

Speciallægeuddannelsens rolle som professionel er kompleks og bør omdefineres

Bente Malling¹ & Berit Eika²

Med indførelsen af de syv lægeroller i speciallægeuddannelsen i 2004 blev det understreget, at samfundet stiller komplekse og omfattende krav til lægestanden, og at medicinsk-faglige kompetencer er nødvendige, men ikke tilstrækkelige for udøvelsen af god lægegering. I Danmark valgte man at indføre de syv lægeroller direkte fra Canada [1]. Rollerne blev efterfølgende fundet valide også i en dansk kontekst [2]. Speciallægekommissionens udformning af den professionelle rolle [3] viser, at rollen stiller store krav til den enkelte læge (Tabel 1). Den professionelle rolle defineres i Danmark selvstændigt og på lige fod med de andre lægeroller. Sprogligt er begrebet imidlertid i særklasse, fordi ordet professionel kan bruges sammen med de øvrige roller. Man kan for eksempel være en professionel kommunikator eller udøve sin rolle som sundhedsfremmer professionelt. Den professionelle rolle får dermed en anderledes klang end de andre seks roller. Frem for at være en selvstændig rolle omslutter den snarere eller er indeholdt i de andre roller [4]. Konkrete forsøg på at udmønte den professionelle rolle har også sat spørgsmålstejn ved, om det er hensigtsmæssigt at se isoleret på hver enkelt rolle, som man for eksempel gør, når ansøgere skal bedømmes separat på hver af de syv lægeroller. At præstere høj kvalitet i patientbehandlingen er tæt forbundet med den medicinske ekspertrolle, og man kan spørge, om de to roller overhovedet kan adskilles. Også i den udenlandske litteratur er der argumenteret for, at professionalisme først kommer til udtryk, når man udfylder en af de andre roller, f.eks. rollen som medicinsk ekspert, og at man dermed ikke kan beskrive den professionelle rolle isoleret fra den kontekst, som professionalismen udøves i [5].

Samme spørgsmål er blevet stillet i lægerollernes ophavsland, Canada, og har ført til en revision af de syv lægeroller med det formål at skabe større sammenhæng mellem rollerne [6]. Den professionelle rolle er omdefinert og beskriver nu lægernes etiske forpligtelser over for patienterne, professionen, samfundet og lægen selv. Rollen indeholder nu også lægens forpligtelse til at holde sig fagligt opdateret og agere inden for de af professionen fastsatte etiske regler og normer. Endelig er det indføjet, hvordan lægen er forpligtet til at drage omsorg for sig selv og andre sundhedsmedarbejderes ve og vel. Det er nu snart

ti år siden, at man i Danmark indførte de syv lægeroller, og spørgsmålet er, om beskrivelsen af den professionelle rolle også er gyldig anno 2012 [7]. Indeholder rollen de elementer, den bør? Er der elementer, som mere naturligt hører sammen med andre roller? Med udgangspunkt i en analyse af de problemstillinger, der p.t. er knyttet til professionalismebegrebet, vil vi her argumentere for, at der er behov for en revision af den professionelle rolle.

DEFINITIONER

I litteraturen ser man to forskellige tendenser, der forsøger at definere professionalisme. Dels en tendens, hvor faglighed sættes sammen med uegennyttighed og etik, og dels en tendens, hvor fokus er på refleksion. *Hafferty* beskrev i 2006, hvordan *professionalisme* og *professionel adfærd* anvendes synonymt med *den gode lægegering* og *den gode læge* [8]. Selv konkluderede *Hafferty*, at en definition på professionalisme som minimum bør referere til kerneelementerne: 1) central viden og færdigheder, 2) etiske principper og 3) uegennyttighed og/eller en serviceorientering over for brugerne [8]. Sammenholder man disse kernelementer med de tre hovedelementer i definitionen af den professionelle rolle, som vi anvender i Danmark [3], er ligheden slående.

Et andet forslag har været at sætte lighedstegn mellem professionalisme i udøvelsen af lægegeringen og evnen til at kunne argumentere for (reflektere over) de valg, man træffer [9]. Det beskrives her, hvordan professionalisme indebærer refleksion over egen og andres praksis, og at denne refleksion bidrager til den selverkendelse og selvindsigt, som kræves, for at man kan udvikle sig som professionel udøver af lægegeringen og udvikle lægefaget [10]. Det kan diskuteres, om evnen til at forholde sig kritisk over

STATUSARTIKEL

1) HR – Lægelig Videreuddannelse, Aarhus Universitetshospital
2) Health, Aarhus Universitet



TABEL 1

Speciallægekommissionens definition af den professionelle rolle [3].

For at udfylde rollen som professionel skal lægen kunne

- Præstere høj kvalitet i behandling med integritet, ærlighed og medfølelse
- Udvide passende personlig og mellemmenneskelig professionel adfærd
- Praktisere faget i etisk overensstemmelse med forpligtelserne som læge



TABEL 2

Punkter, som den professionelle læge forpligtiger sig på i Physicians' charter fra 2002 [10].

Lægen forpligtiger sig til at

Opretholde professionel kompetence gennem vedligeholdelse og forbedring af sin medicinske viden og kunnen (livslang læring)
Forblive troværdig ved ærligt og udtømmende at informere sine patienter om behandling og behandlingens resultater
Værne om patientens fortrolighed ved at overholde tavshedspligten
Opretholde passende relationer til patienten ved aldrig at udnytte sine patienter (seksuelt, økonomisk eller på anden måde)
Forbedre kvaliteten i patientbehandlingen gennem <ul style="list-style-type: none"> – udvikling og forbedring af egen kompetence – samarbejde med andre sundhedsfaglige om patientsikkerhed – udvikling af metoder til at vurdere kvaliteten i behandlingen og i sundhedsvæsenet
Sikre alle lige adgang til lægebehandling ved at arbejde for ændringer i lovgivning og ved at arbejde for at fjerne mulige barrierer (geografiske, økonomiske). Desuden arbejde målrettet med sundhedsfremme og forebyggelse
Sikre bedst mulig udnyttelse af de begrænsede resurser ved at samarbejde om omkostningsbevidst effektiv patientbehandling, herunder begrænse brugen af overflødige prøver og behandlinger
Holde sig opdateret om videnskabelige landvindinger og gerne selv bidrage med forskning
Opretholde troværdighed i interessekonflikter, f.eks. når der samarbejdes med medicinalindustrien