre sig gældende i det tidligere eksempel med Bitten, hvor Andreas ikke fortalte om risikoen for, at smerteblokaden ikke ville hjælpe, med begrundelsen: "Hvad skal hun bruge det til?". Samtidig er det i dette eksempel meget iøjnefaldende, hvordan Andreas forsøger at fastholde en åben slutning. Det er ikke givet, hvordan fortællingen slutter, og håbet bevares således for parret, idet Andreas afslutter konsultationen ved at referere til Thomas og Annes fælles fremtid, her symboliseret ved nybyggeriet.

Et tema i forlængelse af ovenstående er den funktion, den praktiserende læge har i forhold til patientens angst og bekymring. Det kan være ved krise eller død, angst for

alvorlig sygdom som i ovenstående, men det kan også være under knap så dramatiske omstændigheder:

Den første patient er en ung kvinde i smarte støvler og tøj. Lyst langt hår. Måske i begyndelsen af 30'erne. Hun skal have taget en celleprøve – en rutineundersøgelse, fordi hun tidligere har haft celleforandringer. (...) Kvinden lægger sig på briksen. Ulla tager pandelys og handsker på og et metalinstrument i hånden. De taler sammen. Ulla siger: "Nu napper det lidt ... Ja du har ret i, at der er noget svamp". Hun lægger instrumentet fra sig og siger: "Nu mærker jeg forsigtigt på dig. Er du øm her?" Ulla mærker efter igen, og kvinden ømmer sig. Den lette stemning fordufter. Der er noget, der ikke skulle være der. "Tag lige dit tøj på", siger Ulla, "så skal jeg lige forklare dig det." Patienten tager tøjet på. De sætter sig ned. "Der er noget på højre side. Det er sikkert et gult legeme, der er vokset, fordi du skal have menstruation. Så det er sandsynligvis ingenting, men nu er den der, og vi kan begge to mærke den, og den er så stor (viser et par centimeter med fingrene). Måske er det helt normalt, og det er bare sådan du er. Hvis du nu kommer igen, efter at du har haft menstruation, så mærker jeg lige, om den er væk. Hvis den stadig er der, så bliver du scannet." Patienten siger: "Ja, men hvad er det værste ... hvad er 'worst case scenario'?" Ulla forklarer, at så er det måske en vandcyste. Det er meget sjældent, at der kan være noget alvorligt; hun er en ung kvinde. Det er ældre kvinder, hvor det kan være alvorligt. (...) "Nu går du ikke herfra og er dybt nedbøjet?", siger Ulla til sidst. Patienten: "Du siger, det måske er en vandcyste, men hvad er det aller allerværste?". Ulla siger til hende, mens hun fastholder hendes blik: "Jeg er ikke bekymret. Du ved, at hvis jeg var bekymret, så ville jeg sige det til dig." De taler lidt løst og siger farvel. Da kvinden er gået, forklarer Ulla, at hun viser sine patienter, hvis hun er bekymret. Og det ved denne patient godt, for det var Ulla, der opdagede hendes tidligere celleforandringer, gav hun hende ren besked og fik hende presset frem i systemet. Så når hun siger, at hun ikke er bekymret, og patienten kan se at det er rigtigt, så beroliger det hende forhåbentlig. *Feltnoter, LG*

I dette eksempel ses det, hvordan en forholdsvis uproblematisk konsultation udvikler sig til en ung kvindes bekymring for, om hun er alvorligt syg. Det er udtalt, hvornår stemningsskiftet sker, og hvordan Ulla håndterer det. For det første forklarer hun patienten, hvad situationen er ved at give hende alle de medicinske fakta. Desuden forsøger hun at berolige patienten ved at henvise til en fælles fortid. "Du ved, jeg ville sige, hvis jeg var bekymret" (underforstået: lige som sidste gang). Derefter prøver Ulla at få konsultationen til at gå videre ved at tale om andre ting, præcis som vi så i Andreas' konsultation med Thomas. Dette lykkedes imidlertid ikke, idet patienten tydeligvis er optaget af 'det værste der kan ske'. Ikke kun patienten er sårbar i denne konsultation, hvor lægen må afveje, hvordan der skal informeres og forsøge at tackle den bekymring og angst, der pludselig opstår hos patienten og spreder sig i rummet.

Behandling af bekymring såvel som de andre fremhævede funktioner i almen praksis indfanger en væsentlig faktor i den kliniske praksis, nemlig at navigere i støjen, rodet, det uperfekte. At håndtere når symptomer, mennesker og systemer som oftest ikke opfører sig efter bogen. Nogle symptomer unddrager sig udredning og behandling, og nogle patienter kommer ikke overens med deres situation, hvad enten denne er af 'reel' eller forestillet karakter, set fra lægens perspektiv. Denne grundlæggende usikkerhed og sårbarhed er selve grundlaget for lægegerningen. Det er ganske enkelt ikke muligt altid at gøre det rigtige, endsige vide hvad det rigtige er.

Fortællingen om helbredelse som transformativ rejse kan bruges til at forstå den del af den alment praktiserende læges virke, der har at gøre med at holde i livlinen, hvor rodet, dilemmaerne og følelsesmæssige og moralske aspekter hele tiden kommer i vejen. Det er ikke givet, hvordan man skal få en patient motiveret til at tage sig eller holde op med at ryge, ligeså lidt som det er gennemskueligt, hvorfor patienter bliver ved med at foretage sig ting, der er fatale for deres helbred og liv. Det er ikke selvindlysende, hvordan man skal formidle til en person, at denne måske har en livstruende sygdom. I det afsluttende og opsamlende afsnit vil vi forklare denne grundlæggende kompetence i almen praksis ved hjælp af begrebet *praktisk rationalitet*.

3.3 Rationalitet i praksis

I ovenstående afsnit er det tydeligt, at en væsentlig del af det kliniske arbejde i almen praksis handler om "alt det, der ikke handler om medicin", som Ulla udtrykker det. Vi har udlagt dette ved hjælp af det analytiske begreb om 'helbredelse som transformativ rejse'. Denne del af det kliniske arbejde indebærer en afvejning af, hvad der er muligt og rigtigt at gøre i det enkelte tilfælde ved denne patient i netop denne situation (både i forhold til specifik sygdom, personlig, familiemæssig og arbejdsmæssig situation, mulige behandlings- og sundhedstilbud mv.).

Det handler også om evnen til at opbygge et kendskab til patienten, der rækker ud over patientens sygehistorie, og som ofte foregår over længere tid og dermed også om viljen og evnen til at inkorporere patientens syn på sit eget liv, sin situation eller sygdom i den kliniske beslutningsproces. Og det handler om at lede patienten ind i en transformationshistorie med en åben slutning.

Med andre ord er der tale om et fokus på de situerede (situationsbestemte) og på de hermeneutiske og fænomenologiske aspekter af det sundhedsfaglige arbejde (Jensen og Johnsen 2000). Hvordan lægen agerer, stillet overfor sådanne aspekter, har i høj grad at gøre med evnen til at tage beslutninger, hvor der ikke findes en standardiseret eller 'rigtig' løsning i ordets bogstaveligste forstand. Snarere er der tale om en praktisk kontekstafhængig dømmekraft, en dømmekraft der baserer sig på en praktisk rationalitet.

I det følgende vil vi kort skitsere, hvad der kendetegner den praktiske rationalitet, og hvordan vi på baggrund af dette kapitels eksempler og analyser ser denne rationalitetsform udbredt i almen praksis.

Det er i forbindelse med den grundlæggende usikkerhed, det skønsmæssige, det situerede og det moralske, at den praktiserende læges kompetence indfanges af begrebet om praktisk rationalitet, som af forskellige forfattere er blevet fremført som væsentlig i det sundhedsfaglige arbejde. Disse forfattere trækker i den forbindelse på inspiration fra Aristoteles.

I en bog om sundhedsfremme introducerer Torben K. Jensen således Aristoteles' pointe om, at der knytter sig forskellige videnstyper (eller intellektuelle dyder) til forskellige typer af handlinger (Jensen og Johnsen 2000). Til de teoretiske aktiviteter knytter han videnstypen *episteme*, en viden om det universelle og uforanderlige, for eksempel naturlove og logiske slutningsregler. Til de tekniske og håndværksmæssige handlinger knytter han begrebet *techné*, forstået som teknisk know-how og viden om instrumentel adfærd. Til de skabende handlinger, der er knyttet til menneskelig adfærd, knytter han videnstypen *phronesis*, en praktisk visdom eller viden om, hvad der skal til, når livet mennesker imellem skal lykkes:

Der er tale om en moralsk tæft og situationsfornemmelse, der udspringer af livserfaring og menneskekundskab. At besidde *phronesis* vil ifølge Aristoteles sige at vide, hvad der kræves i en given situation og at handle konsekvent i forhold til denne viden. En *phronimos* er følgelig en mand/kvinde med praktisk visdom, som typisk ved hvilken slags viden, der er brug for i en given moralsk situation, og dermed en person der er fremragende dygtig til at 'gøre det rigtige'. (Jensen og Johnsen 2000, s. 51-52).

Som vi har set i adskillige af de ovenstående eksempler, er mange alment praktiserende læger ofte 'fremragende dygtige til at gøre det rigtige' i komplekse situationer. Imidlertid er det spørgsmålet, hvor fremragende dygtig man kan blive til denne form for praktisk handling, da den netop i forhold til *episteme*, den videnskabelige universelle viden, er foranderlig og situationsbestemt.

Mattingly trækker også på Aristoteles i sine udlægninger af den praktiske rationalitet, der præger både det sundhedsprofessionelle kliniske arbejde med kronisk sygdom og patienters og familiers håndtering af kronisk sygdom (Mattingly – personlig kommunikation). Hun fremhæver i sin læsning af Aristoteles dog det aspekt, at praktisk handling nødvendigvis er usikker og sårbar overfor ydre kræfter, overfor skæbnen eller hvad grækerne kaldte 'held', altså noget der ikke helt kan kontrolleres. I moderne sprogbrug kan man oversætte det til, at praktisk handling er sårbar overfor konteksten. Generelle teorier (i Torben K. Jensens udlægning *episteme*) giver os tommelfingerregler, men ikke brugbare adfærdsregler/direktiver i specifikke situationer. På samme tid kan generelle teorier heller ikke hjælpe os med at forudse konsekvenserne af vore handlinger. Praktiske overvejelser omkring, hvordan man skal handle, er altså sårbare overfor de givne omstændigheder, fordi konsekvenserne af handlingen – og selve meningen med den – afhænger af den partikulære kontekst, i hvilken den udføres. Denne kontekst er altid specifik.

I de forrige afsnit er det tydeligt, hvordan de praktiserende læger har individuelle standarder for deres patienter og samtidig må agere i et rum, der ofte er usikkert. Det er ikke givet, at en bestemt livsstilssamtale vil få Bitten til at tabe sig, ligeså lidt som det er sikkert, at Silje formår at håndtere sit barns sygdomsforløb på en hensigtsmæssig måde.

Den usikkerhed, der stammer fra handlingens konkrete omstændigheder og skæbnens luner, er ifølge Mattingly imidlertid kun én kilde til sårbarhed i det medicinske arbejde. En anden og dybereliggende grund er, at så meget er på spil: Vil Thomas dø af prostatakræft? Vil Lene og Mogens indgå aktivt i Karen-Inges liv og hjælpe med at

bryde den ensomhed, hun indhyller sig i? Det medicinske arbejde handler om liv og død, om menneskelig velbefindende og lykke, om lidelse, frygt og håb. Sygdom handler om et "terrible loss of equilibrium", Gadamer citeret i (Mattingly – personlig kommunikation), helbredelse om at genoprette balancen.

I den græske selvbevidsthed såvel som i almen praksis i Danmark er det således ikke muligt at adskille moralske aspekter fra praktisk dømmekraft. Det handler om det gode liv. For de praktiserende læger kommer dette til udtryk i deres indblik i, hvad det gode liv er for den enkelte patient og i villigheden til at interessere sig for dette.

Mattingly nævner en tredje faktor, der bidrager til den praktiske rationalitets sårbarhed: Ikke kun at skulle overveje et væld af mulige konsekvenser af ens handlinger, men også at skulle bedømme hvad der er 'det bedst mulige' under de foreliggende omstændigheder (Mattingly – personlig kommunikation). Dvs. at der kan opstå uløselige dilemmaer i den konkrete afvejning af et gode op imod et andet, hvor man ikke skal forvente, at der pludselig viser sig én rigtig løsning. I den praktiske dømmekraft må man tage en beslutning uden at vide sig på sikker grund.

I almen praksis sker dette desuden ofte under et vist tidspres. Der er et utal af eksempler på sådanne afvejninger, for eksempel Eriks afvejning af optimering af sukkersyge overfor patientens almene livskvalitet. Andreas afvejning af, om han skal fortælle Bitten, at blokaden sandsynligvis ikke virker, eller Thomas at han muligvis har prostatakræft. I disse tilfælde afvejer lægen en lang række forhold, inden han tager sin beslutning og handler i forhold dertil. I almen praksis sker dette desuden ofte under et vist tidspres.

Pointen, vi ønsker at trække frem med hensyn til *den praktiske rationalitet*, er således, at lægen her opererer på usikker grund. Selvom han med stigende indsigt og erfaring bliver bedre til at håndtere denne usikkerhed, forsvinder usikkerheden aldrig. Der er altid en mulighed for, at lægen i netop denne specifikke situation træffer et forkert valg.

3.4 Opsamling

Vi har i dette kapitel set på hverdagens organisering og på de aktører, der befolker almen praksis. Det er sket med særligt fokus på patienternes altoverskyggende plads i den praktiserende læges dagligdag. Fagfæller fra kommune og hospital optræder kun sporadisk i telefonsamtaler eller henvisninger i en pause, eller når en patient udebliver.

Dernæst har vi analyseret en lang række situationer i almen praksis ud fra begrebet om helbredelse som 'transformativ rejse'. Her har vi særlig fremhævet betydningen af forløb over tid, af kendskab til patientens situation samt af behandlinger af krise og bekymring. Helbredelse som transformativ rejse kan bruges til at forstå den del af den alment praktiserende læges virke, der har at gøre med 'at holde i livlinen', hvor rodet, dilemmaerne, de følelsesmæssige og moralske aspekter ofte kommer i vejen.

Sidst har vi argumenteret for, at lægerne i dette arbejde betjener sig af en særlig form for rationalitet, en praktisk rationalitet. Den praktiske rationalitet er kendetegnet ved netop at kunne tage højde for det situerede og det specifikke, ved at være usikker og sårbar overfor 'skæbnen' eller ydre påvirkninger, og ved at moralske aspekter spiller en vigtig rolle i brugen af den praktiske rationalitet og dømmekraft.

4. Tovholderfortællinger

I dette kapitel vender vi os mere specifikt mod de praktiserende lægers forståelser af tovholderbegrebet og afrapporterer den del af undersøgelsen, der har bestået af individuelle interviews med 10 læger fordelt på fem regioner. Vi viser, at de praktiserende læger betjener sig af et bredt perspektiv på tovholderrollen, og at de medicinske, humanistiske og sociale aspekter af det sundhedsfaglige arbejde i de konkrete forløb er tæt forbundne.

4.1 Tre grundlæggende tovholderfortællinger

På baggrund af de cases, de ti læger medbragte til det individuelle interview, har vi kunnet analysere os frem til tre grundlæggende fortællinger om, hvad de praktiserende læger forbinder med at være 'tovholder'. Fortællingerne er desuden gået igen i de korte cases, som de i alt 39 læger medbragte til gruppeinterviewene.

1. Tovholder i forhold til den medicinske udredning og behandling
2. Tovholder i forhold til patienten, familien og situationen
3. Tovholder i forhold til de udsatte patienter og de sociale aspekter af sygdom

Disse tre grundfortællinger genfindes i den analytiske skelnen mellem forskellige perspektiver på og tilgange til sygdom, der i mange år har været anvendt i den medicinske antropologi, nemlig *disease* (de biologiske aspekter), *illness* (de oplevede, fænomenologiske aspekter) og *sickness* (de sociale aspekter) (Hahn 1984; Kleinman 1980; Young 1982).

Tovholderrollen i forhold til den medicinske udredning og behandling (*disease*) handler primært om de biologiske aspekter af sygdom, om at få udredt de medicinske aspekter, og at få de rette medicinske tests og behandlinger iværksat. Vi befinder os hermed inden for Mattingly's tre kanoniske utopiske fortællinger om helbredelse: Detektivhistorien, historien om kampen mod sygdom og reparationshistorien. Især detektivhistorien er udbredt i interviewmaterialet fra almen praksis, nemlig jagten på den rette fortolkning af uforståelige kropslige symptomer, der vanskeliggøres af ventetider, fejl og manglende kommunikation.

Tovholderrollen i forhold til patienten, familien og den konkrete situation (*illness*) kalder på kompetencer som indlevelse, fortolkning og kommunikation, der især hører hjemme under den utopiske fortælling om helbredelse som en transformativ rejse, som blev behandlet i foregående kapitel. Her er lægen den, der holder patienten og familien i hånden under den svære proces, som sygdom kan være og i respekt for den konkrete situation, de befinder sig i. I bedste fald hjælper han dem også til at komme overens med den forandring, sygdommen har påført dem, hvad enten det handler om en sygdom, der kan kureres, eller en kronisk tilstand patienten må leve med uden en forventning om helbredelse.

Den tredje tovholderrolle handler om de sociale aspekter af sygdom (sickness) fra en klinisk vinkel. Det handler dels om lægens rolle i forhold til patienter, der er særligt udsatte (også i forhold til at støtte dem i processen omkring medicinsk udredning og behandling), dels om en specifik tovholderfunktion i forhold til de sociale konsekvenser af sygdom, som udmøntes i for eksempel sygemeldinger og pensionssager.

Disse grundfortællinger skal ses som *analytiske distinktioner*, der hjælper til at skabe klarhed over de mange betydninger og nuancer, vi i undersøgelsen har mødt i de praktiserende lægers brug af tovholderbegrebet. I de konkrete empiriske forløb, lægerne har berettet om, indgår og overlapper disse fortællinger. Pointen med disse analytiske distinktioner er derfor ikke, at lægen arbejder med forskellige tovholderfunktioner i forskellige cases, men derimod at disse forskellige tovholderfunktioner er flettet ind i hinanden i de konkrete forløb. Derfor er det heller ikke muligt at definere, hvor mange af hver type fortælling, vi er stødt på. Men vægtningen følger den kronologi, vi har valgt i fremstillingen. Den fortælling, der optrådte hyppigst i materialet, var fortællingen om at være tovholder i forhold til den medicinske udredning og behandling, dernæst fortællingen om at være tovholder i forhold til patienten, familien og situationen og sidst fortællingen om at være tovholder i forhold til de udsatte patienter og de sociale aspekter af sygdom.

I det følgende vil vi præsentere tre udvalgte cases som eksempler på hver af de tre grundfortællinger. Disse cases er sammenskrevet på baggrund af de medbragte eksempler til de individuelle interviews, og de tre cases, vi har medtaget, er udvalgt som typiske eksempler efter en indgående analyse af det samlede materiale.

Efterfølgende analyserer vi hovedtrækkene i de tre grundfortællinger: Hvem er aktørerne i denne fortælling? Hvilken modstand og hvilke problemer oplever lægen i netop denne tovholderfortælling? Hvad er hans eller hendes rolle, og hvilke kompetencer kræver det at være 'tovholder' i den pågældende fortælling? Vi ser på samarbejdspartnere, problemer og kompetencer i forhold til de respektive tovholderfortællinger. Vi bruger eksempler fra den udvalgte case til at belyse de temaer, der fremkom i analysen af det samlede materiale, men inddrager også eksempler fra de resterende cases for at klargøre, nuancere eller tilføje en pointe.

De følgende fortællinger og citater fremhæver de dilemmaer og udfordringer, lægen oplever i forbindelse med rollen som tovholder. Langt den overvejende del af de cases, lægerne medbragte, omhandlede forløb, hvor tingene ikke gik som de skulle, fordi de omgivende 'systemer' ikke fungerede optimalt (især sekundærsektor og kommune). Det skal dog fremhæves, at lægerne i både individuelle og gruppeinterviews senere fremhævede, at dette langt fra altid var tilfældet, samt at når det gik galt, skyldtes det ikke de enkelte aktører i de andre sektorer eller organisationer, men overordnede udviklinger og systemfejl.

4.2 Tovholder i forhold til den medicinske udredning og behandling

Det følgende patientforløb, beskrevet i detaljer nedenfor, omhandler en ældre dame, der gennem et år sendes fra den ene afdeling til den anden, uden at der udarbejdes en komplet undersøgelsesplan eller stilles en diagnose. Det sker på trods af den praktiserende læges ihærdige forsøg på at holde hånd i hanke med hendes forløb. Der rejses mistanke om, at hun er syg af kræft. Alligevel bliver denne mistanke hverken be-

afkræftet i løbet af det år, hvor hun indlægges flere gange og går i adskillige ambulante forløb på forskellige specialafdelinger. Casen er lang og kompliceret, men samtidig typisk for de cases lægerne medbragte om denne tovholderfortælling. De er ofte ledsaget af kommentarer om, at det jo ikke altid er så slemt, at det nogen gange går godt, og at de opståede komplikationer ikke skyldes personalet i sekundærsektoren.

Pernille er en kvinde på 76 år, og den praktiserende læge beskriver hende som et sødt og hjerteligt menneske, men måske ikke den mest udfarende eller skarpe kvinde. Pernille kommer til sin praktiserende læge, fordi hun igennem længere tid har haft smerter i hovedet og nakken. Lægen finder, at hun både har blodmangel og andre skæve blodprøver, der får ham til at mistænke, at smerterne skyldes muskelgigt (polymyalgi). Normalt vil han i et sådant tilfælde færdigudrede patienten og starte en behandling med binyrebarkhormon. Men Pernille er tidligere blevet opereret for kræft, har for nylig fået konstateret kræft igen og er blevet indstillet til operation. Da binyrebarkhormon nedsætter evnen til at hele, vil den praktiserende læge nødig opstarte sådan en behandling, når nu Pernille afventer operation.

Pernille bliver dog mere og mere sløj, og den praktiserende læge vælger derfor at indlægge hende på den nærmeste internmedicinske afdeling, dels for at få hende udredt, dels for at få lavet en behandlingsplan der tager hensyn til hendes forestående operation. På sygehuset konstaterer de efter adskillige prøver, at hun har muskelgigt, sætter hende i behandling med højdosis binyrebarkhormon og udskriver hende med sigte på at følge forløbet i ambulant regi. Efterfølgende bliver Pernille opereret, og både operation og heling går faktisk fint.

Men Pernilles blodprøver retter sig ikke. På medicinsk afdeling, hvor de med mellemrum ser hende i ambulatoriet, beslutter de, at hun skal undersøges nærmere. I værste fald frygter de, at de skæve tal kan skyldes en anden kræftsygdom, som man endnu ikke har opdaget. I løbet af de følgende måneder får de lavet en ultralydsundersøgelse af Pernilles mave, og man finder lidt vævsfortykkelse på begge sider af blæren. Den radiologiske speciallæge, der laver skanningen, foreslår, at man skal lave en kikkertundersøgelse af tyktarmen. Den internmedicinske overlæge afstår dog fra dette og vurderer, at der i stedet skal foretages CT-skanning af maven og henviser til dette. Men der går flere måneder, før skanningen gennemføres. Den praktiserende læge hører intet fra hospitalet i disse måneder og må selv ringe og rykke for oplysninger.

I denne periode er det ikke kun Pernilles tal, der er skæve. Hun har det rigtig skidt. Hun og familien er i daglig kontakt med den praktiserende læge. Hjemmeplejen fortæller per telefon lægen, at de synes Pernille opfører sig mærkeligt, er 'hurtigkørende', at hendes ben er hævede, og at hun ikke tager sin medicin regelmæssigt. Ved en konsultation finder den praktiserende læge ved selvsyn, at Pernille har fået voldsomt hævede ben, og at hun har udviklet en manisk lignende tilstand. Hvorvidt dette

skyldes behandlingen med binyrebarkhormon, hvortil mani er en kendt bivirkning, eller noget helt tredje, er usikkert. Den praktiserende læge konstaterer igen skæve tal og prøver at udbedre dette ved i samarbejde med hjemmeplejen og apoteket at justere Pernilles vanddrivende medicin og sikre sig, at hun tager medicinen rigtigt. På et tidspunkt i disse måneder bliver den praktiserende læge kontaktet af Pernilles søster, der er bekymret for Pernille. Til en barnedåb har hun opført sig helt mærkeligt, og søsteren frygter, at hun er ved at blive dement eller har fået en blodprop i hjernen. En af lægehusets praksisreservelæger tager igen på et hjemmebesøg og finder, at Pernille er blevet endnu mere 'hurtigkørende' og manisk. Efter aftale med Pernille selv skriver praksis reservelægen til hjemmeplejen for at få dem til at komme på daglige besøg, og desuden starter hun en nedtrapning af binyrebarkhormonet i håb om, at det vil få hende tilbage til sit vanter jeg.

Da CT-skanningen endelig bliver lavet, får den praktiserende læge en elektronisk kopi af skanningssvaret. Skanningen viser dels en proces på højre nyre, der kunne skyldes en blodprop eller en tumor, dels en forstørrelse af den højre æggestok. I beskrivelsen står der, at radiologerne anbefaler en ny ultralydsskanning foretaget af en gynækolog, og at de selv vil lave en skanning af nyren og udtage en vævsprøve. Det fremgår ikke af brevet fra røntgenafdelingen, om de har sørget for, at den gynækologiske skanning er bestilt. Dagen efter kontakter den praktiserende læge den medicinske afdeling telefonisk. De har ikke bestilt skanningen, men lover at gøre det samme dag. En måned efter – og ca. 2½ måned efter der er rejst mistanke om, at Pernille kan have en ondartet svulst – får den praktiserende læge et skanningssvar fra den radiologiske afdeling vedrørende nyrene. I svaret står der, at de ikke vurderer, at der er tale om noget ondartet. Det fremgår ikke, om der er foretaget vævsprøve eller ej for at komme til dette resultat. Desuden modtager lægen et notat om, at Pernille nu har fået tid til skanning hos gynækologerne, men desværre først om 14 dage.

Nu synes den praktiserende læge, det bliver for svært for ham at have overblik over, hvad der foregår, og Pernille er rigtig skidt. Han vælger derfor at indlægge hende på den medicinske afdeling for anden gang.

Da hun bliver udskrevet, får lægen i modsætning til tidligere allerede få dage efter et udskrivningsbrev. De har behandlet hende for en urinvejsinfektion og undret sig over, at hun trods behandlingen med binyrebarkhormon stadig har skæve blodprøver. På den baggrund har de vurderet, at hun nok alligevel ikke har muskelgigt. De har derfor valgt at starte en udtrapning af behandlingen. Derudover har en radiologisk speciallæge revideret CT-skanningen. Det vurderes, at Pernille alligevel ikke kan fejle noget i sin tyktarm, og derfor afbestilles den kikkertundersøgelse, der tidligere var blevet talt om. Der står også, at gynækologerne ikke mistænker noget ondartet i patientens æggestokke, men at de vil indkalde hende til kontrol om tre måneder. Under indlæggelsen har de fundet ud af, at Pernille har en lav blodprocent, har givet hende tre portioner blod og startet

hende op med jerntilskud. Efter patienten er udskrevet, finder de dog ud af, at blodrøerne viser, at hun har fine jerndepoter, hvorfor det ikke giver mening at give hende jerntilskud. Imidlertid er patienten på dette tidspunkt taget hjem, og sygehuset gør ikke noget forsøg på at kontakte hende og informere om dette.

På dette tidspunkt i fortællingen om Pernille udbryder den praktiserende læge:

“Altså, man må ta’ sig til hovedet. Det her kan nærmest bruges til et foredrag. Og så slutter udskrivningsbrevet med “Afsendt uden at være gennemlæst – der tages forbehold for eventuelle fejl og mangler”. Ja, det må man nok sige! Altså, de har sat en patient i jernbehandling, som ikke har jernmangel, og så trapper de hende ud af binyrebarkhormonet, som de selv har sat hende i på et sikkert videnskabeligt grundlag, og siger, at det har hun aldrig haft. Og så siger de: “Farvel og tak!”. Interview, JO

Da den praktiserende læge får beskeden fra sygehuset, skriver han et brev til Pernille og beder hende komme ind til en konsultation for at gennemgå, hvad der er sket, og informere hende om, at hun ikke behøver tage jerntabletter. Det viser sig, at sygehuset ikke har sendt Pernille hjem, men at hun i stedet er blevet udskrevet til en aflastningsplads på et plejehjem. Den praktiserende læge besøger hende så på plejehjemmet.

I løbet af de næste måneder går det nogenlunde for Pernille, til trods for at hendes blodprøver bliver mere og mere skæve. Den praktiserende læge, hjemmeplejen og apoteket får styr på Pernilles medicin og dosisdispensering, og hun selv får det faktisk også bedre og bedre. Den praktiserende læge beskriver samarbejdet med hjemmeplejen og apoteket som godt og tæt.

På et tidspunkt begynder Pernille dog igen at sløje af, og den praktiserende læge vælger at henvise til en anden medicinsk afdeling i regionen, da han i forløbet har mistet tiltroen til hjemmesygehuset. I henvisningen beder han den nye afdeling om at overtage kontrollen og den videre udredning af patienten.

Efter henvisningen er der atter 1½ måneds ventetid på, at Pernille kan blive set i den nye afdelings ambulatorium. Da hun endelig får en tid og får taget nogen prøver, er der problemer med tilbagemeldingen. På et tidspunkt ringer Pernilles søster til den praktiserende læge og fortæller, at det går rigtig skidt med Pernille, og at de ikke har fået noget svar fra afdelingen. Den praktiserende læge har heller ikke hørt noget, og han ringer derfor samme dag til ambulatoriet. Han får fat i en sygeplejerske, der siger, at de ikke ved, hvad Pernille fejler, men at hendes blodprøver er skæve, og at de i går har foretaget en nyrefunktionsundersøgelse (renografi). Lægen kontakter samme dag søsteren med de oplysninger, han har fået og aftaler med hende, at hun selv ringer til sygehuset og rykker for at få en tid til svar. Lidt senere ringer søsteren tilbage og fortæller, at

hun har talt med ambulatoriet på det nye sygehus, og at de har lovet, at Pernille vil få svar i løbet af denne uge.

Efter den besked forestiller den praktiserende læge sig, at der nu er styr på forløbet, og så går han fra på ferie i den tro, at sagen er i orden. Da han kommer tilbage fra ferien, ringer Pernille til ham. Hun fortæller, at hun ikke har hørt noget fra hospitalet, at hun kaster op og har det rigtig skidt. Hun siger også, at de på sygehuset har talt om at sende hende til en særlig nyreafdeling i regionen. Den praktiserende læge ringer til nyreafdelingen og får at vide, at de har tre måneders ventetid på udredning af ambulante patienter. Det, synes han, er helt urimeligt, hvorfor han tager på et hjemmebesøg for ved selvsyn at se, hvordan det går derhjemme. Der finder han Pernille sløj og bleg, siddende i nattøj på sengekanten, mens hun kaster op. Han udtrykker utilfredshed med, at hjemmeplejen ikke har rettet henvendelse til ham om, at Pernille er så dårlig.

Efter hjemmebesøget indlægger han hende for tredje gang, denne gang akut på nyreafdelingen, da han ikke synes, Pernille kan vente længere. Efter at hun har været indlagt en lille uges tid, ringer han til afdelingen for at høre, om hun fortsat er indlagt, og hvad de har fundet ud af. Han får fat i en sygeplejerske, der fortæller, at de ikke ved, hvad Pernille fejler, men at hun har noget nyrepåvirkning. De tænker på, om hun måske har muskelgigt, hvorfor de har startet hende i behandling med binyrebarkhormon.

Sløjfen bliver dermed sluttet, og patienten befinder sig nu et år senere stort set det samme sted, som da man i september året før ligeledes mistænkte muskelgigt og startede behandling med binyrebarkhormon. Til den praktiserende læges glæde fortæller sygeplejersken dog også, at en overlæge på nyreafdelingen har fremskaffet journalerne fra de to andre medicinske afdelinger og har gennemlæst disse for at få et overblik over sagen. Sygeplejersken lover, at hun vil bede overlægen ringe til den praktiserende læge dagen efter for at fortælle, hvilke tanker han gør sig om Pernille. *Case sammenskrevet fra interview, JO*

Aktører på 'scenen'

I dette forløb ser vi, at mange forskellige aktører kan komme på banen i forhold til den del af tovholderrollen, der er knyttet til 'patientens udredning og behandling', dvs. den del, der handler om sikringen af den medicinske kvalitet. I dette forløb optræder således to blandede medicinske afdelinger på to forskellige sygehuse, en radiologisk afdeling, hjemmeplejen, apoteket, en praksisreservelæge, en gynækologisk afdeling, en specialiseret nyremedicinsk afdeling samt sygeplejersker, overlæger og speciallæger fra de respektive afdelinger. Den praktiserende læge forsøger at 'holde styr på' forløbet, som det udspiller sig imellem alle disse aktører. Han er ikke i direkte kontakt med de forskellige involverede parter, men derimod indirekte i form af henvisninger, epikriser og telefonsamtaler, som vi også så det i foregående kapitel. To steder bemærker han, at samarbejdet er godt: Samarbejdet med apoteket og hjemmeplejen om medicinering, og det mulige samarbejde med overlægen på nyreafdelingen, der til sidst nævner, at han vil sætte sig ind i sagen.

Modstand og forhindringer

I det følgende gennemgås de forhindringer, lægen støder på i forsøget på at være tovholder for Pernille med inddragelse af eksempler fra de andre cases under overskrifterne: 'Mellem to stole', 'Tid' og 'Kommunikation'.

Mellem to stole

Allerede fra starten af Pernilles case bliver vi præsenteret for den problematik, vi har forsøgt at samle under overskriften 'Mellem to stole'. Vi refererer med dette begreb til det ikke at tilhøre en bestemt kategori, men at falde mellem flere, hvad enten det omhandler diagnoser, behandlingsregimer, afdelinger, organisationer eller sektorer. Da Pernille kommer hos den praktiserende læge, får han mistanke om, at hun lider af muskelgigt, hvad han normalt vil behandle med binyrebarkhormon. Da Pernille imidlertid umiddelbart inden har fået konstateret kræft og afventer operation, og behandling med binyrebarkhormon har en negativ effekt på heling, bliver lægen fanget 'mellem to stole' – i dette tilfælde mellem to diagnoser: kræft og muskelgigt, hvor behandlingen af den ene har en negativ effekt på den anden. Problemerne forværres yderligere, da der i en længere periode er tvivl om, hvad hun fejler, og i denne tilstand, hvor hun endnu ikke tilhører en diagnostisk kategori, opstår der et væld af forviklinger.

Overordnet peger interviewmaterialet på, at der ofte opstår forhindringer i de forløb, hvor patienten ikke passer ind i de eksisterende kategorier, eller momentant befinder sig mellem kategorier. Eksempelvis kan nævnes et forløb, der omhandler en mand med en knude på halsen, der muligvis er kræft. Den medicinske afdeling mener, knuden stammer fra knoglerne og venter derfor på, at ortopædkirurgerne tager affære og stiller en færdig diagnose, mens kirurgerne venter på, at medicinerne får udelukket, at der er tale om en lunge- eller blodkræftssygdom, hvilket i så fald er et medicinsk ansvarssområde. Resultatet bliver, at patienten dør, uden at der er stillet en færdig diagnose. En del af forklaringen finder de praktiserende læger i den stigende specialisering i sekundærsektoren.

"Det med kommunikationen, som er altafgørende med de terminale patienter, det er virkelig blevet ringe med den nye subspecialisering af afdelingerne. Du kan se ham her. Den stakkels mand, han er jo havnet imellem to stole. Det er det, der er miseren i det hele, og der har ikke været andre end mig til at samle ham op. Så jeg har manglet en gammeldags bred internmedicinsk afdeling, hvor han kunne komme ind og få den omsorg og lindrende behandling, han havde brug for, når han nu skulle dø."

Interview, JO

I forløbet omkring Pernille ser vi ligeledes, at mange af problemerne opstår i grænsefladerne mellem de forskellige afdelinger og hospitaler, hun er tilknyttet. Det handler således også om grænsefladeproblematikker (Seemann og Antoft, 2002). I det øjeblik hun henvises fra en afdeling til den næste, opstår der ventetid, og det groteske i historiens afslutning, hvor det 'sidste' sygehus overvejer en diagnose, som patienten allerede for et år siden blev udredt for på det 'første' sygehus, viser også denne problematik. Yderligere illustrerer forløbet, at den overordnede grænseflade mellem almen praksis og

sygehusvæsen virker som en frugtbar grobund for forhindringer. Dette viser sig ikke mindst i problemer omkring tid og kommunikation, der beskrives i de næste to afsnit.

Ventetid

Tid er et gennemgående tema i Pernilles case. Der går flere måneder, før lægen modtager svar på, hvad man har gjort og fundet ud af på sygehuset, og informationerne får han stort set kun på eget initiativ. Desuden går der flere måneder, før planlagte undersøgelser gennemføres, og igen tid før lægen får besked om resultaterne af disse. Da man overvejer at sende patienten videre til et nyt hospital, opdager lægen, at hospitalet har en ventetid på tre måneder og vælger derfor i stedet at indlægge. Næsten tragikomisk kan nævnes, at den ene gang, hvor lægen fremhæver, at han modtager et udskrivningsbrev rettidigt, er kvaliteten i det arbejde, der er udført, så dårlig, at lægen udbryder: "Altså man må ta' sig til hovedet. Det her kan nærmest bruges til et foredrag. (...). Og så slutter udskrivningsbrevet med "Afsendt uden at være gennemlæst – der tages forbehold for eventuelle fejl og mangler". Ja det må man nok sige!"

Ventetid er generelt den problemstilling, der er blandt de oftest forekommende forhindringer, som fremhæves i materialet: Ventetid på udredning, ventetid på behandling og ventetid på efterbehandling eller rehabilitering.¹³ Der er imidlertid tale om forskellige typer ventetid. Især er det tydeligt, at lægerne skelner imellem ventetid på udredning og behandling af sygdom, der er *ubehagelig og irriterende*, og ventetid på udredning og behandling af sygdom, der er *potentielt livstruende*. Lægerne er således ikke principielt imod ventetider, men i sager, hvor der – som i Pernilles forløb – er mistanke om ondartet sygdom, udtrykker lægerne særlig stor frustration over ventetiderne.

Lægerne skelner mellem en *strukturel ventetid* og en ventetid på grund af *fejl og mangler*. Vi ser, at lægen på et tidspunkt møder ventetid, der omhandler almindelige flaskehalsproblemer, hvor patienten bliver undersøgt og behandlet efter visitation og venteliste – en slags strukturel ventetid. Han vælger da, netop på grund af mistanken om noget potentielt alvorligt, at indlægge patienten. Men når der er tale om mindre alvorlig sygdom, udtrykker flere praktiserende læger en accept af sådanne strukturelle ventetider – eller i hvert fald den holdning, at det er uden for deres domæne at ændre på denne form for ventetid.

En anden slags ventetid opstår i forbindelse med *fejl og mangler*. Henvisninger der ikke bliver dikteret af lægen, henvisninger og journaler der ligger på et bånd og aldrig bliver skrevet af sekretæren, visitationer der aldrig sker, fordi henvisningen simpelthen forsvinder, eller ventetid fordi undersøgelser ikke bliver udført eller planer for udredning ikke er færdiggjort. Det sidste er tydeligt eksemplificeret i Pernilles forløb. Det nævnes,

¹³ I 21 ud af de 27 forløbsbeskrivelser var ventetid et centralt tema. Som et kuriosum skal i den forbindelse nævnes, at 15 af disse forløb primært omhandlede ventetid på udredning, og kun 3 forløb omhandlede ventetid på behandling. De resterende 3 beskrev ventetid på efterbehandling og rehabilitering. Det skal dog samtidig nævnes, at udvælgelseskriterierne af forløb til denne undersøgelse på ingen måde kan hævdes at være repræsentativ for patientforløb generelt, og materialet er tilsvarende for lille til at udtale sig kvantitativt om ventetidsproblemer i det danske sundhedsvæsen. Ikke desto mindre peger materialet på, at de praktiserende læger føler, at de skal være særlig aktive og møder megen modstand i udredningsfasen af patientforløb, hvorimod forløbene typisk bliver mere strømlinede, når patienten har fået en diagnose. Denne fremhævelse af ventetider i udredningsfasen afspejler den generelle udbredelse af "detektivhistorien" som det oftest forekommende plot i mange af forløbsbeskrivelserne omkring medicinsk udredning og behandling.

at hun skal have foretaget en kikkertundersøgelse af tyktarmen på mistanke om en tyktarmstumor, men først da den praktiserende læge indlægger Pernille flere måneder efter, opdager de på hospitalet, at kikkertundersøgelsen ikke er udført og beslutter sig (efter gennemsyn af CT-skanningen) for, at den alligevel ikke skal laves. Ligeledes kommer Pernille til at vente unødigt længe på færdigudredning, da de afdelinger hun tilknyttes, hverken får fulgt op på de undersøgelser, der laves, eller får færdiggjort en undersøgelsesplan. Materialet rummer adskillige lignende eksempler på ventetid, der opstår i forbindelse med fejl og forglemmelser. For eksempel kan nævnes et kræftbehandlingsforløb, hvor patienten ikke indkaldes til kemoterapi, fordi afdelingen har glemt at bestille den nyrefunktionsundersøgelse, der skal foreligge inden behandlingens start.

Opsamlende lægger materialet op til at skelne mellem *ventetid i forhold til alvorligheden af diagnosen* (den frygtede eller den etablerede), samt mellem *strukturel ventetid* og *ventetid på grund af fejl*. Ligeledes kan man med fordel skelne mellem ventetid knyttet til forskellige faser af patientforløbet: *udredning, behandling, efterbehandling/rehabilitering*.¹⁴ Tæt knyttet til problematikken omkring ventetider er problemer med kommunikation, hvilket er beskrevet mere detaljeret i det følgende.

Kommunikation

"Jeg ringer til dem. Det er ikke dem, der ringer til mig. Så taler jeg med en sygeplejerske, og hun ved dårligt nok, hvad der foregår, og journalnotaterne er ikke skrevet." *Interview, JO*

Kommunikation mellem praktiserende læge og sekundærsektor fremhæves som en af de vanskeligheder, der gør den praktiserende læges tovholderfunktion problematisk. Det ses ikke blot i forløbet omkring Pernille, men i stort set samtlige forløbsbeskrivelser. Som det var tilfældet med ventetid, kan der ud fra materialet også udspecificeres flere forskellige former for kommunikationsproblemer.

Ingen eller for sen information

Først og fremmest fremhæves det helt generelle problem, at de praktiserende læger ikke får besked eller ikke får besked i tide, når en patient udskrives fra sygehuset. En endnu mere vanlig problemstilling er mangel på information til den praktiserende læge omkring patientens ambulante forløb, og henvisninger der foregår internt imellem hospitalsafdelinger. Det ses også i forløbet omkring Pernille, hvor den praktiserende læge ikke bliver oplyst om eller hvornår, Pernille bliver henvist til henholdsvis skanning eller kikkertundersøgelse.¹⁵ Lægerne fremhævede på den baggrund, at det for det første voldte dem vanskelighed at bevare et overblik over patienternes forløb; for det andet havde vanskeligt ved at informere og vejlede deres patienter, når disse kom og rådspurgte dem om deres forløb.

¹⁴ I Pernilles forløb har det således udelukkende handlet om ventetid i forbindelse med udredning, – en ventetid der ikke kan udbedres via behandlingsgarantier.

¹⁵ Det skal dog nævnes, at denne problemstilling vekslede i karakter fra sted til sted. De praktiserende læger i for eksempel Fyns amt (Region Syd) modtog kopi af journalnotatet fra patientens ambulante forløb stort set samme dag, som patienten var set i ambulatoriet, hvorimod lægerne i Vestjylland ikke modtog nogen besked fra sygehusets ambulatorier, før end patientens ambulante forløb blev afsluttet.

"Det er også det, der går galt, når de [sygehusafdelingerne] internt henviser mellem hinanden, så ser vi det ikke. (...). Jeg tigger vores afdelinger om at få de ambulante notater, for det er stensikkert, at dagen efter, at patienterne har været til ambulant kontrol, så kommer de ned til mig og spørger, hvad det viste: "Hvad viste det?", "Jamen har du ikke fået det at vide?", "Jo, men jeg vil gerne høre det fra dig også". Så det er en meget væsentlig pointe, synes jeg, at vi ikke får de ambulante notater eller får at vide, om patienten er viderehenvist, så man kan følge patientens gang." *Interview, JO*

'Man kan ikke få fat i nogen'

En anden problemstilling, der fremhæves af langt hovedparten af de deltagende læger, er den vanskelige adgang til hospitalslægerne eller vanskeligheden ved at få kontakt med den person i sekundærsektoren, der er ansvarlig for netop deres patients forløb.

Nogle gange er det bare det helt almindelige, at det er svært overhovedet at få kontakt med afdelingen. Det er svært at få én, der vil tage ansvar. Du får en sekretær, som siger: "Jamen, han er her ikke" eller "Jeg skal få ham til at ringe" eller et eller andet. Det kan være svært at få fat i den rigtige. Den relevante eller bare én der vil tage ansvaret. Altså du ved: "Jeg kender ikke patienten", "Jeg har kun gået stuegang på ham i dag, jeg kender ham ikke". Ikke noget med: "Det skal jeg nok tage mig af." *Interview, JO*

I forløbet omkring Pernille beretter den praktiserende læge ligeledes om dette problem i forbindelse med vanskelighederne ved at få oplysninger om, hvad der er foregået under hospitalsindlæggelsen på hjemmesygehuset.

Dobbeltarbejde

Dobbeltarbejde i forbindelse med udredning af patienter blev også understreget i nogle af de valgte cases. Som eksempel kan nævnes en kronisk lungepatient, der henvises til medicinsk afdeling. I løbet af indlæggelsestiden vælger afdelingen, at patienten skal henvises til lungemedicinsk afdeling for at få lavet en lungefunktionsundersøgelse. Ikke desto mindre har den praktiserende læge netop foretaget denne undersøgelse i praksis, uden at afdelingen overvejer, at de kan bruge den. En anden læge bruger udtrykket, at samarbejdet ikke foregår i øjenhøjde, dvs. han oplever ikke, at hans arbejde anerkendes.

"Jeg synes ikke, det er i øjenhøjde. Det at de for eksempel siger: "Det må du tage dig af, det der blodtryk". De hører mig ikke... sygehuset er meget handleagtige med mange avancerede undersøgelser." *Interview, JO*

Dette og lignende eksempler bidrager til de praktiserende lægers kritik af sekundærsektoren, idet lægerne for det første oplever det som et unødvendigt ressourcespild, for det andet opfatter at deres arbejde ikke anerkendes.

Opsummerende kan siges omkring kommunikation, at lægerne fremhæver, at de ofte ikke får tilstrækkelig og tidssvarende information omkring sekundærsektorens tiltag i forhold til deres patienter. Desuden opfatter de praktiserende læger det generelt som vanskeligt at få kontakt med den eller de personer på sygehuset, som er velinformerede og ansvarlige for deres patienters forløb. Slutteligt fremhæves, at der ofte sker dobbeltarbejde, idet sekundærsektoren sjældent trækker på den information, der allerede er indsamlet af den praktiserende læge, og at kommunikationen ikke foregår i øjenhøjde.

Der er dog også i de valgte cases enkelte positive eksempler på, hvordan den praktiserende læge kan fungere som tovholder, når kommunikationen imellem primær- og sekundærsektor har fungeret godt, og der er sket en tidsmæssig relevant udveksling af undersøgelsesresultater. Eksempelvis fremhæver en læge et eksempel på en patient, der er opereret for brystkræft, og som har smerter i den ene hofte. Den praktiserende læge er bekymret for, om smerterne skyldes, at patienten har fået knoglemetastaser, men inden han bestiller en knoglescintigrafi for at komme spørgsmålet nærmere, ringer han til den kræftafdeling, der følger patienten. De fortæller, at de allerede har bestilt scintigrafien, men lover at kontakte ham, når svaret foreligger. Da svaret kommer, ringer den ansvarshavende overlæge til den praktiserende læge med oplysninger om, at scintigrafien ikke giver mistanke om knoglemetastaser. Ikke desto mindre er den praktiserende læge fortsat bekymret, idet patienten klinisk set ikke er rask og har suspekterede smerter i lænd og hofte. I samarbejde med overlægen aftales det derfor at undersøge patienten nærmere med en magnetskanning for at være helt sikker på, at der ikke er tale om knoglemetastaser. Dette eksempel viser, hvordan kommunikation og samarbejde mellem primær- og sekundærsektor er en forudsætning for tovholderrollen.

Tovholder kompetencer

Informationsknudepunkt

"Den praktiserende læge er den eneste, der får alle informationer og har dem samlet ét sted. Sygehuset får jo ikke informationer fra speciallæger ude i byen. De praktiserende læger er de eneste, der får samlede meddelelser fra alle behandlere: fysioterapeuter, ambulatorier, hjemmepleje m.fl. Patienten har jo mange behandlere, men den eneste, der får meddelelser fra alle behandlere, det er den praktiserende læge." *Interview, JO*

I forbindelse med funktionen som "informationsknudepunkter" nævner en af lægerne deres afhængighed af velfungerende informationsteknologi og patientens hukommelse:

"Et godt elektronisk journalsystem, der giver overblik og en god kontakt til vores patienter. Patienten er vores vigtigste hukommelse. Det er patienten selv, der skal huske sin kontroltid. Det er patienten selv, der skal huske at ringe og høre prøvesvaret, og det er patienten selv, der skal huske at tage sin medicinliste med ved indlæggelser, eller når de kommer tilbage, efter at nogen har ændret i medicinen." *Interview, JO*

I Pernilles forløb ser vi, hvordan lægens overblik, eller mangel på samme, beror dels på elektronisk samling af informationerne fra sekundærsektoren, dels på hans tætte kontakt med patienten, familien og hjemmeplejen. Når disse informationskilder kikser, som

det sker omkring lægens ferie, hvor hverken hospitalet, patienten eller hjemmeplejen underretter ham, opstår der et slip i patientens forløb, hvor lægen ikke længere har hånd i hanke med, hvad der foregår. Problemstillingen omkring den praktiserende læges afhængighed af, at patienten selv kontakter dem, for at de kan holde styr på deres forløb, fremstår i mange af de udvalgte cases. Således fremhæves både den tætte patientkontakt og et godt journalredskab som vigtige brikker, for at lægen kan samle alle relevante informationer vedrørende patienten og bevare det overblik, der kræves for at fungere som tovholder.

En af de deltagende læger satte denne problemstilling på spidsen, idet hun var af den opfattelse, at hvis de praktiserende læger "for alvor" skulle fungere som tovholdere i forhold til de mange kroniske patienter, måtte lægerne have både vilje og redskaber til at holde fast i de patienter, der ikke jævnligt kommer i praksis. Hun fremhævede, at man som praktiserende læge nok er i stand til at hjælpe og forholde sig til de patienter, som har deres gang i praksis, hvorimod den del af ens population, som ikke går til læge, er langt sværere at være tovholder for. I sit valg af cases havde denne læge eksemplificeret dette ved at udvælge to cancerpatienter, hvor den ene ikke jævnligt kom til kontrol. Lægen fik således kun oplysninger om hendes forløb via epikriserne fra hospitalet. Da denne patients forløb gik skævt ved, at hun ikke blev indkaldt til kontrol på sygehuset, havde lægen således ingen mulighed for at rette på det. Først da patienten efter adskillige uger begyndte at undre sig over, at hun ikke blev indkaldt til hospitalet, gik hun til sin egen læge, der så først på det tidspunkt fik rykket for at få patienten indkaldt. I det næste af de udvalgte forløb fortæller lægen, hvordan hun syntes, at hun via det første forløb har lært noget om vigtigheden af, at hun som praktiserende læge også holder fast i de patienter, der følges i sekundærsektoren, og ser dem jævnligt, så hun har mulighed for at intervenere, hvis noget går skævt. Hun argumenterer dermed for, at kompetencen som informationsknudepunkt skal være et aktivt arbejde, og at lægen ikke kan forvente, at informationerne kommer af sig selv.

At trække i tråde og presse på

At presse på, at rykke for noget, at 'trække i tråde' er nogle af de udtryk, der kommer op igen og igen, når de praktiserende læger beskriver deres funktion som tovholdere. Dette ses også i Pernilles case, hvor den praktiserende læge på forskellig vis rykker for næsten alt, hvad der kan rykkes for. Han rykker for at få udskrivningsbreve og journaloplysninger. Han rykker for at få henvist patienten hurtigt, da der i røntgenbeskrivelsen står, at hun bør ses af gynækologerne. Han rykker for at få svar på de prøver, der er taget på den nye medicinske afdeling, ved at få søsteren til at ringe til afdelingen. Ligeledes presser han på for at få Pernille udredt ved at indlægge hende i stedet for at vente tre måneder på ambulant udredning ved regionens særlige nyreafdeling. Denne funktion hænger tæt sammen med spørgsmålet om ventetid, der er beskrevet i det ovenstående, og som igen og igen fremhæves af de praktiserende læger som en problemstilling i deres arbejde med og ønske om at skabe 'det gode patientforløb'.

Den praktiserende læge fortæller, at han i sager som disse typisk ringer til sekretariatet på afdelingen og rykker for at få et udskrivningsbrev. Ofte er udskrivningsbrevet så enten ikke dikteret, eller også ligger det stadig på et bånd, som ingen sekretær endnu har haft tid til at udskrive. Når han

ikke kan få udskrivningsbrevet, beder han i stedet om at få faxet hele journalen. Denne, fortæller han, er ofte heller ikke skrevet endnu, men ligger bare på et bånd. Hvis han føler, det er tilstrækkelig vigtigt at få journaloplysningerne, prøver han så at få presset igennem, at lægesekretærerne får skrevet båndet ud og faxer ham journalen. Hvis han, efter at have læst journalen, stadig ikke kan finde ud af, hvad der er sket, og hvad planen er, ringer han til en af lægerne på afdelingen for at høre nærmere. Alt i alt kan dette opsporende arbejde nemt tage en hel formiddag. *Noter fra interview, JO*

I forbindelse med de praktiserende lægers arbejde med at presse på, trække i tråde, eller hvad man vælger at kalde det, benytter lægerne sig sommetider af, hvad man kunne betegne som *"alternative veje"*. Med alternative veje mener vi 'short cuts', 'ho chih minh stier'¹⁶, personlige kontakter man har erfaring med fungerer, dvs. forsøg på at skabe overblik eller handling ad andre kanaler end de foreskrevne i den pågældende situation.

En af lægerne i interviewundersøgelsen havde således et eksempel på et positivt forløb, hvor alt var gået efter bogen. Da han skulle opsummere, hvorfor det gik så godt, fremhævede han især, at patientens kone var sekretær på sygehuset og derfor kunne bruge sine kontakter til at få forløbet på skinner. I det beskrevne forløb om Pernille ser vi for eksempel, at den praktiserende læge følger op på et svar fra røntgenafdelingen med en opringning til medicinsk afdeling for at høre, om de har lavet den henvisning som røntgenafdelingen foreslår. Når han ikke har fået rettidig besked fra sygehuset om, hvad der foregår i patientens sag, ringer han og rykker for svaret. Da han på et tidspunkt synes, at han ikke længere kan tage ansvaret for patienten, og han ikke føler, han har det nødvendige overblik, indlægger han hende. I den forbindelse siger han selv om sin tovholderfunktion:

"Jeg går med patienten som et tredje familiemedlem, og så har jeg lokalkendskabet til det nære, altså hjemmeplejen og apoteket, og så har jeg tråde ud i det ydre sundhedsvæsen og muligheden for at ringe op mere end alle mulige andre. Så det jeg kan [når jeg ringer], som søsteren ikke kan, er, at jeg har min lægelige kasket, der trods alt gør, at jeg kan handle. Jeg kan indlægge. Jeg kan straffe dem. Sige, at hvis de ikke opfører sig ordentligt, så indlægger jeg patienten, og så kan de få den." *Interview, JO*

Et andet eksempel på at forsøge en alternativ vej foreligger, når lægen henviser Pernille til en anden medicinsk afdeling, end hvor hun normalt følges og hører til, eftersom han på det tidspunkt er kommet til den konklusion, at de ikke tager ordentligt hånd om hendes forløb på hjemmesygehuset.

¹⁶ Janne Seemann, personlig samtale. Dette udtryk 'ho chih minh stier' er meget præcist, fordi det beskriver, hvordan alment praktiserende læger (og muligvis andre sundhedsfaglige aktører) betjener sig af en slags 'guerillavirksomhed' i forhold til, hvad 'systemet' eller 'guidelines' anbefaler for at få tingene til at fungere.

At give stafetten videre

Det at overdrage patienten til andre er endnu et tema, der hyppigt drages frem af de praktiserende læger. I modsætning til de foregående eksempler på kompetencer handler det her om at overgive ansvaret eller tovholderfunktionen til andre. Det ses i denne case eksempelvis, da den praktiserende læge i begyndelsen indlægger patienten på mistanke om muskelgigt for at få den medicinske afdeling til at tage ansvaret for at planlægge en udredning og behandling, der ikke er i konflikt med den forestående operation. Ligeledes forsøger han at overdrage ansvaret for patientens udredning, da han indlægger Pernille, fordi han ikke længere føler, han har overblikket. Om denne indlæggelse siger han:

”Så bliver det for broget for mig. Nu kan jeg ikke finde ud af det længere, og den 16. januar indlægger jeg hende så. Hun har forhøjede infektionsparametre, hun sveder og jeg kan ikke forstå, hvorfor den der sænkning bliver ved med at være så høj.” *Interview, JO*

Den øgede specialisering og de hurtige indlæggelsesforløb fremhæves som årsager til, at sekundærsektoren er blevet mindre god til at færdigudrede de patienter, der henvises. Lægerne oplever, at det ansvar, de forsøger at overdrage, ikke bliver taget, men tværtimod kastet tilbage til dem. En af de interviewede læger siger:

”Ja, det er blevet værre. Sådan noget siger gamle folk jo altid, så nu føler jeg mig gammel, men det er blevet værre på den måde, at man skal forholde sig til flere afdelinger, og det er jo en hel velkendt ting, at i gamle dage så ville sådan en patient være færdigudredt på det lokale sygehus – med det lokale sygehus som tovholder og overlæge Olsen. Så ville overlæge Olsen have sat sig ned og læst på journalen en gang imellem og sagt: ”Jamen, det har vi da ikke styr på, vi skal have lavet en CT-skanning”, og så ville han have fået svaret, og så ville han have tænkt videre, og jeg ville til en hver tid kunne være gået over og talt med overlæge Olsen og hørt hvordan det gik, for han havde styr på sine patienter. Nu fi-ster de [patienterne] rundt mellem en hel masse søde og rare mennesker, som ikke har taget stafetten... (...). Da jeg var reservelæge på medicinsk afdeling i sin tid, så fik vi af og til sådan en murstensjournal i hånden og at vide: ”Resumer den. Det er din opgave”. Jeg har indtryk af, at det ikke er en sport, vi dyrker mere. Der kommer bare en fortravlet læge ind på en afdeling og ser, at der er jo forhøjede nyretal, og så videre til nyrelægerne. Ny specialafdeling.” *Interview, JO*

Flere læger beskriver også, at sygehuset kun afklarer, om patienten lider af netop den sygdom, som lægen har henvist dem for. Gør patienten ikke det, sendes han/hun tilbage til den praktiserende læge, der så må genhenvise under en ny diagnose, i stedet for at de internmedicinske afdelinger som tidligere påtager sig ansvaret for at færdigudrede

patienten.¹⁷ At forsøge at opsummere patientens forløb og få dem overdraget til sekundærsektoren påpeges således også som en af de kompetencer, der kræves af de praktiserende læger som tovholdere.

4.3 Tovholder i forhold til patienten, familien og den specifikke situation

Den praktiserende læge som patientens tætteste allierede og tovholderfunktionen karakteriseret ved omsorg, empati og evnen til at favne patienten som helhed frem for snævert at fokusere på diagnostik og behandling er den anden tovholderfortælling. Denne fortælling udspringer af det perspektiv på helbredelse, der blev udlagt i forrige kapitel: Helbredelse som transformativ rejse. I disse fortællinger fremhæver lægerne, at de qua deres tætte kontakt med patienten og familien kan medvirke til, at patienten får et forløb, der passer til dem og deres situation. Således illustrerer den nedenfor beskrevne case, hvordan de læger, som fremhævede denne tovholderrolle, lægger vægt på, at "det gode forløb" ikke blot handler om at sikre eksakte udredningsprogrammer og avancerede behandlinger, men også om det individuelt tilpassede og om at hjælpe i den livskrise, det er at blive alvorlig syg.

For at illustrere, hvordan man er tovholder i forhold til patienten, familien og situationen, har vi nedenfor beskrevet et forløb, der omhandler en ældre mand, som bliver lammet fra lænden og nedefter. Historien beskriver, hvordan den praktiserende læge hjælper ham igennem dette forløb og støtter ham under den omstilling, han og familien skal igennem for at genfinde tilværelsen efter en så voldsom forandring af hverdagen. Som i det ovenstående har vi efter gennemgangen af casen i detaljer udspecificeret, hvilke problemstillinger der kendetegner de cases, hvor lægen særligt vægter denne tovholderfortælling, samt hvilke kompetencer der fremkommer som særlig centrale for den praktiserende læge.

Patienten hedder Peder og er en ældre, men utrolig rask og rørig mand på 76 år, der ind til for få måneder siden har arbejdet med i området omkring landsbyen, hvor han bor. Han er født og opvokset i landsbyen og har et stort og godt netværk der. Lægerne i praksis kender både Peder og hans kone rigtig godt, idet de begge i en livstid har været patienter i praksissen.

En morgen i telefontiden ringer Peders kone og fortæller, at den er hel gal med Peder. Han står ude i køkkenet og kan ikke røre sig. Da Peder og hans kone Inge er kendte som patienter, der absolut ikke beklager sig, og ikke kunne drømme om at ulejlige lægehuset med en opringning af den karakter, uden der virkelig var noget galt, tager egen læges kollega straks på et akut hjemmebesøg. Han finder Peder stående i køkkenet ude af stand til hverken at røre sig eller at forklare, hvad der er sket. Peder nævner både noget om badminton hele vinteren, et færdselsuheld for nogen tid siden, og noget med vinduespudsning og snerydning.

¹⁷ Jf. den mulige negative spiral i grænsefladeproblematikker, som fører til øget pres i begge sektorer (Gannik 2004; Olesen 2005).

Lægen giver ham noget medicin, og de aftaler at snakkes ved dagen efter, hvis ikke det er blevet bedre. Det er det ikke, og lægen kører derfor igen på et hjemmebesøg, men er fuldstændig i vildrede med, hvad Peder fejler. Besøget ender med, at han indlægger Peder akut. På sygehuset får man ved hjælp af et skanningsresultat mistanke om, at Peder har en kræftsvulst, der klemmer og truer med at ødelægge nervebanerne i rygmærven (tværssnitssyndrom). Mens de observerer Peder, udvikler han kraftnedsættelse i benene og får problemer med at styre dem, hvilket medfører, at han bliver opereret akut af neurokirurgerne. I sin beskrivelse af forløbet fortæller den praktiserende læge her, at han er lidt ulykkelig over, at de på sygehuset har ventet så længe med at operere Peder, idet man måske kunne have reddet hans førlighed, hvis han var blevet opereret tidligere. Ligeledes udtrykker han utilfredshed med den måde, man i brevene fra sygehuset til ham har beskrevet Peder på. Efter operationen skriver neurokirurgerne for eksempel "bedre kraft i begge ben", til trods for at Peder funktionelt er lammet fra livet og ned.

Via Peders venner og bekendte i lokalsamfundet, der også er patienter i lægehuset, hører egen læge fra flere sider, at Peder har det rigtig dårligt. Han ringer derfor til Inge, Peders kone, for at høre, hvad der foregår. Efter den samtale tager han ud på hospitalet for at besøge Peder, der fortsat er indlagt på den neurokirurgiske afdeling. Det bliver efter lægens ud-sagn til et langt og rørende besøg, hvor Peder fortæller om, hvor svært det er for ham at være blevet lammet, men også om hvor godt hans kone og søn har hjulpet ham igennem hele forløbet. I deres snak på sygehuset fortæller Peder også om, hvornår gerne han vil hjem, og den praktiserende læge taler derfor med sygeplejerskerne på afdelingen om at få lavet en udskrivningsplan, sådan at Peder snarest muligt kommer hjem og får den hjælp, der skal til, i hjemmet (hjemmefysioterapi, hjemmepleje og diverse hjælpemidler).

Efter nogle dage kontakter Inge igen den praktiserende læge og fortæller, at Peder er blevet overflyttet til en geriatrisk afdeling, og at de er helt ulykkelige over, at han skal ligge der. Hun synes, det bare er opbevaring, og at der hverken er nogen genoptræning, pleje eller behandling.

"Og så går der en hel masse i gang, nærmest en kamp mellem afdelingen, Peder og hans kone om, at han gerne vil hjem. [Hospitalslægerne siger] "Det kan du i hvert fald ikke klare", og så er der nogen af de der læger, der siger: "Så er det gået mod givet råd og vejledning" og alt det halløj. Så ringer jeg til en læge og siger: "Hvad skal han ligge hos jer for, han har det skidt og dårligt, og de har sagt til mig, at der sker ikke noget inde hos jer". Der sker jo ikke en skid på en geriatrisk afdeling, og dem der ligger ved siden af, de er smådemente og konfuse, og der ligger Peder. Det skulle hedde sig, at det er sådan et godt optræningssted, men der sker ingenting. Så der går jeg lidt i aktion og ringer med lægen og med konen og siger: "Hvad skal der ske?". Og så er jeg i kontakt med sønnen og med sygeplejerskerne på afdelingen og siger: "Ja, men det er da hans kone, der passer ham inde hos jer. Så prøv da at få ham hjem på

besøg i påsken, for nu er han også kommet sig så meget, at han kan sidde i en stol". Og de siger "Mmmjahh, men det er patienten, der bestemmer" og sådan noget. Altså her ude fra, jamen jeg forstår ikke sygehuset, altså hvor er hjertet henne? Hvor er den helt almindelige dømmekraft?"
Interview, JO

Til slut lykkes det, at Peder kommer på et hjemmebesøg nogle dage, og den praktiserende læge har sammen med sønnen og konen sørget for, at både hjemmeplejen, ergoterapeuten, sønnen og lægen selv er til stede og tager imod Peder, den dag han kommer hjem. I løbet af dagene derhjemme bliver både Peders og hans kones humør meget bedre. Kort efter udskrives han fra hospitalet, og i den næste tid tager den praktiserende læge på hjemmebesøg først hver 14. dag og senere en gang om måneden. Besøgene handler primært om, hvordan familien har det i den nye situation, og om at tale deres sorg over Peders lammelse igennem, men også om deres glæde over de ting, de alligevel kan. Desuden holder den praktiserende læge styr på, at han får de rette tilbud af genoptræning, at han får en ordentlig smertedækning og kommer til løbende kontroller og behandling på den hæmatologiske afdeling for den blodkræftsygdom, der var årsagen til, at Peder blev lammet."

I den næste tid tager forløbet efter egen læges udsagn en god drejning. Peder kommer til genoptræning og til kontroller. Samarbejdet med hæmatologerne fungerer fint, og de melder tilbage til egen læge, hvad de gør, og hvordan det går. Og parret, Peder og Inge, begynder langsomt at finde ud af det igen og får etableret sig omkring den nye situation. Folk fra nabolaget kommer forbi og hjælper dem. De får en kørestol og genoptager langsomt store dele af det liv, de havde, før Peder blev syg. Peder giver overfor den praktiserende læge udtryk for, at når bare hans liv kan fungere på dette niveau, så kan han godt klare det. *Case sammenskrevet fra interview, JO*

Aktører på scenen

I fortællingerne om at være tovholder i forhold til patienten, familien og situationen står især patienten i centrum, men også den nærmeste familie. I denne case er det således Peder og hans kone Inge, der er de primære aktører. Men vi hører også om en søn og om patientens venner og bekendte i lokalsamfundet, der også er patienter i lægehuset og dermed bidrager til lægens viden om Peters situation.

Modstand og forhindringer

I analysen af denne grundfortælling, som den udspiller sig i denne og andre cases, har vi fundet, at modstanden i denne fortælling ikke opleves fra de primære aktører (nævnt ovenfor), men derimod fra de primære aktører i de to andre fortællinger: hospitalet og kommunen.¹⁸ Her genfinder man mange af de problemstillinger, der er beskrevet i det

¹⁸ Når dette er sagt, skal det dog nævnes, at flere læger eksplicit udtrykte, at de ikke ønskede at fremstille deres kollegaer i sekundærsektoren og kommunen negativt, og at samarbejdet i mange tilfælde fungerede rigtig godt, men strukturen og kulturen ikke altid befordrede et glat samarbejde.

ovenstående og det følgende afsnit, om end fokus i disse fortællinger er lidt anderledes. Det handler her ikke så meget om, hvordan systemerne og rutinerne i de store organisationer lægger hindringer i vejen for det gode medicinske eller socialmedicinske arbejde, men om hvordan systemerne ikke anerkender det enkelte menneske og den proces, det er for patienter og deres familier at håndtere og leve med sygdom. Forholdet til og kontakten med patienten og familien beskrives som selve kernen i faget – som det, der gør det værd at være praktiserende læge, og det de praktiserende læger er gode til.

I det følgende vil vi skitsere den modstand og de forhindringer, lægen beretter om i forhold til at være tovholder for patienten, familien og den specifikke situation.

Effektivitet i almen praksis

Blandt de læger der fremhævede denne fortælling, fremhæves gang på gang problemet omkring at skaffe tid til den enkelte i en hverdag, hvor der stilles stigende krav om effektivitet og øget produktion. Det tager tid at tage på hjemmebesøg, tid at have en samtale, tid at inddrage familien, og denne tid går fra det mere konkret målbare arbejde, der er fokuseret på i for eksempel ydelsesstrukturen omkring den almene praksis. Det skal dog nævnes, at (i modsætning til hvad vi havde forventet inden interviewrun- den) kun én læge nævnte ydelsesstrukturen som afgørende for de praktiserende lægers vilje til at tænke i forløb frem for enkelte ydelser. De øvrige læger fremhævede i stedet arbejdspresset som begrænsende for deres mulighed for at involvere sig dybere i hvert enkelt patientforløb.

Det brede versus det smalle sygdomsbegreb

I sagen omkring Peder fremhæves det, at sekundærsektoren og den praktiserende læge har to forskellige dagsordener. Den praktiserende læges fokus på det brede sundhedsbegreb og ønsket om at hjælpe Peder og hans kone bedst muligt igennem krisen kommer i konflikt med hospitalets fokus på levere en 'state of the art' behandling, hvilket må være forklaringen på, at de overflytter Peder til en genoptræningsafdeling i stedet for at imødekomme den praktiserende læges pres for at få Peder udskrevet. Lægen opsummerer forskellen på hospitalets og hans eget syn på patienten: "På sygehuset ser nogen ham som en gammel mand. Nogen ser ham som en syg mand. Jeg ser ham som en hel mand."

Den opfattelse, at sekundærsektoren og kommunen opererer langt mere i systemer og er mindre egnede til at tage hensyn til den enkelte, genfindes i flere af de forløbsbeskrivelser, som de deltagende læger havde udvalgt. Det fremhæves således, at en del af lægens rolle i disse forløb er at trække i patientens retning og sikre, at han/hun får de tilbud, der er bedst for netop hans/hendes situation.

Tovholderkompetencer

Som i det ovenstående afsnit genfindes temaer omkring ventetid, at presse på, kommunikation og koordinering af tiltag i forskellige sektorer og afdelinger som en del af det at sætte patienten, familien og situationen i centrum. Men lægerne vægter i denne type tovholderfortælling de blødere sider af lægefaget. Således også Peders læge, der dels fremhæver sin rolle som patientens støtte i det svære forløb, dels hvordan han arbejder med at hjælpe både Peder og familien igennem krisen. Da vi i forrige kapitel analyserede disse aspekter af helbredelse i almen praksis ved brug af begrebet 'den transformative rejse', vil der i det følgende forekomme gentagelser.

Kendskab, tillid og empati

Lægens kendskab til sin patient fremhæves i starten af historien som noget af det, der hjælper lægen i det diagnostiske arbejde, idet Peders symptomer straks tages meget alvorligt, eftersom han ikke er kendt som en, der går til lægen med 'ingenting'. Derudover domineres historien af, at lægen ud over det personlige læge-patient kendskab også kender patientens netværk, dvs. ægtefællen, sønnen og vennerne i landsbyen. I sit arbejde med patienten benytter lægen sig af dette kendskab til at få oplysninger om, hvad der foregår og til at mobilisere netværket for at støtte op omkring Peders sygdomsforløb.

Ud over kendskabet til patienten, familien og netværket fremhæver fortællingen læge-patient forholdets tæthed og tillidsfuldhed som baggrunden for, at lægen involveres på et så nært og personligt plan i patientens krise. I tillæg til de hårdere biomedicinske kompetencer udfolder ovenstående case – og mange af de øvrige cases i materialet – således en vifte af langt blødere kompetencer, som tovholderrollen kræver. Stort set samtlige deltagende læger vægtede den praktiserende læges evne til at etablere et tillidsforhold som en kernekompetence for såvel tovholderrollen som faget almen medicin generelt.

Sidst nævnes eksplicit lægens evne til at leve sig ind i patientens problemstilling som en af de ting, der kræves for at være en god tovholder, eller implicit kommer det frem i lægens fremstilling af forløbet. Den læge, der havde fulgt Peder, siger for eksempel på et tidspunkt, hvad der er vigtigt, når man arbejder med mennesker i krise: "Det er det her med, hvad du tror, mennesker tænker, eller hvordan du tror, de har det."

Lægerne fremstiller således deres evne og lyst til at involvere sig i patienterne som en af den praktiserende læges kernekompetencer, herunder det der kræves for at hjælpe patienten bedst muligt i den specifikke situation. I fortællingen om Peder fremhæver lægen igen og igen, hvordan hans tovholderfunktion i høj grad drejer sig om at skabe sammenhæng for patienten og give denne en følelse af at være i sikre hænder og at blive 'taget sig af'.

"Jeg synes da, det er vores [praktiserende lægers] adelsmærke, at vi er tovholdere. Jeg tror, at det, folk har brug for i kaos, er struktur. Det er ikke psykologisk hverken det ene eller det andet eller femte. Det er struktur. Dybt kriseramte mennesker har brug for struktur". *Interview, JO*

Citatet viser, hvordan lægen ser sin tovholderrolle som en af de ting, der er med til at hjælpe patienten igennem krisen og ikke blot som en teknisk funktion, der skal sikre, at udredning og behandling følger guidelines og målsætninger for 'best clinical practice'. Således understreger denne og næsten samtlige af de øvrige deltagende læger, at en meget væsentlig del af tovholderrollen handler om at involvere sig og behandle mennesket og ikke blot i sygdommen.

Kommunikation som terapeutisk værktøj

Det er de kommunikative kompetencer, der i den ovenstående fortælling er lægens vigtigste redskab i forsøget på at hjælpe patienten igennem krisen. At samtalen er et terapeutisk værktøj, går igen i adskillige af materialets forløbsbeskrivelser. Om en pati-

ent, der netop er blevet udskrevet efter alvorlig sygdom, siger en af de deltagende læger således:

”Så hun er jo vildt ramt af forandring, altså af krise. Det er der jo ingen, der har spurgt hende om på sygehuset. Så det sidder vi og taler lidt om, og det er sådan noget, jeg kan, det med at tale med patienter i krise. Derinde [på sygehuset] har man fuld fart på, bare: ”Hvad gør vi, hvad gør vi, hvad gør vi.” *Interview, JO*

Lægen fremhæver, hvordan han bruger samtalen til at hjælpe patienten igennem et sygdomsforløb. Altså igen fokus på det individuelle, det eksistentielle og det menneskelige som forudsætning for, at noget kan kaldes ’et godt forløb’.

Oversætter

Et andet aspekt af kommunikation, som adskillige læger fremhæver som tovholderkompetencer i forhold til patienten, er at ”oversætte” de ting, der foregår i sekundærsektoren for patienterne, så de føler sig informerede og trygge ved deres forløb. De praktiserende læge oplever her, at de udfylder et kommunikationshul:

”Patienterne henvender sig jo ikke til lægerne på sygehuset, hvis de ikke synes, de bliver behandlet ordentligt, eller de ikke forstår, hvad der foregår. Det gør de ikke af den simple grund, at de ser så mange forskellige læger på sygehuset. De kan jo ikke engang huske, hvad de læger, de har talt med, hedder.” *Interview, JO*

Den citerede fremhævede også, at de praktiserende læger rent kvantitativt brugte mere af deres dag på direkte patientkontakt, og at de måske derfor havde mere træning i kommunikation. Flere læger gav udtryk for, at de syntes, at almen praksis arbejdede med et bredere sundhedsbegreb end sekundærsektoren, og at de derfor var mere vant til at tænke patienten ind i en social, psykologisk og arbejdsmæssig kontekst, der gjorde, at patienten følte sig taget hånd om.

4.4 Tovholder i forhold til de udsatte patienter og de sociale aspekter af sygdom

Udgangspunktet for denne fortælling er et socialt perspektiv på sygdom (sickness), men et socialt perspektiv fra en klinisk synsvinkel, dvs. det er formet af, hvad lægen formår at gøre i forhold til den position, han er placeret i. De cases, hvor denne tovholderrolle fremhæves, er derfor af to slags: 1) Det handler om at udføre de to hidtil beskrevne tovholderroller i forhold til patienter, der er særligt udsatte, og 2) Det handler om at tage hånd om de sociale årsager til og konsekvenser af sygdom, i det omfang det er muligt fra lægens kliniske position.

Patienter, der mangler lysten, kraften eller evnen til at tage hånd om deres egen situation og sygdom, blev fremhævet som en gruppe, der stiller ekstra krav til den praktiserende læge. Som eksempler nævnes patienter, der taler dårligt dansk, har misbrugsproblemer, er ældre eller socialt marginaliserede. Det blev fremhævet, at disse grupper ofte ikke formår at presse på, hvis de bliver glemt i systemet, hvilket fører til dårlige

forløb. Ligeledes blev det understreget, at disse grupper ofte har svært ved at forstå eller gengive de beskeder, de får af diverse læger og behandlere, hvilket stiller store krav til kommunikationen behandlerne imellem, da man ikke kan forvente, at patienten skal fungere som budbringer.

Stort set alle de deltagende læger nævnte, at disse patienter kræver mange af deres knappe ressourcer. Enkelte læger gik skridtet videre og placerede deres ansvar for de svageste patientgrupper som den centrale del af deres virke som tovholdere. Dette perspektiv på tovholderrollen hang sammen med den opfattelse, at de ressourcestærke patienter til en vis grad evner at være tovholdere i deres egne forløb, idet de personligt eller i deres familiemæssige og sociale netværk kan udføre mange af de tovholderfunktioner, der er beskrevet hidtil. De svageste grupper magter ikke at påtage sig den samme form for ansvar for deres eget forløb. Flere af lægerne mente endvidere, at denne problemstilling tiltog i hyppighed som følge af den nuværende samfundsudvikling.

Den anden del af denne tovholderfortælling handler om at tage sig af de sociale aspekter af sygdom eller de sociale eftervirkninger af sygdom såsom sygemeldinger, pensionssager mv. I følgende case er de to 'sociale aspekter af tovholderrollen' ofte sammenfaldende.

Forløbet omhandler en kvinde, der ifølge den praktiserende læge tilhører kategorien 'somatiserende patient', altså en patientgruppe med fysiske klager, som ikke kan forklares biomedicinsk. Kvinden bliver på baggrund af adskillige traumatiske oplevelser og en skrøbelig psykisk statustilkendt en førtidspension. Fortællingen illustrerer, hvordan lægen støtter patienten gennem den medicinske og socialmedicinske udredning, hvordan han arbejder terapeutisk med patientens somatisering og hans forståelse for patientens svære sociale og psykiske situation.

Dette forløb drejer sig om en kvinde, Gitte, på 63 år. Lægen har kendt hende i 53, først som barn og siden som hendes læge igennem næsten 30 år. I beskrivelsen af Gitte fremgår det tydeligt, at han har et indgående kendskab både til hendes sygdom, historie og personlighed. Han fortæller, at hendes farfar havde en stor forretning i byen, som hendes far og siden hen hun selv arvede. Desværre gik forretningen ikke godt, da hun overtog den, og for godt 10 år siden gik den konkurs. Gitte har siden levet i skyggen af en stor gæld, der har tynget hende meget. Hendes mor var alkoholiseret, og gennem det meste af sin barndom har hun nærmest fungeret som omsorgsperson for moren. Om Gittes forhold til sin far fortæller lægen, at det også var meget belastet, og at han i en eller anden grad har udsat hende for seksuelt misbrug, eller det der ligner. Oven i disse tunge problemstillinger døde Gittes mand, da han var ganske ung af kræft, og Gitte har fra ung alder af været alene med to små børn.

På det somatiske plan er Gitte kendt i praksis med en svær migræne og har desuden gennem årene haft utallige problemer med smerter stort set alle steder i kroppen. Lægen beskriver smerterne som:

"Smerter af den slags der ikke har en lægevidenskabelig forklaring, i hvert fald ikke fuldstændig." Interview, JO

Efter hans opfattelse er patienten det, man vil kalde en somatiserende patient, altså en person der ved den mindste lille kropslige fornemmelse bliver voldsomt angst for sygdom, og hvor daglige problemer og belastninger udtrykkes eller ytres i form af fysiske klager. Han fortæller, at han i perioder har set Gitte i konsultationen flere gange om ugen på grund af forskellige former for smerter.

Efter konkursen fik Gitte et job på en institution for handikappede, men allerede på det tidspunkt havde hun tiltagende problemer med smerter i ryggen og nakken, der strålede ud i skuldre og fingre. Den praktiserende læge fik hende undersøgt og fandt da også, at nogle af smerterne kunne skyldes afklemning af nerverne i nakken, men ikke noget man rigtig kunne gøre noget ved. Han henviste hende også til fysioterapeutisk behandling. Det hjalp noget på smerterne, men ikke fuldstændig.

På et tidspunkt var smerterne af et sådant omfang, at Gitte gentagne gange blev sygemeldt – til sidst langtidssygemeldt. I disse år, fortæller lægen, kom Gitte jævnligt op til ham for at bede om henvisninger til forskellige speciallæger, i håb om at de ville kunne finde en forklaring på hendes smerter. Han beskriver, at han i sådan et forløb synes, at hans primære rolle er at tøjle hendes forbrug af specialister, eftersom hun også selv blev ulykkelig, hver gang hun kom tilbage, og man stadig ikke kunne finde hverken grunden til hendes smerter eller en god behandling for dem. Den praktiserende læges forståelse af hendes smerter skyldes, at hun gentagne gange har været udsat for både fysiske og psykiske traumer, der har gjort hende psykisk sårbar og nedsat hendes evne til at klare hverdagens opgaver. I den forbindelse fortæller han også, at han oplever, at der igennem hans tid som læge er kommet flere og flere af den slags patienter, i takt med at kravene på arbejdsmarkedet er steget til et niveau, som mange ikke kan honorere.

I forbindelse med langtidssygemeldingen skriver den praktiserende læge en anmodning til kommunen om at få lavet en socialmedicinsk behandling af Gittes sag, idet han skønner, at hun ikke kan fortsætte med at arbejde, som hun gør nu. I løbet af det næste halve år indhenter kommunen sagsakter, speciallægevurderinger og en arbejdsprøvning. Vurderingen ender med, at man giver hende et flex-job på den institution, hvor hun tidligere var ansat. Ikke desto mindre viser det sig, som den praktiserende læge fra starten havde frygtet, at Gitte ikke kan magte flex-jobbet. Om sagsbehandlingen fortæller lægen:

”Det er et ret frustrerende udredningsforløb, fordi der er nogen, der vil have nogen medicinske facts, og jeg bliver ved med at sige og skrive, at smerterne skal forstås som, at kroppen reagerer på svære belastninger igennem hele hendes liv. Men hun er alligevel til forskellige speciallæger, som arbejder på den der måde med, at de skal finde en videnskabelig forklaring. Og det bliver hun meget frustreret over og kommer her og græder over, at man ikke kan finde en forklaring.” Interview, JO

Eftersom han er velkendt med kommunens arbejdsgang, sørger han for at få henvist Gitte til en psykologvurdering.

"Det plejer jeg at bede om i sådan nogen sager. At der er en psykolog, der vurderer hende, for det giver som regel en god beskrivelse... (...). Den vurdering siger jo, at hun har en meget meget svag fysik og psyke som følge af de svære belastninger hun har haft igennem hele sit liv. Det er altid svært at være patient i de her sager med smerter i bevægeapparatet, som har en psykisk årsag, for hvis de kommer ud til en speciallæge, som ikke interesserer sig for det psykiske, så får de jo fortalt sådan ret brutalt: "Jamen du fejler jo ikke noget". Så jeg har hele tiden skulle forklare Gitte, at hun er syg på en måde, hvor man ikke kan finde noget, og at årsagen er de traumer, hun igen og igen har fået." Interview, JO

Efter vurderingen fra psykologen sørger han for, at Gittes sag bliver genoptaget i kommunen, og til sidst bliver hun tilkendt en førtidspension. Efter hun har fået pensionen, er hun lettet og har fået det bedre, og hun kommer meget mindre til lægen med smerteklager end tidligere.

"Det er jo også svært at skulle fortælle til venner og familie, at man ikke ved, hvad man fejler. Det er svært at skulle sige, at man har ondt i livet, eller hvad man nu vil kalde det. Det kan vi jo kalde det, men at sige det til en familiesammenkomst, det er der ikke ret mange, der kan. Så når hun nu har fået en pension, så er det ligesom blevet mere legitimt." Interview, JO.

Case sammenskrevet fra interview, JO.

Aktører på scenen

I ovenstående forløb indtræder endnu en central aktør på scenen, nemlig den sociale og kommunale myndighed. Ligesom i fortællingerne, hvor sekundærsektoren indgår som central aktør, oplever den praktiserende læge ofte 'systemet' og 'reglerne' som frustrerende og ødelæggende for at skabe det gode forløb for patienten. Andre aktører er arbejdsgivere, kolleger (i forhold til at udrede patientens arbejdssituation) og fagforeninger, der ofte beskrives som en positiv allieret med hensyn til at fremme patientens sag.

Modstand og forhindringer

Andre årsager til sygdom end de medicinske

Ovenstående fortælling viser en konflikt, der fylder i flere af denne type cases, nemlig konflikten imellem den biomedicinske forståelse af sygdom og et bredere sygdomsbegreb. I ovenstående afsnit handlede det om en manglende forståelse af de menneskelige aspekter af sygdom, i casen om Gitte om en manglende forståelse af de sociale aspekter af sygdom, altså et ulighedsperspektiv på sygdom, hvor lægen oplever, at de forskellige belastende faktorer i disse tunge cases akkumuleres, så patienten reelt ikke er funktionsdygtig. I historien om Gitte ser vi, at lægen gentagne gange forsøger at argumentere både overfor speciallægekolleger, patient og kommune, at patientens sygdom er et primært psykisk og socialt fænomen snare end et biomedicinsk problem.

Den manglende accept af dette bidrager til, at sagsbehandlingen omkring Gittes pensionssag trækker i langdrag.

En lignende problemstilling finder vi i en forløbsbeskrivelse, der omhandler en bosnisk flygtning, som efter tortur har udviklet posttraumatisk stresssyndrom i en sådan grad, at han har svært ved at klare sit arbejde. Efter den første sagsbehandling tilkender kommunen ham ikke nogen form for hjælp, og først da lægen i samråd med patienten og dennes fagforening lægger sag an mod kommunen for at få sagsbehandlingen revurderet, får patienten tilkendt et flex-job. I begge fortællinger kæmper lægen med det dilemma, at patienten på den ene side ikke kan fungere på arbejdsmarkedet på almindelige præmisser, men på den anden side lider af en sygdom, der ligger uden for et strengt biomedicinsk paradigme. I begge sager kræver det ekstra arbejde fra både patienten og lægen at få tilkendt en kommunal støtteordning, og begge læger fortæller, at sager, hvor patientens problemstilling er mere af psykisk eller social karakter, kræver hårdt arbejde for at opnå den nødvendige lydhørhed i det kommunale regi.

Samarbejdet med kommunen

I lighed med de kommunikationsproblemer lægerne beskrev omkring samarbejdet med sekundærsektoren, gav mange af lægerne også direkte eller indirekte udtryk for, at de fandt samarbejdet med kommunen vanskeligt. Enkelte praktiserende læger, bl.a. den læge der havde udvalgt forløbet om Gitte, syntes dog, at samarbejde med kommunen fungerede rigtig godt. I de tilfælde, hvor de praktiserende læger fremhævede et godt samarbejde med kommunen, beskrev de alle, at det gode samarbejde beroede på månedlige møder mellem socialforvaltningen og den praktiserende læge og på treparts-samtaler om enkeltstående patientsager. Men de fleste oplevede det kommunale system som vanskeligt at samarbejde med:

”Det kommunale system er helt forfærdeligt, og der snakker vi jo ikke samme sprog, for pludselig taler du jo med nogen andre systemfolk. Så for eksempel sociallægen, han er nogen gange blevet systemets vogter så meget, at han ikke kan snakke lægesnak, men de er de letteste at snakke med. Jeg ringer mest til sociallægen i sociale sager, fordi han kan bedst trods alt. Socialrådgivere, de er... nej det er de jo ikke... men de er uoverkommelige i kontakten. Du kan ikke vide, hvad de snakker videre om. Du kan sige nok så mange gange i telefonen: ”Det her det er mine overvejelser, og det ved jeg ikke, om er rigtigt, det er bare mine overvejelser”. Og dagen efter kan patienten stå her med en udskrift i hånden og sige: ”Du har snakket med min socialrådgiver, og du siger sådan og sådan”. Det har jeg oplevet flere gange, og det... og socialrådgiver... altså de snakker et andet sprog. Det kommunale system er et svært system, og de understår sig heller ikke i sådan at gøre sig lidt bedre, hvis jeg har gjort tingene forkert. Illoyalt, så derfor er det et svært system.” *Interview, JO*

Ovenstående er et eksempel på nogle af de problemstillinger, lægerne fremhævede omkring deres samarbejde med kommunen. Opfattelsen af, at socialrådgiverne er illoyale i forhold til lægerne, blev nævnt af flere af interviewpersonerne. En fremhævede for eksempel, at en socialrådgiver overfor en patient havde omtalt ham som ”en gammel

sur læge". Flere læger bragte også problemstillinger omkring attestoplæg på banen, idet de synes, de hyppigt bliver bedt om at udfærdige en lægeattest uden at få at vide, hvad attesten skal bruges til, og dermed hvad der er vigtigt i deres fremstilling.

Lægerne beskriver også problemer i samarbejdet med socialektoren, herunder at de har svært ved at få fat i den relevante kommunale sagsbehandler, og at der er lange ventetider på sagsbehandling i kommunen. Især nævner de manglen på en gennemgående person i kommunalt regi.

"Altså, når jeg får sådan et forløb, hvor jeg syntes, at han er blevet rigtig dårligt behandlet, så bliver jeg forbandet, og så bliver jeg bare ved med at ringe og ringe, til det kommer i orden. Det er jo ikke, fordi kommunen vil lave et dårligt forløb. De har bare været plaget af personaleudskiftninger, og hvad ved jeg. Og jeg kan jo også godt forstå, at når man får sådan en sag her, så kan det godt virke meget uoverskueligt at skulle i gang med det. Men sådan er det jo ikke for mig, for jeg ved jo det hele og ved jo godt, hvornår han har været til det ene og det andet og det syvende og det tredje. Men de [kommunen] har været igennem seks sagsbehandlere bare på det her forløb, og han har kørt lidt frem og tilbage imellem de forskellige kasser, integrationsafdelingen og sygedagpengeafdelingen og så bliver det mudret til." *Interview, JO*

Som det ses af ovenstående citat, beskriver lægerne – i lighed med de problemstillinger der blev fremhævet om den sekundære sundhedssektor, at manglen på kontinuitet og sagskendskab i socialvæsnet øger kravet til de praktiserende læger som tovholdere.

Patientens advokat eller systemets kontrollant

Flertallet af læger beskriver, at de på den ene side har det tætte kendskab til patienten og ønsker, at denne får det bedst mulige tilbud til netop deres situation, men at de oplever, at kommunen opfatter lægen og patienten som ude på at trække penge ud af systemet. Lægerne beskriver således, hvordan de forsøger at balancere imellem varetagelsen af deres patienters tarv og en samtidig loyalitet overfor det kommunale system.

Tovholderkompetencer

Som i de to første cases genfinder vi i denne fortælling elementer af både den mere biomedicinske tovholderfunktion, der holder styr på patientens sygdomsforløb og udredning, og den humanistiske tovholderfunktion hvor lægen vægter støtten til patienten og dennes familie. Som allerede nævnt er det en del af et socialt perspektiv på tovholderfunktionen, at dette i særlig grad skal gøres for de udsatte. Casene indeholder samtidig en særlig vægtning af specifikke sociale problemstillinger, og de understreger vigtigheden af de kompetencer, som vi nedenfor beskriver under overskrifterne *socialt engagement* og *socialmedicin*.

Socialt engagement

I lighed med den kategori af kompetencer, vi kaldte 'kendskab, tillid og empati', finder vi, at den gruppe af læger, der særligt definerer deres tovholderfunktion i forhold til de udsatte, besidder en særlig interesse og engagement i den mest udsatte del af deres patientpopulation. Såvel interesse som engagement er luftige størrelser, men ikke desto

mindre er det væsentligt at påpege, at det er denne drivkraft, der gør de praktiserende læger til tovholdere i disse forløb. I fortællingen ovenfor opfylder lægen i princippet sin lægerolle ved at udfærdige den attest, hvor han udbeder sig social-medicinsk sagsbehandling, og efterfølgende ved at udfylde de attester, kommunen anmoder om. Men lægen rækker her ud over denne opgave, bl.a. ved at anmode om en psykologvurdering, idet han ved, at en sådan vil styrke patientens sag overfor til kommunen, og ved at forsøge på at værne patienten mod gentagne speciallægehenvisninger og -attester.

Lignende elementer genfindes i fortællingen om den bosniske flygtning. Lægen går langt ud over, hvad der egentlig kræves af hende som praktiserende læge ved at hjælpe patienten med at få kontakt med fagforeningen, presse på for at de vil søge om fornyet sagsbehandling og igen og igen rykke kommunen for hurtigt at få lavet en ny sagsbehandling. I lighed med sagen om Gitte kræver dette for det første, at lægen har et tæt kendskab og et tillidsforhold til patienten, men også at lægen påtager sig et utal af telefonopkald til kommunen, patienten og fagforeningen.

Tålmodighed og vedholdenhed

Ganske særligt må man fremhæve tålmodighed og vedholdenhed som nødvendige tovholderkompetencer. Som vi så i Gittes case, er hun i perioder kommet flere gange om ugen hos lægen, uden at der rent medicinsk var noget galt. I vores cases er vejen til en pensionssag lang. Det tager år, før man når til en afslutning. I tovholderfunktionen for de særligt udsatte afkræves ofte meget arbejde, uden at man som læge skal forvente store resultater. En læge, der særligt fremhævede det at tage sig af de udsatte som en tovholderfunktion, kunne fortælle, at de i hendes praksis havde lavet et fordelingssystem, så de tunge patienter blev fordelt imellem dem, og så de automatisk fik tildelt længere konsultationstid, når de henvendte sig. Som hun forklarede det, gjorde det arbejdet med disse patienter både overkommeligt og meningsfuldt.

Socialmedicin

Ud over den blødere kompetence, som vi ovenfor har kaldt 'socialt engagement', kræver tovholderrollen, der retter sig imod de socialt udsatte, også et kendskab og hjemmenvanthed i det socialmedicinske speciale. Her tænker vi på kendskab til lovgivningen på området, hvilke ydelser denne gruppe er berettiget til, og hvordan arbejdsgangen er for at opnå diverse socialmedicinske tiltag. Flere læger har nævnt, at de mangler disse socialmedicinske kompetencer, og at de ville stå stærkere overfor 'systemet', hvis de havde dem.

4.5 Tovholder i et bredt perspektiv

I foregående kapitel mødte vi den praktiserende læge Ulla, der i et pusterum mellem to konsultationer klarer et telefonopkald med ordene: "Nu må vi hellere få lavet lidt tovholderi." Hermed indikerer hun en smal betydning af begrebet tovholder. I denne forståelse handler tovholderi i almen praksis om de telefonsamtaler, elektroniske informationer, papirer og eventuelle ansigt til ansigt samtaler, den praktiserende læge har med sundhedsfaglige og socialt faglige aktører i kommuner og hospitaler. Som vi så i det foregående kapitel, fylder dette forholdsvis lidt i det samlede billede af hverdag og helbredelse i almen praksis. Praktiserende lægers "concerns" (Barth 1993; Grøn 2005b; Wikan 1990) eller "alt det der fylder" (Grøn 2005a) i almen praksis udspringer af, hvor meget patienten og patientens situation og familie fylder i det daglige arbejde. Man kan

sige, at alment praktiserende læger har et bredt perspektiv på tovholderrollen, fordi de har et bredt perspektiv på sundhed. Dette brede perspektiv på tovholderrollen genfinder vi i de cases, lægerne havde medbragt til både individuelle interviews og gruppeinterviews og ligger til grund for analysen i dette kapitel.

Under gruppeinterviewene blev det brede perspektiv på tovholderrollen imidlertid også debatteret. Nogle læger hævdede, at vi ved at tillade en så bred fortolkning af begrebet også udvander det. Hvordan kan vi vide, hvad vi taler om, hvis tovholder er 'det hele'?

En skelnen som Bojlen og Gannik's mellem *gatekeeper*, *tovholder* og *tillidsperson* (Bojlen og Gannik 2002) kunne være én måde at dele funktionerne op på og undgå at putte alt under samme hat. Gør man det, vil det styrke den analytiske præcision, og man vil i højere grad kunne adskille de forskellige kompetencer, der kendetegner almen praksis. Når vi i denne undersøgelse har valgt at arbejde med en så bred forståelse af tovholderrollen, skyldes det bredden i lægernes valg af cases og deres beskrivelser af tovholderfunktionen. Hvis man vælger at indsnævre begrebet, holder den overordnede pointe bag det brede perspektiv dog stadig, nemlig at den medicinske udredning og behandling ikke kan adskilles fra alle de andre elementer i den praktiserende læges arbejde eller 'det almene' i almen medicin. Især hvis emnet er sammenhængende patientforløb, så er disse andre kompetencer i hvert fald ifølge de praktiserende lægers udsagn i denne undersøgelse en central del af det at være en god tovholder. Fordelen ved det brede begreb er, at man ikke taber helheden i indsatsen af syne.

4.6 En dystopi

Hidtil har vi beskæftiget os med fortællinger, der udtrykker, hvad alment praktiserende læger i denne undersøgelse har peget på som essensen i almen praksis og essensen i tovholderrollen. Det er utopiske fortællinger om det gode lægearbejde, selv stillet overfor forhindringer og modstand. Vi afslutter med en case, der peger på det modsatte: en dystopi. Et skræmmebillede der rejser spørgsmålene: Er det sådan tingene vil udvikle sig i fremtiden? Er denne fremtid allerede i gang? Her er tale om en case, hvor tovholderrollen i forhold til samtlige grundfortællinger mislykkes; en case der signalerer betydelige udfordringer for lægens mulighed for at agere som tovholder.

Da vi stødte på casen i undersøgelsens indledende faser (under den første runde med individuelle interviews), så vi den som en undtagelse, et kuriosum. Imidlertid viste det sig senere under gruppeinterviewene, at denne case både er oplevet virkelighed for mange læger, og at problematikkerne, den rejser, fylder i de alment praktiserende lægers bevidsthed. Vi bringer den derfor her som et modspil og en udfordring til de ideale tovholderfortællinger, der hidtil er skitseret i dette kapitel.

Patienten er en kvinde ved navn Marie født i 1971. Hun har ikke tidligere været plaget af sygdom og beskrives som en karrierekvinde, hvor tingene skal gå hurtigt. Lægen siger også på et tidspunkt, at han nok ikke har den allerbedste kontakt med denne patient.

Marie kommer til den praktiserende læge i februar 2004 på grund af rygsmerter med udstråling til benene. Den praktiserende læge, som interesserer sig meget for rygproblemer, diagnosticerer på det kliniske billede, at der er tale om en nervekompression på grund af protusion fra en lumbal

discus¹⁹. Han henviser derfor patienten til fysioterapi med henblik på McKinsey-øvelser²⁰. Patienten går hos fysioterapeuterne i februar og maj måned, men uden at hun synes, det bliver bedre med smerterne. Uden om sin egen læge opsøger hun en praktiserende speciallæge i anæstesi, der behandler hendes smerter med forskellige former for medicin samt akupunktur, uden at den praktiserende læge bliver informeret. Hun kan gå til speciallægen uden en henvisning, da han er betalt via patientens egen private sundhedsforsikring uden om sygesikringen. Speciallægen bestiller desuden en MR-skanning af patientens ryg. Patienten får (igen via sin sundhedsforsikring) også en kopi af svaret, og en dag i efteråret 2004 kommer hun igen til konsultation hos den praktiserende læge, medbringende svaret. Lægen læser svaret, hvor der står, at man ved MR-skanningen har fundet en stor diskusprolaps. Han informerer Marie om dette og henviser hende derfor til diskusambulatoriet, et fælles neurokirurgisk og reumatologisk tilbud til patienter med diskusprolaps.

Sent på efteråret 2004 ses patienten i diskusambulatoriet, hvor de intensiverer de øvelser, som fysioterapeuten også tidligere har behandlet hende med, og bestiller desuden en Myelo-CT-skanning²¹, og da Maries smerter på ingen måde bedres, tilbyder man også at indlægge hende. Det vælger hun dog at sige nej til. I sin frustration over de mange smerter kontakter Marie selv, uden om både diskusambulatoriet og sin praktiserende læge, en privat rykirurg, og den 3. januar 2005 bliver hun opereret for diskusprolaps. Kirurgen sender ingen besked om udredning, operation eller forslag til videre genoptræningsplan og postoperativ smertebehandling til den praktiserende læge og medgiver heller ikke patienten nogen form for skrift, der beskriver indgrebet. 10 dage senere ringer patienten og siger, at den praktiserende læge skal komme på hjemmebesøg og fjerne stingene fra operationen, idet kirurgen har sagt at hun ikke må flytte sig fra sengen de første 14 dage. Under interviewet trækker lægen her noget på smilebåndet, idet det er højst usædvanligt, at en læge tager på hjemmebesøg for at fjerne sting. Noget, der normalt kan klares meget hurtigt af en sygeplejerske i praksis og ikke koster samfundet ret meget, bliver nu til et dyrt hjemmebesøg. Ikke desto mindre makker han ret og tager ud til patienten for at fjerne stingene.

Den 24. januar kontakter patienten atter sin praktiserende læge, idet hun har svære smerter. Hun har ikke fået det bedre efter operationen, måske ligefrem værre. Hun er desuden i vildrede om, hvad der nu skal ske, da ingen har lagt en plan for den postoperative genoptræning. Den praktise-

¹⁹ En diskusprolaps er, når den faste yderkant af en af rygsøjlels diskus'er (altså de bløde "stødpuder" der ligger imellem ryggens knogler) går i stykker, og den bløde midterste del af diskus'en flyder ud og trykker på de nerver, der går ud fra ryggen. Diskusprotusion er stadiet mildere end en egentlig prolaps og betyder, at diskus er klemmt lidt sammen og trykker på nerverødderne, fuldstændig ligesom man ser ved en egentlig prolaps.

²⁰ Form for fysisk rygtræning, som over tid kan behandle lagt de flestes smerter opstået fra diskusprolaps/diskusprotusion.

²¹ En form for CT-skanning med røntgenkontraststof, der gør, at man visualiserer forholdene omkring patientens rygmær, nerverødder og diskus'er.

rende læge henviser hende derfor til en fysioterapeutisk rygscole til ny-opererede rygpatienter. Dagen efter ringer Marie igen, idet der er ventetid på rygscolen, og det finder hun ikke acceptabelt. Lægen giver hende medhold i, at hun ikke kan vente på at blive genoptrænet og henviser hende i stedet til en almindelig fysioterapeut, hvor hun så starter i genoptræning få dage senere. Desuden forsøger den praktiserende læge at smertedække hende med Ibuprofen og Panodil.

Den 22. marts kommer hun til sin praktiserende læge og fortæller, at hun ingenting kan på grund af smerter, og at hun fortsat er sygemeldt, hvilket hun har været siden foråret før. Hun er derfor blevet afskediget og får sygedagpenge. Hun er utilfreds med den behandling, hun har fået, og derfor skifter hun praktiserende læge.

Godt et år efter i juni 2006 skifter hun atter tilbage til sin oprindelige læge, idet hun synes, at hans praksis kan tilbyde noget, som den anden læge ikke kan, og at hun jo egentlig ikke var utilfreds med behandlingen, hun fik der. Da hun kommer tilbage til praksis, har hun via den anden læge været i forsat smertebehandling, men nu også med morfikapreparater. Hun er fortsat tilknyttet diskusambulatoriet og har via dem og den anden praktiserende læge været på et genoptræningsophold. De har også forsøgt at afhjælpe hendes smerter med akupunktur og almindelig fysioterapi. Desuden har den praktiserende læge henvist hende til en psykolog, hvor hun går til samtalerapi på grund af den svære situation, det er, at hun pludselig er blevet syg. Desuden har hun selv foranstaltet, at hun også er blevet behandlet hos en kiropraktor og en healer. Alt sammen uden nogen effekt.

Den praktiserende læge fortæller, at hans primære opgave med denne patient nu dels er at holde styr på alle de forskellige behandlingsinstanser hun er tilknyttet, dels at styre hendes smertestillende behandling og på sigt sørge for, at hun kommer ud af behandling med morfikapreparater. Kort efter at patienten er skiftet tilbage til lægen, tilbydes hun via diskusambulatoriet endnu et genoptræningsophold på et nyt rehabiliteringscenter. Det kommer hun tilbage fra sidst i september, og også denne indsats har været uden effekt. Fra diskusambulatoriet henviser de hende så til vurdering for, om hun vil kunne have gavn af "diskusudskiftning", en operationsform hvor man udskifter en diskus med et kunstigt materiale. Men inden man foretager operationen, vurderer man ved at lægge en lokalbedøvelse omkring nerverødderne, om der vil være nogen gavn af en sådan operation. Denne vurdering venter Marie aktuelt på, idet hun har tid hos kirurgen sidst i oktober.

Forløbet er således ikke afsluttet endnu. Jeg spørger lægen, om han har været involveret i noget omkring patientens sygedagpenge eller andet omkring hendes arbejde. Han fortæller, at det er han ikke endnu, men at man må formode, at socialforvaltningen snart vil udbede sig en attest og gå i gang med en egentlig sagsbehandling, når hun ikke har været i arbejde i godt 2½ år. *Case sammenskrevet fra interview, JO*

I denne case mislykkes tovholderfunktionen i forhold til samtlige tre grundlæggende tovholderfortællinger.

I forhold til den medicinske udredning og behandling umuliggøres lægens tovholderfunktion af patientens muligheder for selv at tage affære, dels gennem en privat sundhedsforsikring der muliggør en operation, som den praktiserende læge ikke mener, er hensigtsmæssig, dels gennem patientens mulighed for at skifte læge og bruge forskellige specialiserede og alternative ydelser. Derudover har den alment praktiserende læge ingen mulighed for at følge den medicinske udredning og behandling, fordi han ikke modtager informationer fra de andre aktører. I stedet kan han få lov at tage på hjemmebesøg og fjerne sting, en ydelse der ikke burde være udført af ham, men som man måske i den pågældende situation kunne tolke som lægens forsøg på trods alt at følge med i, hvad der sker med patienten.

Tovholderrollen i forhold til patienten, familien og situationen lykkes heller ikke. Denne patient involverer ikke lægen (eller lægen involverer sig ikke) i sygdomsforløbet. Der er langt fra den rolle, lægen får lov at spille i Peders forløb i afsnit 4.3. til lægens rolle i dette forløb. Skal vi forstå dette som udtryk for manglende kemi mellem patient og læge, som lægen selv gør opmærksom på? Som udtryk for en ny gruppe (ressourcestærke) patienter, der ikke ønsker at involvere lægen, men har deres egne kanaler at trække på? Eller har den manglende tillid mellem læge og patient noget at gøre med hendes mulighed for gennem sundhedsforsikringer at vælge frit? Og er hun hjulpet af dette frie valg, eller ville hun måske have fået en bedre behandling, hvis denne mulighed ikke havde været der? Under alle omstændigheder kan man konkludere, at rollen som tovholder i forhold til patienten, familien og situationen ikke er lykkedes.

Til sidst et spørgsmål om rollen som tovholder for de udsatte og i forhold til de sociale aspekter, som handler om et ulighedsperspektiv på sygdom, men dog med et klinisk fokus: Hvad kan lægen gøre for, fra sin taburet, at modvirke den ulighed i sundhed, der omgiver ham? I dette patientforløb sker det modsatte: En velfungerende ung kvinde med gang i karrieren er efter 2½ års sygdom på vej mod en pensionssag. Patientfortællingen viser, hvordan ulighed og social sårbarhed følger i kølvandet på alvorlig og kronisk sygdom.

Da vi først læste denne case, oplevede vi den som tidligere nævnt som et særtilfælde, men da vi senere gennemførte gruppeinterviewene, mødte vi eksempler på lignende problemstillinger, fx hvordan tiltag, der giver patienterne mulighed for at handle uden om den praktiserende læge, vanskeliggør lægens mulighed for at agere som tovholder. Sådanne eksempler blev fremhævet i forbindelse med de private sygeforsikringer, i forbindelse med gruppe 2-patienter og i forbindelse med operationer foretaget i andre lande. Er der tale om en begyndende opløsning af den praktiserende læges mulighed for at agere tovholder eller i hvert fald tovholderrollen, som den hidtil er beskrevet gennem de praktiserende lægers cases? Eller er dette et skræmmebillede, der ligger langt fra de fleste praktiserende lægers hverdag? Det vender vi tilbage til i det afsluttende kapitel om tovholderrollen mellem fortid og fremtid.

Først vil vi i det følgende kapitel 5 introducere, hvad vi ser som den mest centrale distinktion i forhold til perspektiver på tovholderrollen, nemlig en skelnen mellem et relationelt og et organisatorisk perspektiv.

4.7 Opsamling

Ovenfor har vi foretaget en analytisk skelnen mellem tre tovholderfortællinger, der var udbredt blandt de læger, som deltog i interviewundersøgelsen baseret på patientjournaler, og i de cases lægerne medbragte til gruppeinterviews.

- ♦ Tovholder i forhold til medicinsk udredning og behandling
- ♦ Tovholder i forhold til patient, familie og situation
- ♦ Tovholder i forhold til de udsatte og de sociale aspekter af sygdom

Som allerede nævnt genfindes elementer af alle tre tovholderfortællinger i mange af de udvalgte forløb, men de interviewede læger vægtede typisk den ene rolle tungere end de øvrige. Fælles for de tre tovholderroller er det store antal af aktører, der indblandes i selv korte patientforløb, og at lægerne samlet set ser sig selv som ansvarlige og vigtige aktører for at sikre gode patientforløb.

De praktiserende lægers opfattelse af tovholderrollen knytter sig overordnet set til at holde styr på alt det, der kræves, for at deres patienter oplever gode forløb. I forlængelse heraf har vi ovenfor beskrevet de særlige problemstillinger, der knytter sig til dette, og hvilke kompetencer tovholderrollen kræver af lægen.

I de fortællinger, der særlig omhandler tovholderfunktionen i forhold til den medicinske udredning og behandling, er de overordnede problemstillinger knyttet til ventetid, kommunikation og opsamling på patientforløb, der ikke passer ind i eksisterende kategorier, men falder imellem to stole. Lægerne fremhævede særligt kompetencer omkring indsamling af information, overblik, at 'trække i tråde' og muligheden for at overdrage ansvaret for patienten som væsentlige i disse situationer.

De læger, der fremhævede en fortælling om det individuelt tilpassede forløb og støtten til patienten igennem deres sygdom, understregede problemstillinger omkring stigende effektivisering og arbejdspress i almen praksis samt problemer med at skabe lydhørhed i sekundærsektoren for et bredere sygdomsbegreb end det smalle biomedicinske. De særlige kompetencer, der blev nævnt som vigtige for de praktiserende læger i denne funktion, omhandlede lægernes kendskab til, tillid til og empati med deres patienter samt de kommunikative kompetencer.

Den tovholderrolle, der knytter sig til de særligt udsatte og marginaliserede patienter, domineres af problemstillinger omkring samarbejdet med kommunen, at vinde forståelse og anerkendelse af sociale og psykiske årsager til sygdom og uarbejdsdygtighed, samt at balancere mellem lægens rolle som patientens advokat og loyaliteten i forhold til de sociale myndigheder. Ud over mange af de ovenfor beskrevne kompetencer kræver denne tovholderrolle en ekstra indsats fra de praktiserende lægers side, en vilje til at investere ekstra tid og ressourcer i disse patienters forløb, hvilket vi nærmere har beskrevet under overskriften "socialt engagement". Yderligere stiller denne tovholderfunktion også krav til lægens konkrete socialmedicinske viden samt kendskab til deres lokale kommune og dennes sagsbehandlingspraksis.

Overordnet viser dette kapitel, at lægerne netop betjener sig af et bredt perspektiv på tovholderrollen, fordi de arbejder med et bredt perspektiv på sundhed. De medicinske, humanistiske og sociale aspekter af det sundhedsfaglige arbejde er i de konkrete patientforløb tæt forbundne. Den alment praktiserende læges kernekompetencer er ikke

adskilte, men tæt forbundne og næsten sammenvoksede. Dette giver anledning til en spænding mellem det medicinske og det almene i det almenmedicinske speciale, som genfindes i lægernes perspektiver på tovholderrollen.

Sidst har vi medtaget en case, som er en dystopi eller et skræmmebillede, der antyder, at tovholderrollen, som de praktiserende læger har beskrevet den i denne undersøgelse, måske er et ideal, der trues af opløsning.

5. Tovholder: et relationelt eller et organisatorisk perspektiv?

Vi har på tværs af de anvendte metoder og analyser i denne undersøgelse fundet frem til en central skelnen i den måde, alment praktiserende læger forstår tovholderbegrebet på. Nemlig en skelnen mellem et relationelt og et organisatorisk perspektiv på tovholderrollen.

I det *relationelle perspektiv*, som har været langt det mest fremtrædende i denne undersøgelse, og som dermed også har præget analysen i de to foregående kapitler, står patienten i centrum. Hvad enten lægen ser sig selv som tovholder i forhold til den medicinske udredning og behandling, i forhold til patienten, familien og situationen eller i forhold til de socialt udsatte og de sociale aspekter af sygdom (som beskrives i kapitel 4), er grundkonstruktionen i fortællingen den samme: Det handler om patienten og lægen, og især om relationen imellem dem. Dette relationelle perspektiv underbygges af beskrivelsen og analysen af hverdag og helbredelse i almen praksis i kapitel 3. I den konkrete hverdag er det patienten, der fylder, og relationen til patienten der er den gennemgribende faktor i de mange konsultationer, som i løbet af en arbejdsdag følger hinanden som perler på en snor. Der er således et sammenfald mellem den hverdag og de betingelser, de alment praktiserende læger er underlagt, og den underliggende struktur i de tovholderfortællinger vi har analyseret os frem til.

Imidlertid har vi også mødt et andet perspektiv på tovholderrollen – det organisatoriske. Dette perspektiv blev først rigtigt klart under den afsluttende dataindsamling med gruppeinterviewene. I dette kapitel vil vi dels præsentere dette perspektiv på tovholderrollen, dels præsentere de praktiserende lægers refleksioner over og diskussioner af dette perspektiv, der ikke på samme måde som det relationelle perspektiv er forankret i de praktiserende lægers eksisterende hverdag og idealer.

5.1 Det organisatoriske perspektiv på tovholderrollen

Vi er til gruppeinterview i Nykøbing Falster. En af lægerne, Peter, kommer med en metafor, der ganske præcist rammer et organisatorisk perspektiv på tovholderrollen: En Bermuda-trekant, hvor tingene forsvinder uden forklaring.

H: Og så vil jeg lige referere til den her Bermuda-trekant, som der tales om (...). Hvor jeg ligesom siger, at det kunne blive meget lettet i almen praksis, hvis der ligesom bare er én i huset, der er tovholder, og det kan godt være sygeplejersken, og så én i sekundærsektoren og én i socialvæsenet. Så kunne du faktisk få den der Bermuda-trekant til at skrumpes ind til, at det faktisk var tre personer, det drejede sig om ikke? *Gruppeinterview, Region Sjælland, LG*

Det organisatoriske perspektiv på tovholderrollen er som at se på et landkort. Imellem de forskellige lande (organisationer/sektorer/faggrupper) er der vand (grænseflader),

og opgaven er at sikre kommunikation og samarbejde både internt i de enkelte lande og over de farlige vande. I værste fald udvikler situationen sig til en Bermuda-trekant, hvor ting forsvinder for aldrig igen at dukke op: Patienter, henvisninger, laboratorietests og udskrivningskort.

En læge der deltager i gruppeinterviewet i Region Nordjylland, bringer den overordnede skelnen mellem det relationelle og det organisatoriske perspektiv frem.

P: Men der er igen to dimensioner: Der er tovholder på individniveauet, og det har vi været altid. Og så er der nogle nye ønsker om, at vi når nogle mål, at det er evidensbaseret. At vi gør dét, vi skal gøre, vi får dokumenteret indikatorer, og vi får, øh, lavet en analyse af det, vi får lavet. Ser om det er godt nok. Og det er en ny funktion, at vi får målt det, og at der bliver gjort noget for at implementere det. Så det er to ting, to slags tovholdere (...).

LG: Hvordan ser du så mulighederne for at fastholde det individuelle, det I altid har gjort, og samtidig arbejde hen imod de her mål, du nævner...?

P: Ja, men det er jo det, der er udfordringen lige nu. Og det kræver, at vi frigør noget tid fra patienten, giver noget videre til noget hjælpepersonale, til kommunen, til nogle andre. Hvis vi kan få ryddet kalenderen lidt til noget organisatorisk arbejde. Og hvis det går ud over det individuelle, hvis det går ud over vores evne til at være nøgleperson for den enkelte person, så nedlægger vi almen praksis! *Gruppeinterview, Region Nordjylland, LG*

Her kommer vi på sporet af, hvad der ligger bag de divergerende udmeldinger, som indledte denne rapport: 'Tovholder, det har vi altid har været' og 'Tovholder, det er de nye tiltag, der endnu ikke er implementeret'. Det handler altså ifølge denne læge om at udvide den traditionelle tovholderfunktion, at være nøgleperson for den enkelte. Det relationelle perspektiv på tovholderrollen er det vigtigste, det er kernen i den alment praktiserende læges virke. Men derudover kræver udviklingen i samfundet omkring almen praksis nogle nye organisatoriske kompetencer. Man skal have ryddet kalenderen til "lidt organisatorisk arbejde", uden at det dog må betyde, at lægens rolle som tovholder for den enkelte må gå tabt.

I den resterende del af dette kapitel ser vi på, hvad lægerne i gruppeinterviewene forbandt med organisatorisk arbejde, som de skal have ryddet kalenderen til. Først dog en introduktion til det organisatoriske perspektiv på tovholderrollen, der hvor det er mest fremherskende, nemlig i kronikermodeller og 'shared care' tiltag.

5.1.1 Tovholder i kronikermodellen

Tovholderbegrebet optræder i rapporten "Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb" publiceret af Sundhedsstyrelsen i 2005 (Sundhedsstyrelsen 2005). Denne publikation handler ikke primært om almen praksis, men om sammenhæng i patientforløb og om at tænke i kroniske frem for akutte patientforløb. Imidlertid peges der på almen praksis som en central aktør i forhold til at skabe sammenhæng og gode forløb, specielt i forhold til en voksende gruppe af kroniske patienter. Denne og andre publikationer introducerer "the chronic care model"

(CCM), der i hvert fald som idé eller koncept har bredt sig som en steppebrand i det danske sundhedsvæsen (Olesen 2005; Olesen og Vedsted 2006a; Vedsted og Olesen 2006).²² Tilgangen er baseret på ideen om 'shared care', dvs. behandlerteams, der samles omkring konkrete patientforløb. Selvom hensigten overordnet er at skabe forløb, hvor patienten er i centrum, er fokus her på (gennem organisatoriske modeller) at sikre det svære samarbejde mellem forskellige sundhedsprofessionelle aktører, organisationer og sektorer.

Overordnet argumenteres der i publikationen for, at et skift i befolkningens sammensætning i retning af flere ældre og i udvikling af sygdomsmønstre i retning af en langt større andel af patienter med kroniske sygdomme kræver et skift i måden, vi skal tænke sundhed på – et skift fra akut til forløbstankegang. Specifikt argumenteres der for, at kroniske forløb ofte er komplekse og derfor kalder på behandlerteams på tværs af fagligheder og på et øget samspil imellem forskellige behandlere og organisationer. Sidst argumenteres der for, at indsatsen omkring kronisk sygdom fortrinsvis skal foregå i primærsektoren, dvs. der lægges op til et øget samarbejde mellem kommunale sundhedstilbud og almen praksis samt til en koordinering mellem disse og de regionale hospitaler.

I CCM indgår tovholderfunktionen som et af flere elementer, der er med til at sikre kvalitet og sammenhæng i behandlingen af kroniske patienter: En regional koordinatorfunktion, forløbsprogrammer ("disease management programmes", DMP), en tovholderfunktion og en case manager funktion.

Den regionale koordinator skal varetage" den overordnede koordinering, planlægning og samordning samt kvalitetssikring af det samlede tilbud for patienter med kroniske sygdomme i regionen" (s. 66).

Forløbsprogrammerne" skal baseres på den foreliggende evidens og omfatte det samlede forløb på tværs af faggrupper og sektorer" (s. 66). Det fremhæves, at disse forløbsprogrammer skal inddrage ressourcemæssige overvejelser, at udviklingen af programmerne skal ske via inddragelse af samtlige faggrupper, der indgår i behandlingen af en given sygdom, og at forløbsprogrammet og information om behandling skal deles med patienten for at understøtte dennes aktive deltagelse.²³

I kronikermodellen arbejdes der med en differentiering i tre niveauer, i forhold til hvor alvorlig eller fremskreden den kroniske sygdom er. Det første niveau omhandler sygdom, der kan klares i primærsektoren; det andet sygdom der håndteres i primærsektoren, men med periodisk brug af ydelser i sekundærsektoren, og det tredje niveau grup-

²² Forskellen på, om en idé eller model vinder indpas som hensigtserklæring eller som reel forandring af adfærd, fremhæves bl.a. af Seemann og Antoft: "I et organisationssociologisk perspektiv vil man ikke forvente, at (og især ikke topstyrede) forandringer hurtigt, nemt og uproblematisk implementeres i form af nye rutiner og handlingsmønstre. Ændringer synes at være størst og slå mest igennem i retorikken og ikke i handling. Dvs. der tales meget om "det nye", og der udfærdiges skriftlige planer og aftaler, som har tendens til at ende på hylden som velmente hensigtserklæring: – Vedtagelsen af en forandring medfører oftest ikke, at den bliver gennemført. Procedure, aftale, planlægnings- og styresystemer er ikke i sig selv tilstrækkelige med henblik på at opnå ønskede forandringer. (Seemann og Antoft 2002, s. 62).

²³ For et eksempel på, at DMP vokser ud af konkrete og lokale 'shared care' projekter, dvs. en bottom-up strategi, se (Eijkelberg, Spreewenbergh, Mur-Veeman & Wolffenbuttel 2001).

pen med behov for en særlig intensiv indsats. Disse tre niveauer fremstilles ofte grafisk i pyramideform.²⁴

I den model, der anbefales implementeret i Danmark, er den praktiserende læge som *tovholder* den gennemgående sundhedsfaglige person i hele forløbet. I pyramide-modellen optræder alment praktiserende læge som tovholder i samtlige tre niveauer. Det foreslås desuden, at denne tovholderfunktion bør beskrives, bør indskrives i forløbsbeskrivelserne (DMP), og at muligheden for at indføre den som en særlig funktion i overenskomsten bør overvejes.

Videre forslås det, at der etableres en ny funktion som *case manager* som i en defineret periode forestår koordinering, fastholdelse og understøttelse af patienten i de fremskredne sygdomsstadier. Det fremhæves ligeledes flere steder, at særligt udsatte patienter kan have brug for en case manager. Denne kan være forankret i praksis, i det kommunale sundhedsvæsen eller i en sygehusafdeling, og funktionen bør aftales mellem region og kommune.

I en konkret udmøntning af CCM, nemlig Vejle Amts program for KOL-indsatsen, arbejdes desuden med en tredje funktion: *care manager*. Der skelnes i denne konkrete udmøntning af kronikermodellen mellem en case manager, der er placeret i sygehusregi, og en care manager, dvs. en person baseret i det kommunale system (hjemmehjælper, sygeplejerske, fysioterapeut, socialrådgiver eller lignende), der kan påtage sig en koordinerende funktion i forhold til at skabe sammenhæng i patienters og borgers forløb (KOL programledelsen, Vejle Amt 2006).

Opsamlende kan man sige, at kronikermodellen placerer tovholderbegrebet i en kontekst, der handler om sammenhæng, om forløbstænkning, om tværfaglige indsatser, om teams og om stratificering af de kroniske patienter. Den konkrete udformning af de specifikke niveauer eller funktioner er dog ikke fuldstændig fastlagt eller entydig og opfordrer derfor til en lokal konkretisering og forankring, som man for eksempel har gjort det i Vejle amts forløbsprogram for KOL indsatsen.

Af særlig betydning er det, at tovholderbegrebet i kronikermodellen målrettes en bestemt kategori af diagnoser, der kategoriseres som kroniske. I forhold til Bojlen og Gannik's brug af tovholderbegrebet som koordinering af patientforløb generelt (dog særlig de patientforløb der kræver brug af den specialiserede sektors ydelser) er der tale om en væsentlig indskrænkning af tovholderfunktionen til specifikke diagnoser (Bojlen og Gannik 2002). I forhold til det brede perspektiv på tovholderbegrebet, som vi introducerer i kapitel 4, er der tale om en yderligere indsnævring og forenkling. Ligeledes er fokus på patienten og relationen til denne, som er omdrejningspunktet i det relationelle perspektiv på tovholderbegrebet, her erstattet af et fokus på organisering og udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

²⁴ Der findes i publikationen to forskellige afbildninger, der hver især giver ret forskellige bud på, hvem der varetager hvad i de forskellige niveauer. Dels gengives den model, der ligger til grund for Maastricht programmet, der sammen med Kaiser Permanente er en af hovedinspirationskilderne bag dette program (s. 76), dels den model der anbefales implementeret i Danmark. Disse pyramidemodeller adskiller sig bl.a. med hensyn til tovholder og case manager funktionen. I Maastricht-modellen arbejdes med tre sygdomsniveauer og tre medicinske specialister. Til den lette eller milde kroniske sygdom (som antages at udgøre 25 %) hører den alment praktiserende læge og praksissygeplejersken eller assistenten. Til midterniveauet med moderat sygdom (65 %) tildeles en specialuddannet sygeplejerske. Til det øverste niveau (10 %) med alvorlig kronisk sygdom knyttes en medicinsk specialist. Dvs. de forskellige koordinerende funktioner i de respektive organisationer udfoldes forskelligt i forskellige lokale sammenhænge.

5.1.2 Tovholder som grænsefladeproblematik

Tovholderbegrebet er i de senere år blevet brugt i organisatoriske vinkler på og nytænkning i forhold til sundhedsvæsenet. Fokus flyttes fra tovholderbegrebet, som det praktiseres og forstås inden for en specifik profession, som i Bojlen og Gannik's artikel (Bojlen og Gannik 2002) og i denne undersøgelse, til tovholder som et organisatorisk redskab på tværs af professioner og organisationer. Som eksempel kan nævnes Arentoft og Seemann's analyse af Aalborg Kommunes demensudredningsmodel, en analyse hvori almen praksis indgår, men også det specialiserede sygehusvæsen og det kommunale sundhedssystem (Seemann og Antoft 2002). Denne rapport er ligesom rapporten om kronikeromsorg centreret omkring begrebet 'shared care', der netop indikerer, at diagnose, behandling og rehabilitering skal ses som et sammenspil og samarbejde mellem forskellige faggrupper og sektorer. Styrken i netop denne undersøgelse er, at den, i stedet for at diskutere 'shared care' som koncept eller model, undersøger, hvordan et konkret forsøg på 'shared care' udmøntes i praksis, nemlig Aalborg Kommunes forsøg på at implementere en demensudredningsmodel, der kræver tværsektorielt samarbejde.

I denne analyse fremhæves grænseflader mellem organisationer som særligt interessante og til tider betændte brændpunkter og grænsefladerelationer som særligt vanskelige at håndtere. Tovholderbegrebet er ikke i fokus i denne rapport. Tovholderen er i denne demensudredningsmodel ikke den alment praktiserende læge, men derimod en specialuddannet demenssygeplejerske ansat i kommunen. Tværtimod fremstår den alment praktiserende læge i denne rapport som en stopklods i forsøget på at skabe sammenhæng på tværs. Den alment praktiserende læge beskrives især af de kommunalt ansatte sygeplejersker som udøvende passiv modstand eller ligegyldighed i forhold til implementeringen af modellen. Dette antydes også i en af rapportens hovedkonklusioner: At der i forhold til modellen er sket en opgaveglidning. Både demenssygeplejerskerne i kommunen og de specialiserede afdelinger i sekundærsektoren har påtaget sig for stor en del af det diagnostiske arbejde, som ifølge modellen skal varetages af den alment praktiserende læge. Ifølge denne rapport er den praktiserende læge altså ikke en særlig god tovholder, hvis tovholderi forstås som organisatorisk samarbejde i grænseflader.

Rapporten giver også nogle mulige grunde hertil, såsom den alment praktiserende læges manglende viden om og engagement i demensudredning og behandling, en presset hverdag hvor andre patienter og sygdomsdiagnoser fylder mere, at demensudredningen af lægen ses som en lavstatus opgave, samt manglende økonomisk incitamenter. Men især fremhæves værdier og normer i almen praksis.

I det følgende afsnit udlægges, hvad de praktiserende læger i vores undersøgelse har omtalt som 'organisatorisk arbejde', dvs. hvilke opgaver og udfordringer de forbinde med tovholderbegrebet i et organisatorisk perspektiv, og ikke mindst hvordan de forholder sig til disse opgaver. Det handler om at arbejde med den interne organisering af almen praksis; om at arbejde på tværs, så Bermuda-trekanten skrumper ind, og om at monitorere/kvalitetssikre.

5.2 Lægernes diskussioner af 'det organisatoriske arbejde'

Vi har inddelt lægernes diskussioner af de udfordringer, der følger med et organisatorisk blik på tovholderrollen i almen praksis, i tre afsnit: "Tovholder og organisation i egne

rækker", "Tovholder og samarbejde i grænsefladerne" og "Tovholder mellem evidens og lægekunst".

5.2.1 Tovholder og organisation i 'egne rækker'

Under gruppesamtalerne præsenterede vi de deltagende læger for to udfordringer i form af, hvordan andre ser på dem i forhold til det organisatoriske arbejde: De tænker kun tænker på pengepungen²⁵, og de er individualister, der hverken kan eller for den sags skyld vil samarbejde hverken med andre praktiserende læger eller andre faggrupper. Især beskyldningen for at være individualister gav anledning til nuancerede refleksioner og diskussioner i samtlige grupper.

Som allerede nævnt i metodekapitlet har der i undersøgelsen været en overrepræsentation af bl.a. praksiskonsulenter. Flere af disse gav udtryk for, at netop denne position, hvor de har været forpligtet til at forbedre samarbejdet mellem hospital og almen praksis, har gjort, at de er kommet til at se almen praksis udefra. Og at de godt kan genkende beskyldninger omkring individualismen. Her en praksiskonsulent fra Region Nordjylland:

O: Ja, men jeg tænkte på: Vi er jo så nogle, der er praksiskonsulenter. Og det vil sige, at i vores fritid, der arbejder vi faktisk med samarbejdet mellem sygehus og praksis. Og der kan vi sige, at der støder vi faktisk ofte på individualismen. For vi har meget svært ved, i det samarbejde, at nå vore kollegaer. Vi er jo praktiserende læger, der arbejder for, at det skal være bedre for praksis at arbejde sammen med sygehusene. Men sygehusene er nemmere at nå, for det er jo en enhed. Mens vi har store problemer med at nå vore kollegaer, så på den måde bliver vi ikke en ligeså troværdig samarbejdspartner. For vi kan ikke få vores flok til at makke ret om noget som helst! Vi kan henstille og sådan nogle ting. Og det er med til at... eller der kommer det individuelle problem frem igen ikke?

L: Mhnnn.

O: For vi har ikke, vi er ikke en samlet flok... *Gruppeinterview, Region Nordjylland, LG*

En anden læge påpeger, at problemet ikke er individualisme på det personlige plan – den findes overalt, men snarere manglen på en samlet faglig administrativ organisation:

P: Men det andet niveau i det her, det er, at der er ligeså mange individualister i kommunen og også på sygehusene, men der er en administration, der er nogle overordnede, der banker folk på plads. Der er bureaukrati, som laver vejledninger, som implementerer, som laver kvalitetsmålinger, og som laver oplæg til de andre. Når vi går til møder med regionen eller..., så har de jo siddet en hel dag og lavet oplæg. Og vi kommer halvsende, for vi har jo måske kørt hele natten eller har ikke fået læst dags-

²⁵ Svarene på udfordringen omkring 'at være styret af pengepungen' har samstemmende været, at eftersom møder foregår enten i lægens fritid eller fratager ham/hende muligheden for at udføre sit lønnede arbejde, skal man som praktiserende læge selvfølgelig aflønnes for at deltage i møder.

ordenen endnu. Det er en helt anden kultur. Og hvis vi skal overleve det her, der sker i øjeblikket, så er vi nødt til at lave en faglig administrativ organisation, der matcher, dvs. der kommer med faglighed, der kommer med oplæg, der hjælper med at implementere, for ellers bliver vi fundet kørt over af det, der sker i øjeblikket. Og det har vi jo aldrig haft.

Gruppeinterview, Region Nordjylland, LG

Flere steder i interviewene taler lægerne om kultur som en barriere, at samarbejde ikke er en del af 'individualismekulturen' i almen praksis. Men en af lægerne mener ikke, at det er tilfældet. Han påpeger, at det handler om, hvordan man har fået arbejdsdagen organiseret.

P (afbryder, alvorligt): Ja, altså jeg er meget uenig i udsagnet. Det tror jeg slet ikke gælder.

L (lyder overrasket): Nej?

P: Men jeg tror, vi har fået os selv manet op i et hjørne i den måde, vi har fået os selv ansat på i vores overenskomster. Vi er den lægegruppe, der har langt den største op-tid, altså direkte patientkontakt. Det er jo 90 % af tiden. Fra otte til tre, der er det jo ikke andet end direkte patientkontakt. Det er jo det, der gør, at folk føler, de hurtigt kan komme i kontakt med systemet, at det kører sådan. Med der er også ulemper. Vi får ikke reflekteret. Og vi får ikke tid til at implementere den del, der skal udvikle vores fag. Vi vil da gerne arbejde sammen. Det er jeg helt sikker på... Det kan godt være, der er nogle gamle... øh, hvad hedder det...

S: Ronkedorer.

P: Ja ronkedorer, der ikke vil.

B: Dinosaurer!

P: Men det typiske er, at der kommer rigtig god vejledning, men vi har ikke kræfterne til at få hævet os fra det udøvende niveau... og så til at få det implementeret i vores hverdag. Det er jo vores overenskomst. Men det er jo vores egen skyld. Det er ikke for at tørre det af på nogen, det er så betalingen for, at der ikke er noget filter. For alle andre steder er der jo et filter. Og det går så ud over det andet. *Gruppeinterview, Region Nordjylland, LG*

Opsamlende har lægerne i gruppeinterviewene reflekteret over, hvordan denne individualistiske kultur eller individualistiske organisering i almen praksis på forskellig vis hindrer kvalitet og udvikling i arbejdet. En læge fra Region Syddanmark påpegede dog, at 'noget individualisme' kan være en fordel. Han har valgt almen praksis, bl.a. fordi der er mindre bureaukrati. Vejen fra tanke til handling er kortere.

I: Der er ikke nogen tvivl om, at i hvert tilfælde jeg ser det som en fordel, at man i hvert tilfælde har noget individualisme ... Jeg forlod det andet, fordi jeg synes, at det spænder omkring kroppen...

L: Var det som embedslæge?

I: Det var som embedslæge, og det har noget med standen at gøre. Det har først og fremmest noget med offentlig ansættelse at gøre...

L: Hvordan spænder det om kroppen?

I: Det er det her med, at nu sad vi og havde en masse visioner og ville gerne lave en masse nye ting (...), men i det øjeblik, hvor det skulle til at koste penge eller havde konsekvenser, så var man bare luft altså, der kunne man ikke få lov til at gå længere. (...) Og der er min oplevelse af at gå i praksis igen... på trods af, at jeg har kollegaer ansat, som jeg skal blive enig med... , men hvis vi er enige, så kan vi ændre det... altså beslutningsvejen til at ændre sin adfærd eller sin procedure, den er meget kort.

L: Ja.

I: Det er med til, at jeg godt kan lide det. Det er ikke, fordi jeg er anarkist, jeg sidder jo sammen med fem andre kollegaer og skal blive enige om, hvad man skal lave. Men jeg prioriterer da det, at man kan få sine ideer til at komme til udtryk. Det er helt klart. *Gruppeinterview, Region Syddanmark, LG*

Denne korte vej fra tanke til handling og en generel utålmodighed i forhold til bureaukratiske arbejdsgange og langsomme processer viser sig også i det følgende, hvor lægerne diskuterer samarbejde på tværs.

5.2.2 Tovholder og samarbejde i grænsefladerne

P: Hvis de spørger, om vi vil samarbejde... nu kommer myten så, så bliver vi bænket til et bord, og der er 18 mennesker samlet til en udskrivnings-samtale. Og det tager en krig! (folk griner). Og det rykker ikke ret meget. Det er helt i modsætning til den måde, vi plejer at arbejde på med hurtig omsætning. Og jeg siger ikke noget med, at det er en god måde, men, men, vi kan næsten ikke sidde stille derinde. Og det er de her forskellige kulturer, der gør, at egentlig vil vi gerne samarbejde, men det bliver ofte på de andres præmisser. Og dels er der det økonomiske... men der er også noget mentalt i det.

L: Ja.

P: Vi kan simpelthen ikke holde det ud! (lægerne bryder ud i latter).

F: Når du siger omsætning, så handler det jo også om, at for os... det gælder det om at se det næste problem, løse det næste problem og ikke omsætning i omsætningens betydning. Mere det her med: "Hvem er den næste vi skal møde?" Ikke? *Gruppeinterview, Region Nordjylland, LG*

Dette citat fra gruppeinterviewet i Region Nordjylland samler ganske godt lægernes udmeldinger omkring samarbejdet med kommunerne. I samtlige gruppeinterview udspandt der sig lange snakke mellem lægerne om de stigende problemer, de oplever i

forhold til samarbejdet med kommunerne: Skiftende sagsbehandlere, for lang sagsbehandling og måske nok vigtigst af alt en svigtende respekt omkring praktiserende lægers vurdering. Oplevelsen var, at hvis kommunen ikke brød sig om lægens vurdering, ja så bestilte man bare en anden.

Men lægerne fremhævede også, hvad der skulle til for, at forløbene i det tværfaglige og tværorganisatoriske samarbejde kunne blive bedre. Ikke overraskende fremhævede de det, der kendetegner det relationelle perspektiv på tovholderrollen; det at de kommunale sagsbehandlere var de samme over tid, og at de satte sig ind i og tog udgangspunkt i et kendskab til den enkelte klients forhistorie og situation. Lægerne gav udtryk for, at hvor de store systemer – kommunerne og hospitalerne – muligvis havde styr på de organisatoriske dele (som almen praksis kunne lære noget af), havde de meget at lære i forhold til at være tovholdere (underforstået i et relationelt perspektiv). Et sådan fælles udgangspunkt i patienten ville efter deres udsagn give et forbedret samarbejde mellem de forskellige faggrupper og organisationer. Ligesom udsagnet omkring Bermuda-trekanten, der skrumper ind, hvis en person i hver organisation (almen praksis, hospital og kommune) står for at være tovholder, kunne dette pege i retning af indføringen af case manager og care manager funktioner sammen med tovholderfunktionen i almen praksis. Ifølge de alment praktiserende læger, vi har talt med, skal disse funktioner tage udgangspunkt i et relationelt perspektiv på tovholderrollen, hvis der skal skabes sammenhæng og gode patientforløb.

Derudover gjorde en yngre kvindelig læge opmærksom på nødvendigheden af at mødes ansigt til ansigt, at være villig til at anerkende og respektere den anden part og ikke at forskanse sig på grund af sin egen angst for, om man er god nok, som væsentlig for samarbejdet i de vanskelige grænseflader.

E: ...både os og sygehuslægerne, vi holder kortene tæt ind til kroppen. Altså hvis vi er lidt i tvivl om, om vi har gjort det rigtige, så er det også nemmere at sige, jamen de andre, de er også nogle idioter, så jeg trækker mig lidt. Så bliver man også sådan lidt forskanset, ikke sandt? For det er i virkeligheden angsten igen ikke, hvis man er bange for, at man selv ikke er god nok, så bliver det de andre, der er dumme. Og det tror jeg i virkeligheden kun der er én ting at gøre ved, og det eneste jeg tror, man kan gøre, det er at mødes. Og samarbejde om det. Altså hvis jeg mødes med overlæge ditten, dutten, datten, som jeg synes er en idiot, og vi skal samarbejde om en patient, en diabetespatient for eksempel, så er vi nødt til at lære hinanden at kende og finde ud af, hvordan ser det ud fra din side af bordet, og hvordan ser det ud fra min. Og så sker der det, at pludselig så forsvinder idioten, og i stedet kommer samarbejdspartneren.

Gruppeinterview, Region Sjælland, LG

Denne læge anvender de kommunikative kompetencer, som den alment praktiserende læge har udviklet i forhold til patienterne og deres familier på det tværfaglige samarbejde. Også i det tværfaglige samarbejde handler det om kendskab, tillid og empati, det handler om at være i kontakt og dialog. Så forsvinder idioten, og i stedet kommer samarbejdspartneren. Opsamlende kan man sige, at de praktiserende læger har peget på relevansen af de kompetencer, der hører til et relationelt perspektiv på tovholderrollen,

som en måde at løse problemerne i det tværorganisatoriske samarbejde. Denne læge efterlyste desuden eksplicit et mere organisatorisk blik på tovholderrollen – efterlyste at man holdt op med at tænke som individualister i almen praksis og begyndte at tænke i teams.

Og det er den måde, vi kører det på hos os, og det gælder også i forhold til sygeplejersken. For eksempel at i stedet for at sige: Det er *mit* ansvar, det er *mig*, der er tovholder, og det er *min* skyld, hvis det går galt med denne her patient, så siger vi: Det er jeres og mit ansvar, det er mig og min sygeplejerskes problem, at min kok (patient) her kommer videre. Det er ikke kun mig, det er et fælles projekt. Og også i forhold til for eksempel en cancerpatient, så siger man: Det er mig og overlægen, der er tovholder for denne her patient, der er mig og en kontaktperson, så det er et fælles projekt! Eller det kan være sygeplejersken på cancerafdelingen. Så man ikke er så alene med den her tovholderfunktion. Det kunne jeg på en eller anden måde godt tænke mig, at det teamarbejde gik ind og supplerede eller afløste tovholderrollen. For tovholderrollen er så ensom! Og man kan godt blive kørt sådan lidt i offensiven eller blive lidt trængt, så det er altså lidt mere hensigtsmæssigt med noget teamarbejde, frem for at tro at man kan styre hele verden for enden af det her tov! *Gruppeinterview, Region Sjælland, LG*

5.2.3 Tovholder mellem evidens og lægekunst

Beskyldningen for at være individualister og udfordringen fra det organisatoriske perspektiv samlede sig også i diskussioner om evidens og fælles standarder for behandlinger, der i kronikermodellen optræder som patientforløbsbeskrivelser eller guidelines. Her forklarer en læge, hvordan alment praktiserende læger både er og ikke er individualister. I behandlingen skal der for eksempel følges fælles standarder.

L: Jeg kunne også godt tænke mig at kommentere det, du siger med, at vi er individualister. Det er vi egentlig ikke i den forstand, at hvis der kommer en patient med sukkersyge, så er det jo nogle standarder for, hvad man kan behandle den patient med. Vi sidder ikke bare og vælger, hvad vi synes er godt! Altså, der er jo konsensus for en hjertesygdom, en sukkersyge osv. *Gruppeinterview, Region Midtjylland, LG*

I et af de andre gruppeinterviews markeres ligeledes, at de senere års fokus på evidensbaserede standarder har forbedret behandlingen – ikke mindst af kronisk sygdom.

O: Altså hånden på hjertet. Så må vi jo sige, at fokus på de her sygdomsgrupper, som fokus på for eksempel kronikere, det har da medført et kvalitetsløft i vores egen sektor, altså vi er blevet bedre til at behandle blodtryk. Vi må jo sige, at det jo er evident, at det at nedsænke blodtrykket på folk, det nedsætter betragteligt deres risiko for at få blodpropper i hovedet, ikke. Og det er vi da blevet bedre til, også til at behandle sukkersyge, ikke mindst KOL, som jo har gået for lud og koldt vand i mange år,

så det har da været den gode bivirkning. Så er det klart, at vi skal passe på med at få dem rubriceret som 'kronikere' og så ud af vagten med dig, altså vi skal da bibeholde fru Hansen, individet. *Gruppeinterview, Region Nordjylland, LG*

Så evidensbaserede standarder er godt, men man må ikke glemme den individuelle tilpasning. Flere læger udtrykte bekymring over det nye kronikerbegreb, at det var stigmatiserende, at det puttede en gruppe patienter i en kasse, der hed: Du koster for mange penge, du er til besvær, og du skal ikke have den bedst mulige pleje. En anden læge fremhæver den modstand, han i kraft af sin position som praksiskonsulent har mødt i forhold til implementeringen af fælles standarder.

O: Der møder man ofte den modstand: "Ja, det kan godt være, de siger sådan, men jeg har nu tænkt mig at gøre noget andet".

L: På hvilket grundlag?

O: Ja, men det kan være ud fra ens kendskab til patienten. Og det kan godt være, patienten har den sukkersyge, men *jeg* ved, eller har snakket med patienten om, at vi når ikke de mål, man lige skal nå, og at det måske heller ikke er så væsentligt lige nu. Der er andre ting, der er mere væsentlige i patientens liv. Så: 'Vissevasse, det springer vi over'.

L: Ja?

O: Altså, der kommer individualisten frem og det, og der kommer vel også det frem, som de fleste vil kalde lægekunsten, altså at se bort fra det, man egentlig kunne sætte en chimpanse til at lave. Det er jo det, det handler om ikke? *Gruppeinterview, Region Nordjylland, LG*

Lægen fanges her i et dilemma: Skyldes modstanden mod implementering sjusk og en fagligt ringe underbygget modstand mod fælles standarder à la "Vissevasse, det springer vi over", eller handler det om lægekunst? Følger man argumentation fra kapitel 3, kan dette dilemma forstås som en mangel på legitimt sprog. Lægen ved ikke, om han skal forstå det individualiserende aspekt i den kliniske praksis som sjusk eller som anvendelsen af praktisk dømmekraft. Man kan også forstå det som et sammenstød mellem to forskellige rationalitetsforståelser, der eksisterer side om side i almen praksis: Den naturvidenskabelige rationalitet der ligger bag ideen om universelle standarder, og den praktiske rationalitet der handler om tilpasningen af disse til den specifikke patient i den specifikke situation.

De praktiserende læger befinder sig i en bestemt historisk situation, hvor evidensbaseret medicin udgør den primære ramme for forståelsen og udviklingen af klinisk praksis, og for hvad kvalitet i klinisk praksis er (Timmermans & Berg 2003). Det aspekt af den evidensbaserede medicin, som især er relevant i forhold til tovholderbegrebet, er spørgsmålet om standardisering som et middel til forbedring af klinisk praksis (Timmermans & Berg 2003). Den overordnede tankegang omkring udvikling og kvalificering af det kliniske arbejde via evidensbaseret udelader aspekter, der er særdeles væsentlige for forståelsen af og udviklingen af den kliniske praksis. Præcis de aspekter i almen praksis vi har redegjort for ovenfor, og som de praktiserende læger konstant vender

tilbage til, nemlig den individualiserede strategi. Som det er blevet påpeget fra flere kanter, er den evidensbaserede medicin ikke nødvendigvis nogen hjælp, når spørgsmålet for den praktiserende læge omhandler det situerede, det individuelle, det dilemmafyldte (Juul Jensen 2004; Mol 2006). Som Mol udtrykker det, er det vigtigt at skelne mellem at "prove or improve" klinisk praksis (Mol 2006).

I den evidensbaserede tilgang handler det primært om at bevise en bestemt behandlings effekt og derefter om at implementere den så at sige så støjrit og rent som muligt. Den praktiske rationalitet og dømmekraft, som vi har søgt at redegøre for som central i det kliniske arbejde i almen praksis, handler netop om støjen, dvs. om at vurdere, hvad der er rigtigt for den enkelte patient, om at træffe beslutninger når ting ikke går, som de skal, eller ikke er, som de skal være. Når diagnoser ikke kan findes, eller behandlinger ikke spiller sammen. Når vi befinder os 'mellem to stole'.

Lægerne arbejder med en dobbelt rationalitetsforståelse: Den biomedicinske og den praktiske. En anden læge fra Region Syddanmark udtrykker det ved, at de fælles standarder, evidens og guidelines skal implementeres med sund fornuft, altså et dagligdags udtryk for det, vi i denne rapport har kaldt praktisk rationalitet. Han argumenterer for, at det ikke er et spørgsmål om enten-eller, men om både-og. Han arbejder både med fælles standarder og med en praktisk dømmekraft, der individualiserer. Hvis ikke dette var tilfældet, kunne man ligeså godt sætte chimpanser eller computerprogrammer til at udføre lægens arbejde.

H: Jeg tror da, at evidens og guidelines er udmærkede, men de skal bruges og implementeres med fornuft, empati og forståelse for, hvilket afsæt den enkelte patient har i den givne situation. Altså, det kan ikke nytte noget, at... Jeg var til et møde forleden, hvor: nu skal alle patienter mødes af de samme tilbud og muligheder og så videre. Hvis vi skal til at ensrettes, så vi ligner hinanden alle sammen, så kan de jo ligeså godt sætte chimpanser til at tage blodprøver på folk som et computerprogram ikke? Altså, det ville virkelig være at skyde sig selv i foden og ødelægge alt det, vi står for. Men jeg tror da, at vi er nødt til at have en eller anden fællesnævner. *Gruppeinterview, Region Syddanmark, LG*

En læge fra Region Nordjylland forklarer denne dobbeltstrategi i forhold til patientforløbsbeskrivelserne i de nye kronikermønstre (introduceret ovenfor). Hvordan de kan bruges og vejlede, men også hvordan de ikke er baseret på, hvordan livet er.

L: Hvad gør man så? Hvordan bruger man sådan en beskrivelse?

B: Du kan bruge den til en distinkt sygdom. Det er jo det, der er problemet i kronikermønstre, det er, at folk ligesom kan placeres i bestemte kasser. Men tit fejler de jo altså flere ting, mange andre ting. I en konsultation er det jo typisk en tre fire ting, de har ikke ... og vi kan jo ikke sende dem ud ad fire tangenter vel? Det ville jo blive alt for bøvlet for patienterne, ikke. De kan fejle noget helt konkret større, KOL eller diabetes, men i virkeligheden er det jo næsten det hele, vi ser på. Men det er sådan et konglomerat. Og det er det, der gør det. Det er, ligesom om man

tror, at bare man standardiserer det her ved at sige, at så snart de fejler det, så skal de ha' den behandling... sådan er livet ikke...

L: Så det er lidt naivt?

B: Det er naivt, ja. Og så er der også mange kronikere, der har det rigtigt godt og ikke føler sig som syge; de skal bare til kontrol en gang imellem, og en snak en gang imellem. Så det løser ikke sundhedsbudgettet at putte folk i nogle kasser og standardisere og...

C: Men derfor er det jo fint nok med nogle rammer. *Gruppeinterview, Region Nordjylland, LG*

Disse diskussioner omkring det standardiserede overfor det individualiserede, om evidens og guidelines overfor lægekunst udspandt sig i samtlige gruppeinterviews. Vi foreslår, at man samler lægernes selvforståelse i dobbeltbegrebet *evidensbaseret lægekunst*, og at man gør sig klart, at man derved placerer den praktiserende læge i to modsatrettede, men i bedste fald komplementære rationalitetsforståelser. Som sagt udspandt disse diskussioner sig i samtlige gruppeinterviews. I begge typer interviews forsøgte vi også at få lægerne til at vægte mellem de to forståelser, og vi fik hver gang et todelt svar. For det første at arbejdet med mennesker (den praktiske rationalitet) er det vigtigste, og for det andet at det videnskabelige og det menneskelige ikke kan skilles ad:

P: Jeg tror nok, at de fleste af os får drivkraften i det menneskelige. Altså, jeg kan kun sige, hvordan jeg selv har det. Men det er ikke det dybt videnskabelige arbejde, der hjælper mig videre og gør, at jeg kan holde det ud. Det er det menneskelige. Den respons jeg får fra patienterne, hvor jeg lærer noget. Det er dét, der er det spændende arbejde – det er ikke så meget videnskaben. Men selvfølgelig også at ha' noget man kan rådgive om, det er da vigtigt. Men for mig er det i hvert tilfælde det første.

S: Jamen jeg synes netop ikke, man kan dele det op; det er helheden! At vi er holister. Hvis man begynder at dele praktiserende læger op, så mister man helheden i det. *Gruppeinterview, Region Sjælland, LG*

Vi har i det ovenstående introduceret distinktionen mellem et relationelt og et organisatorisk perspektiv på tovholderrollen, vi har redegjort nærmere for det organisatoriske perspektiv, og vi har formidlet de praktiserende lægers diskussioner af det organisatoriske arbejde, der forbindes med det organisatoriske perspektiv. Afslutningsvis vil vi koble dette til de citater, der indledte denne rapport: 'Tovholder det har vi altid været' og 'Tovholder det er noget nyt'. Det handler om en tovholderrolle, der er under forandring.

5.3 Tovholder før og nu

Jeg hedder Ove og jeg er 58 år og har haft min praksis i 29 år. Først ni år i solopraksis, så ni år hvor vi var to og ni år med tremands kompagniskabspraksis. Og klientellet er, øh ja, jeg har tænkt på, at når man har været så længe i praksis, så bliver tovholderfunktionen jo også set i et hi-

storisk forløb. Hvis jeg skal sige noget om det lige nu, så kan man jo sige, at det har ændret sig meget, altså fra at det var meget lokalt, da jeg var alene, og nu er det præget af, at der er kommet nogle flere læger ind, og masser af kvinder og børn kommer myldrende frem...

L: Var du også på den samme lokalitet, da du var i solopraksis?

O: Ja, det har hele tiden været samme sted, men det har ændret sig. (...)

Det var et helt andet liv dengang. (...) Vi var ikke det frie erhvervsliv.²⁶

Der var vi jo sådan *rigtige* læger, *rigtige* tovholdere med besøg... og tog os *rigtigt* af patienterne. *Gruppeinterview, Region Hovedstaden, LG*

Vi sidder til gruppeinterview i et mødelokale i Københavns Kommune for de læger, der har meldt sig som deltagere fra Region Hovedstaden. Der er ni læger til stede, og vi er i gang med 'runden', hvor hver deltager siger sit navn, alder, praksistype og lokalområde/population for praksis og derefter fortæller en kort case fra den sidste uges arbejde, der for ham eller hende handler om at være tovholder. Ove har lagt ud med at fortælle om sig selv og sin lægepraksis før og nu: Han har været på samme sted i de 29 år; han har været praktiserende læge, men alt har forandret sig – kvarteret, patienterne, praksis, overenskomsten og også tovholderrollen. Han går videre til eksemplet. Under runden har lægerne ofte ikke kunnet holde sig til de to minutter, vi har givet dem, men er blevet grebet af detaljerne og forløbet. Ove bruger ikke engang sine to minutter, men fortæller kort og koncist om en konsultation fra den sidste uge:

O: Ja, en 51-årig kvinde som har været langtidssygemeldt, og jeg har snakket lidt med hende om nogle drukproblemer og sådan... for længe siden. Og så kommer hun pludselig og har bestilt tid. Og siger så: "Ja, men inde på scleroseklinikken, der sagde de, at jeg skulle gå herhen, fordi de havde fundet noget...". Og så siger jeg, at det kan jeg altså ikke, for jeg har ikke fået noget at vide om, at hun har været dér, så det ved jeg ikke noget om. "Og det var da også mærkeligt, fordi de sagde jeg skulle gå herhen" (siger kvinden). "Og der var noget med en skanning og det ene og det andet. Skanningen blev lavet for noget andet, men så fandt de det her, og det var da mærkeligt... Så må du ringe til din læge". Ja, det var den historie. *Gruppeinterview, Region Hovedstaden, LG*

Vi sidder lidt afventende. Der er spørgsmål: Havde han henvist hende? Hvordan er hun kommet ind på scleroseklinikken? Ove forklarer, at han ikke ved andet end det, han har fortalt, og at hun, så vidt han ved, ikke er plaget af sclerose på nogen som helst måde. Jeg spørger Ole, hvad det er, han med dette eksempel vil sige om tovholderrollen.

²⁶ Ove refererer her indirekte til "Københavnserordningen", som han personligt var meget glad for. Direkte adspurgt om dette svarer han: "Vi bestemte jo selv, at vi ville noget andet". Når talen er faldet på københavnerlægen i andre sammenhænge, har størstedelen af lægerne meldt ud, at de ønsker den ordning, de har nu. Der refereres ofte til den manglende effektivitet under den overenskomst, for eksempel hentydninger til, at lægerne kom kl. 10 og gik kl. 14.

L: Og prøv at fortælle mig, hvad det er du vil sige om tovholderfunktionen med den fortælling?

O: Ja, men jeg tror det er et led i den udvikling, at nu skal patienterne være tovholdere i deres eget liv, og så får de at vide, at der er noget galt, og så går de til egen læge. Der siger de så: "Jeg har fået at vide, at jeg skulle sige, at der var noget galt". Og der har man så ikke fået noget af vide. Det havde man jo i gamle dage, der havde man jo fået udskrivningskort tilsendt fra X hospital, hvor det stod, at dét og dét er i vejen. Jeg har foreslået at tage kontakt til egen læge. (...) Så jeg sagde til patienten: "Ja, men så må du jo tage derud igen og sige, at de skal komme med nogle oplysninger til mig. Og så må vi mødes igen". Jeg har opgivet selv at... - eller jeg gider ikke at bruge tid på det! Det må så være hende, der tager rundt efter det. Og det synes hun også, at det var, det var soleklart... (pause). Og sådan tror jeg fremtiden bliver!

L: At patienten selv kommer og fortæller...?

O: Eller også får man en tilladelse til at gå ind og kigge i deres journaler på nettet. Og så kan man gå ind og se, hvad de andre læger har skrevet om dem. Sådan tror jeg det bliver...

L: Okay?

O: Det er da også meget smart. *Gruppeinterview, Region Hovedstaden, LG*

Som det klart fremgår af Oves fortælling, er tovholderfunktionen påvirkelig af den historiske udvikling. Selvom Oves fortælling skiller sig ud, er der samstemmende tilbagemeldinger fra alle steder i landet. De sidste ti til femten år har forudsætningerne for at agere som tovholder forandret sig. Her en læge fra Region Midtjylland.

B: Jeg fornemmer i hvert tilfælde mere nu end før, at de patienter, vi har henvist videre i systemet, altså når de kommer tilbage, så er der 'kigget' på dem, altså kikkertsyn ikke? Og resten af patienten bliver let glemt. (...) Det synes jeg i hvert tilfælde oftere, at jeg får den fornemmelse, end jeg gjorde for ti, femten år siden. Jeg ved ikke, hvor mange der har den samme opfattelse. Det kan godt være, at det er mig, der er paranoid, men altså jeg synes oftere, der har man den fornemmelse: Jeg må hellere lige tjekke, om de har tænkt på dét, om de har tænkt på dét og på dét. *Gruppeinterview, Region Midtjylland, LG*

Især udviklingen i sekundærsektor nævnes som grund. Det hele er blevet mere 'hyperkomplekst'. Her en læge fra Region Sjælland:

J: Altså, som verden ser ud i dag, er det hele blevet meget mere forvirrende. Dengang var der faste overlæger på de forskellige afdelinger, man brugte, nu farer patienterne rundt. Det var derfor, jeg brugte betegnelsen rejsebureau. For det er en lang ringen for sekretæren for at få sendt

patienterne til de rigtige speciallæger og sørge for, at det bliver en god rejse for dem...

L: Og hvorfor er det blevet sådan?

J: Fordi, øh systemet, man henviser til, er mange forskellige overlæger på mange forskellige afdelinger. Dengang var der måske to overlæger på et lokalsygehus. I dag er der jo mange! Og det vil sige, hver har deres eget lille kongerige, som vi har vores lille kongerige, og det er blevet meget mere umuligt at få kommunikeret rundt. Det vil sige, at det er blevet meget mere hyperkomplekst! *Gruppeinterview, Region Sjælland, LG*

Men også patienterne har forandret sig; de vil være tovholdere selv. Vi er tilbage til gruppeinterviewet i København:

D: Men man kan da også høre, at vi her rundt om bordet også er midt i en brydningstid. Hvor vi før hen automatisk har følt os som gatekeeper og tovholder for alle vores patienter, så skal vi nu til at finde ud af, at der er også ligesom nogle, der gerne vil være tovholdere selv. Nu er det ligesom at være mor for sådan nogle teenagebørn, der nogle gange gerne vil være ude og andre gange hjemme, ikke? Det der sceneskift, det kan jeg godt genkende. For engang var vi bare mor for dem alle sammen, men det... det skal vi ikke være mere... nok? *Gruppeinterview, Region Hovedstaden, LG*

Vi indledte dette afsnit med Oves case fra gruppeinterviewet i København²⁷. Nu er vi kommet til den sidste læge i runden. Hun fortæller, at hun for kort tid siden har besluttet sig til at lave et tovholdereksperiment. Hun har forsøgt at gøre alt det, hun mener, er det rigtige at gøre som tovholder for en 76-årig kvindelig patient:

S: Og der har jeg virkelig prøvet; bedt lægerne om udskrivningskort, ringet derop, bedt dem om at svare på spørgsmål, inden jeg skulle tale med patienten. Det er aldrig lykkedes! Ikke en eneste gang har jeg fået svar tilbage fra de der afdelinger. Og så er patienten kommet ind til mig, og vi har ikke haft noget at tale om, fordi jeg ikke har fået noget at vide, og så er patienten frustreret. Og så har jeg nogle gange sagt: "Jamen så må vi gøre sådan" og derefter skrevet til lægen og bedt dem om at kommentere-

²⁷ Der har i gruppeinterviewene været markante regionale forskelle i forhold til, hvor trængte lægerne har været i forhold til rollen som tovholder. Da gruppeinterviewene ikke er repræsentative hverken i udvælgelse eller antal, er det ikke muligt at sige noget gyldigt om, hvordan disse forskelle skal tolkes. Vi mødte således i Region Hovedstaden og Region Syddanmark cases, der var væsentlig vanskeligere i forhold til tovholderi, især med det omgivende sygehusvæsen. Adspurgte svarede lægerne, at dette skyldtes den specifikke organisering af sygehusene i deres lokalområde. Hvor vi i de andre regioner oplevede en frustration over kommunikationsproblemer med sekundærsektoren, mødte vi i disse to regioner en udpræget resignation med hensyn til muligheden for overhovedet at agere tovholder (mest udpræget i Region Hovedstaden). Vi har tolket dette som et vidnesbyrd om, at tovholderrollen er afhængig af kontekst, dvs. muligheden for at agere tovholder handler ikke kun og ikke engang primært om forhold i almen praksis, men i endnu højere grad om organiseringen af det omgivende sundheds- og socialvæsen.

re på det. Så der har jeg virkelig prøvet meget systematisk at gå ind i det. Det er en tung opgave.

Hun fortsætter:

S: Det jeg vil sige med den der 76-årige dame, som jeg prøvede at være tovholder for, er: Det har jeg simpelthen ikke tid til! Altså, det er jo det andet dilemma: Sådan kan jeg simpelthen ikke, når det er så besværligt! Så er der ikke tid til det i en stresset hverdag, at man skal ringe op mange gange, skrive breve og sådan noget vel? Vi skal vel være noget mere sammenhængende? *Gruppeinterview, Region Hovedstaden, LG*

Hvordan ser tovholderrollen ud i et samfund, et sundhedsvæsen og et fag, der er under forandring? I det følgende ser vi på, hvordan almen praksis i de senere år er blevet fremstillet som en profession under pres og forandring.

5.3.1 En profession under pres og forandring?

Mange mener, at almen medicin er et fag, der i disse år er under stærk forandring. Under overskrifter som "Almen praksis på åbent hav" (Bojlen og Gannik 2002), "En profession under pres" (Gannik & Salling Olesen 2002), og "Familielægen er truet" (Bjørnsson 2004) beskrives almen medicin som en kasterbold (Gannik 2004) og som underlagt indre og ydre pres (Hølge-Hazelton 2006b).

Den praktiserende læge beskrives som under pres: Patienterne er for mange, lægerne for få, forventningerne til hvad den praktiserende læge kan løse stiger, og lægerne føler på forskellig vis, at fagligheden skrider. Der berettes om en udbredt fornemmelse af pres og udbændthed. Forskningsprojekter og kurser omhandler nu ikke bare patienternes, men også lægens sårbarhed.²⁸

Forskellige billeder på forandring er blevet fremført, hvoraf vi her vil nævne to. Det første repræsenterer en forholdsvis optimistisk vinkel på, hvordan almen praksis udvikles og forandres, fremført af PLO's bestyrelse:

Almen praksis i Danmark er blevet til ved en stille evolution, og faget har udviklet sig til et speciale. Det har vist sig at være en sund måde at udvikle almen praksis på, og der er skabt et primært sundhedssystem, som tilmed er bæredygtigt ind i fremtiden. Uanset lægemangel og politiske krusninger er det afgørende ikke at slække på de centrale værdier – også selvom det i en periode medfører vanskeligheder med at få tilpasset arbejdsmængden (Bestyrelsen 2001, s. 10).

Det andet, som er fremført af sociolog Dorte Gannik, der igennem mange år har beskæftiget sig med udvikling og forskning i almen praksis, repræsenterer en mere kritisk

²⁸ Lægens sårbarhed er en del af et forskningsprogram ved Enheden for Almen medicin KU (Malterud & Hollnagel 2005). Ligeledes Risør og Risørs artikel, som omhandler et kursus for praktiserende læger, der egentlig handler om kommunikation mellem læge og patient, men ender med at handle om lægens egen sårbarhed og indre psykologiske konflikter (Risør & Risør 2005).

vinkel på, hvordan almen praksis håndterer (ikke mindst de seneste års) krav om forandring:

Almen praksis er vokset frem gennem en lang historisk tradition, hvor – med et citat – sten er lagt på sten, uden at man egentlig har forholdt sig til, om huset har (fået) den rigtige størrelse og indretning. I de senere år har almen praksis i høj grad været kastebold for en række eksterne udviklinger, som det har været svært at påvirke eller undgå. Derfor er det mere end nogensinde før relevant at træde et skridt tilbage og indgå i en debat, om faget og sektoren er på vej i den rigtige retning (Gannik 2004, s. 661).

PLO's bestyrelse beskriver 'den stille evolution' som en 'sund måde at udvikle almen praksis på', der har skabt et primært sundhedssystem, som er bæredygtigt ind i fremtiden. Gannik fremfører i en mere kritisk tone, at den senere tids pres har ført til tilfældige beslutninger og forandringer, eller – som hun kalder det – 'sten lagt på sten', der i det lange løb vil vise sig at være meget lidt konstruktive ikke kun for almen praksis, men for det samlede sundhedsvæsen. Andetsteds benævner hun de seneste års forandringer i almen praksis som 'hovsa-omstillinger', dvs. omstillinger der foregår uden omtanke og refleksion og på trods af hensigtserklæringer om at holde fast i fagets kernekompetencer (som det f.eks. kommer til udtryk i indledningscitater fra PLO's bestyrelse) (Bestyrelsen 2001).

I en undersøgelse af praktiserende læger i Nordjylland definerer Gannik ligeledes forskellige scenarier i forhold til, hvordan lægerne ser på den historiske udvikling i almen praksis: I et kritisk perspektiv som en naturlig del af den historiske udvikling eller som en positiv mulighed (Gannik og Saaby 2004).

Den case, vi præsenterede i slutningen af kapitel 3 – dystopien, hvor tovholderrollen både i forhold til disease, illness og sickness (de tre grundlæggende tovholderfortællinger) går galt, peger også på pres og på forandringer i og omkring den alment praktiserende læge. Den kvindelige patient går egne veje og efterspørger ikke lægen som tovholder. De private sundhedsudbydere melder ikke tilbage til den praktiserende læge og udhuler dermed også lægernes mulighed for at agere tovholdere.

5.3.2 Kontinuitet og forandring i almen praksis

I årtiet omkring 2000 var der krisestemning i almen praksis i Danmark. Krisen skyldtes især lægemangel, der hindrede et naturligt generationsskifte og medførte strukturelle ændringer i form af koncentration af læger ved sammenflytning i kompagni- og samarbejdspraksis og samtidig opgivelse af solopraksis. Udefrakommende krav om øget service overfor patienterne, herunder udvidede åbningstider, elektroniske patientjournaler og e-mail konsultationer, samt større effektivitet og tanker om offentlige sundhedscentre, forstærkede krisen (Nyland 2006, s. 11).

Nick Nyland indleder bogen "Alment praktiserende læger i Danmark 1900-2000. En professionshistorie" (Nyland 2006) med at skildre den krisestemning, der omkring årtu-

sindskiftet præger almen praksis som beskrevet ovenfor. Oplevelsen af pres og forandring er en medvirkende faktor til den 'fin de siècle' stemning af krise, som Nick Nyland refererer til. Med et historisk blik kan han dog også fastslå, at det ikke er første gang, almen praksis har været i krise; at krisen har været mere eller mindre permanent, og at sådanne kriser tidligere har ført til mulighed for både forringelser og forbedringer af professionens vilkår.

Flere af de nutidige temaer er gengangere fra tidligere, og man vil opdage, at krisetilstanden i almen praksis stort set har været permanent. Kriserne har indebåret mulighed for såvel forbedringer som risiko for forringelser af professionens vilkår, og almen praksis har i hvert tilfælde skullet vælge mellem forskellige problemløsninger (Nyland 2006, s. 11).

I Nylands optik manes krisen dermed lidt i jorden: Hvis den har været konstant, hvis man før i almen praksis har taklet den på fornuftig vis, så er der måske håb for, at man også vil klare det denne gang. Nyland fremhæver således på samme tid de forandringer og den kontinuitet, der præger almen praksis.

Vi har i denne rapport udlagt et relationelt perspektiv på tovholderrollen, der er dybt forankret i de værdier, de fortællinger og den hverdag, vi har mødt hos de alment praktiserende læger, som har deltaget i denne undersøgelse. Dette er den tovholder, "vi altid har været". Og vi har udlagt et organisatorisk perspektiv på tovholderrollen, der af mange læger opleves som noget nyt, noget udefrakommende og dermed som en udfordring for den praktiserende læge. Vi slutter af med udsagn fra lægerne, der – som Nylands citat ovenfor – understreger både kontinuiteten og forandringen i fremtidens tovholderrolle: Som alment praktiserende læge må man både bevare kernen i lægearbejdet og forandre sig med det samfund, man lever i. Man må bevare læge-patient forholdet som det centrale, men også indføre ny teknik og uddanne sig, "så vi hele tiden er med".

B: ...der er jo i hvert årti og århundrede sket ting inden for lægeverdenen. Det, der for mig er vigtigt, det er vores læge-patient forhold, som Danmark har formået at bevare, og det håber jeg simpelthen, vi kan bevare uanset hvad! For alt det andet, det er teknik! Og der har almen praksis da lagt sig langt i spidsen. Hvad vi har ofret på edb og sådan noget i forhold til sekundærsektoren! Så må vi for egen regning hele tiden optimere vores efteruddannelser og sådan noget, så vi hele tiden er med.
Gruppeinterview, Region Midtjylland, LG

Vi har i dette gruppeinterview præsenteret lægerne for udsagnene om krise og pres i almen praksis. En anden af lægerne svarer:

B: Jeg tror ikke på det. Det er sådan et fremtidsmareridt. Og det andet har jo kunnet holde til så meget på trods af alle omskiftninger. Kernen er da det samme! Det med familielægen. Det er ikke at se på deres snottede unger hver gang. Men du er der som person. Som det sted de går hen!

K: Doktor Hansen fra Matador, du ved. Som går på arbejde i 24 timer og samtidig er involveret i samfundet og alt muligt. Det er nok ham, man savner (...).

B: Men vi er stadig familielæger, selv om det kun er otte timer om dagen!
Gruppeinterview, Region Midtjylland, LG

Samstemmende viser disse udsagn, at almen praksis er under forandring og dog stadig den samme. En familielæge må nødvendigvis forandres, fordi han eller hun er så integreret en del af det omgivende samfund og sundhedsvæsen. Hvis familien forandres, så forandres familielægen og hendes arbejde også. Alment praktiserende læger er stadig familielæger som doktor Hansen fra Matador, selvom de er det på en anden måde. Det handler om at fastholde og forandre på én og samme tid. Det samme gælder for tovholderrollen.

5.4 Opsamling

I dette kapitel har vi introduceret en central skelnen mellem et relationelt og et organisatorisk perspektiv på tovholderrollen. Det relationelle perspektiv repræsenterer tovholderrollen som essensen i almen praksis, som 'det vi altid har været'. Det handler om lægen og patienten og relationen imellem dem. Det organisatoriske perspektiv beskrives af en af lægerne som en Bermuda-trekant, hvor alt forsvinder uden forklaring. Det handler her om det tværsektorielle, tværororganisatoriske og tværfaglige samarbejde. Det er dette organisatoriske perspektiv, lægerne refererer til, når de taler om tovholderrollen som 'endnu ikke implementeret', som noget nyt og udefrakommende. I kapitlet har vi præsenteret det organisatoriske perspektiv på tovholderrollen i forhold til kronikermødeller og 'shared care' koncepter, hvor det er fremherskende.

Derefter har vi præsenteret lægernes diskussioner af de udfordringer, de ser i forbindelse med det organisatoriske arbejde: At få orden i egne rækker og egen organisation, at kunne samarbejde i Bermuda-trekantens vanskellige grænseflader, og at kunne arbejde evidensbaseret med standarder, målinger og monitoreringer. Lægerne diskuterer disse udfordringer og trækker på deres erfaringer og kompetencer fra det relationelle perspektiv på tovholderrollen: Det handler om at samarbejde omkring den enkelte patient. Det handler om, at der både i almen praksis og i de andre organisationer skal være tovholdere, der følger patienten over tid og dermed tager højde for de specifikke omstændigheder, som kendetegner den enkelte patient. Det handler om at mødes ansigt til ansigt og bruge de kommunikative kompetencer: Tillid, kendskab og empati i forhold til det tværfaglige samarbejde. Derudover skal lægerne 'oppe sig' i forhold til det organisatoriske, få styr på egne rækker og få frigjort tid til det organisatoriske arbejde. Kun må det ikke gå ud over det centrale, nemlig relationen til patienten. Med hensyn til evidensbaserede standarder har vi introduceret begrebet 'evidensbaseret lægekunst' og argumenteret for, at den alment praktiserende læge trækker på to forskellige, men i bedste fald komplementære rationalitetsforståelser: Den biomedicinske og den praktiske rationalitet. Til sidst har vi sat de to perspektiver på tovholderrollen ind i en historisk optik. Det relationelle perspektiv på tovholderrollen ligger bag udsagn som, at "Tovholder, det har vi altid været", "Tovholder det er essensen i almen praksis", mens det organisatoriske perspektiv ligger bag udsagn som, at tovholderrollen er noget nyt, noget der "endnu ikke er implementeret".

6. Afslutning

Ud fra rapportens beskrivelser og analyser af alment praktiserende lægers hverdag og deres opfattelser af tovholderrollen kan vi konkludere, 1) at tovholderrollen er særdeles afhængig af det omgivende samfund og sundhedsvæsen, og 2) at tovholderrollen er under forandring.

Tovholderrollen handler ikke kun om, hvordan tingene foregår i almen praksis, men også om udviklingen i det omgivende samfund og sundhedsvæsen. Lægerne i undersøgelsen har samstemmende udtalt, at tovholderrollen har forandret sig over de seneste 10-15 år. Der er blevet langt mere koordinerende og opfølgende arbejde for den praktiserende læge end tidligere. Vi har konstateret en stigende oplevelse af pres i almen praksis, hvilket antyder, at ikke alle samordnings- og sammenhængsproblemer i det nuværende og fremtidige sundhedsvæsen kan løses via tovholder- eller andre typer af forløbskoordinerende roller. Løsningerne afhænger af de strukturelle rammebetingelser for både almen praksis og det samlede sundhedsvæsen.

Vi har i rapporten vist, at de praktiserende læger har en bred forståelse af tovholderrollen, hvor de medicinske, humanistiske og sociale aspekter af sygdom ikke kan adskilles i de konkrete patientforløb. Og vi har vist, at det relationelle perspektiv på tovholderrollen er solidt forankret både i organiseringen af de praktiserende lægers hverdag, i deres erfaringer og i de idealer, der motiverer dem. Den brede forståelse og det relationelle perspektiv er dog under pres, forandring eller måske endda opløsning. Vi har som et eksempel anført en case, hvor den traditionelle tovholderrolle er udfordret både af udviklingen omkring sygeforsikringer og private sundhedstilbud og af nogle nye patienttyper, der ikke ønsker, at den praktiserende læge agerer tovholder i traditionel forstand.

Vi finder også et andet perspektiv på tovholderrollen, det organisatoriske, som kan ses som en måde at løse sådanne problemer på og samtidig som en udfordring for de alment praktiserende læger. Det organisatoriske perspektiv på tovholderrollen kræver organisatorisk arbejde, der ikke på samme vis som de handlinger, der er forbundet med det relationelle perspektiv, er forankret i hverdag, erfaring og værdier i almen praksis.

Vores resultater peger på to områder, der trænger til afklaring:

Det er for det første væsentligt at udforske, hvordan man kan organisere hverdagen i almen praksis, så der bliver plads til det organisatoriske arbejde – eller 'patienttid uden patienter', som en af lægerne har udtrykt det.²⁹ Ligeså vigtigt er det imidlertid, at man i forsøg på at give plads til det organisatoriske arbejde ikke smider babyen ud med badevandet. Spørgsmålet er derfor, hvordan man – samtidig med det organisatoriske arbejde – kan bevare de aspekter i tovholderrollen, der er forbundet med 'den tovholder, vi altid har været.'

²⁹ Dansk Sundhedsinstitut har netop udgivet en rapport, der belyser, hvordan man i sammenlignelige lande har tacklet lignende udfordringer (Kjellberg et al. 2007), samt en rapport, der belyser betydningen af henholdsvis små og store praksis, er under udarbejdelse.

Det er for det andet også vigtigt at afklare, om det relationelle perspektiv på tovholderrollen også har betydning uden for almen praksis. Hvad kan de roller, der ligger i en case manager henholdsvis en care managers funktioner i kommuner og på hospitaler lære af almen praksis med hensyn til forløbskoordination? Hvad betyder det at kende patienten over tid, at have kendskab til patientens situation og familie samt at være én, som patienten altid kan vende tilbage til, når der er ting, der går i hårdknude, eller ting man ikke forstår i mødet med andre sundhedsprofessionelle?

Lægerne i denne undersøgelse trækker på deres erfaringer og kompetencer fra det relationelle perspektiv på tovholderrollen, når de taler om, hvordan det svære samarbejde i sundhedsvæsenets grænseflader skal gå op. Det handler om at samarbejde omkring den enkelte patient. Det handler om, at der både i almen praksis og i andre organisationer skal være tovholdere, som følger patienten over tid og dermed tager højde for de specifikke omstændigheder, der kendetegner den enkelte patients situation. Det handler om at mødes ansigt til ansigt i det tværfaglige samarbejde og bruge de kommunikative kompetencer, de praktiserende læger har udviklet i det kliniske arbejde: tillid, kendskab og empati. Derudover skal lægerne "oppe sig" i forhold til det organisatoriske, som en af lægerne udtrykker det. De skal få styr på egne rækker og få frigjort tid til det organisatoriske arbejde. Men det må ikke gå ud over det centrale, nemlig relationen til patienten.

Udfordringen for almen praksis fremover er at få mere plads til det, vi har kaldt den organisatoriske tovholderfunktion og at opnå dette uden at svække den patientnære relationelle tovholderfunktion. Man må her se på rammevilkårene for arbejdet i almen praksis, overenskomsterne, takststrukturen samt øget brug af hjælpepersonale som måder, hvorpå der kan skabes plads til det tværgående organisatoriske arbejde i praksissektoren. Men almen praksis og den praktiserende læge må ikke slippe fokus fra dagligdagens patientnære relationelle tovholderfunktion. Den funktion og rolle er selve livsnerven – ikke bare i almen praksis, men i hele sundhedsvæsenet og dermed også forudsætningen for en konstruktiv udvikling af den organisatoriske tovholderfunktion.

Litteratur

1. Barth, F. (1993). *Balinese Worlds*. Chicago: Chicago University Press.
2. Bestyrelsen, P.L.O. (2001). Centrale værdier i almen praksis. Den praktiserende læge nu og i fremtiden. *Ugeskrift for Læger*, 163(22), s. 3132-3135.
3. Bjørnsson, K. (2004). Familielægen er truet. *Sygeplejersken*, 2004 (12), s. 10-11.
4. Bojlen, N.S. & Gannik, D.E. (2002). Almen praksis på åbent hav. Vidensekspllosion, teknologisk udvikling og befolkning. *Ugeskrift for Læger*, 164(1), s. 37-42.
5. Eijkelberg, I.M., Spreeuwenberg, C., Mur-Veeman, I.M. & Wolffenbuttel, B.H. (2001). From shared care to disease management: key-influencing factors. *Int.J.Integr.Care*, 1, s. e17.
6. Gannik, D.E. (2004). Fagidentitet og arbejdsvilkår i almen praksis. *Månedsskrift for praktisk lægegering*, 82(Juni), s. 661-671.
7. Gannik, D.E. & Saaby, J. (2004). Kvalitet i almen praksis. Praktiserende lægers syn på fagets essens, vilkår og udvikling i Viborg Amt. Viborg Amt.
8. Gannik, D.E. & Salling Olesen, H. (2002). En profession under pres. *Månedsskrift for praktisk lægegering*, 80, s. 149.
9. Good, B.J. (1994). The narrative representation of illness. I: *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
10. Grøn, L. (2005a). Krop og hverdag i forandring. Forebyggelse og sundhedsfremme i institution og hverdagsliv. Vejle: Vejle Amts sundhedsforvaltning.
11. Grøn, L. (2005b). Winds of change, bodies of persistence. Health promotion and lifestyle change in institutional and everyday contexts Phd. thesis: Department of Anthropology and Ethnography, University of Aarhus and Department of Health, Vejle County.
12. Hahn, R.A. (1984). Rethinking 'illness' and 'disease'. South Asian systems of healing. *Contributions to Asian studies*, XVIII, s. 1-23.
13. Hølge-Hazelton, B. (2006a). At blive praktiserende læge. *Månedsskrift for praktisk lægegering*, Juni 2006 (84), s. 659-668.
14. Hølge-Hazelton, B. (2006b). Læger, køn og arbejde, et litteraturoverblik. *Månedsskrift for praktisk lægegering*, 84, s. 391-391.
15. Jensen, T.K. & Johnsen, T.J. (2000). *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Århus: Philosophia.
16. Juul Jensen, U. (2004). Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren for at være mere katolsk end paven. I: J.J. Bruun, M.L. Hanak, & Kofoed B.G. (red.), *Viden og evidens i forebyggelsen*. København: Sundhedsstyrelsen.
17. Kjellberg, J., Sørensen, J., Hansen, J., Andersen, S., Avnstrøm, L. & Borgstrøm, L. (2007). Almen praksis som koordinator – en international belysning. København: Dansk Sundhedsinstitut, DSI rapport 2007.02.

18. Kleinman, A. (1980). *Patient and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry* University of California Press.
19. Kleinman, A. & Kleinman, J. (1997). Moral transformations of health and suffering in Chinese society. I: A.M. Brandt & P. Rozin (red.), *Morality and health*. New York and London: Routledge.
20. KOL programledelsen, Vejle Amt (2006). KOL program og anbefalinger, Vejle Amt.
21. Malterud, K. & Hollnagel, H. (2005). The doctor who cried: A qualitative study about the doctor's vulnerability. *Annals of Family Medicine*, 3 (4), s. 348-352.
22. Mattingly, C. (1998). *Healing genres and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
23. Mattingly, C. (personlig kommunikation). Vulnerable acts. The fate of dreams and the practice of future times.
24. Mol, A. (2006). Proving or Improving: On Health Care Research as a Form of Self-Reflection. *Qualitative Health Research*, 16 (3), s. 405-414.
25. Nyland, N. (2006). *Alment praktiserende læger i Danmark 1900-2000. En professionshistorie*. Odense: Institut for Sundhedstjenesteforskning, Almen Medicin, Syddansk Universitet.
26. Ochs, E. & Capps, L. (2001). *Living narrative: Creating lives in everyday storytelling*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
27. Olesen, F. (2005). Sammenhæng og omsorg for kronisk syge patienter – kræver et godt og tæt sammenspil mellem kommuner, almen praksis og sygehuse. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 2005 (2), s. 53-57.
28. Olesen, F. & Vedsted, P. (2006a). En styrket og ændret indsats for kronisk syge patienter. Hvorfor og hvordan? *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, Mar 2006 (84), s. 245.
29. Olesen, F. & Vedsted, P. (2006b). Et fælles sundhedsvæsen – et spørgsmål om kultur? *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, Marts 2006(2), s. 53-59.
30. Otto, T. (1997). Informed participation and participating informants. *Canberra Anthropology*, 20 (1 & 2), s. 96-108.
31. Risør, M.B. & Risør, T. (2005). Den praktiserende læge – eksistentiel søgen efter professionel identitet. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 2005 (2), s. 41-63.
32. Seemann, J. & Antoft, R. (2002). Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborgs kommunes demensudredningsmodel i praksis.
33. Sundhedsstyrelsen (2005). *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*. København: Sundhedsstyrelsen.
34. Timmermans, S. & Berg, M. (2003). *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
35. Vedsted, P. & Olesen, F. (2006). Kronikermodellen og risikostratificering. Chronic Care Model. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, Apr 2006 (84), s. 357-369.

36. Vedsted, P., Olesen, F., Hollnagel, H., Bro, F. & Kamper-Jørgensen, F. (2005). Almen lægepraksis i Danmark. København og Århus: Tidsskrift for Praktisk Lægegering og Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus.
37. Wadel, C. (1991). Feltarbejd i egen kultur. En innføring i kvalitativt orienteret samfundsforskning. Flekkefjord: SEEK a/s.
38. Wikan, U. (1990). Managing turbulent hearts: A Balinese formula for living. Chicago: Chicago University Press.
39. Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. Annual Review of Anthropology, 11, s. 257-285.

Tovholder i praksis

En antropologisk undersøgelse af alment praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder

Tovholder, (...) er det ikke bare et nyt navn for en gammel betegnelse, der hed familielæge? Altså, det er jo ligesom lidt de principper, som altid har været.

Tovholder, det kan du ikke spørge mig om endnu, for det er jo ikke implementeret. Det er jo en del af den nye kronikerindsats, men det er kun implementeret i diabetes ydelsen, så det kan I ikke måle på endnu.

Denne rapport præsenterer en antropologisk undersøgelse af alment praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder. Rapporten giver indblik i hverdagen i almen praksis samt i tre tovholderfortællinger, der viser, at tovholderrollen indeholder både medicinske, humanistiske og sociale aspekter, og at disse aspekter ikke kan adskilles, når man søger at skabe sammenhængende patientforløb.

Tovholderrollen er diskuteret i to perspektiver: et relationelt og et organisatorisk. Det relationelle perspektiv repræsenterer tovholderrollen, som 'de principper der altid har været'. Det fokuserer på lægen og patienten samt på relationen imellem dem. Det organisatoriske perspektiv er udtrykt som navigering i en Bermudatrekant, hvor henvisninger, laboratorieprøver og udskrivningskort forsvinder uden forklaring. Det er dette perspektiv, der er beskrevet som 'ikke implementeret'. Det er en udfordring, der kræver organisatorisk indsats, der ikke på samme måde som de handlinger, der er forbundet med det relationelle perspektiv, er forankret i hverdag, erfaring og værdier i almen praksis. Det kræver også patienttid uden patienter.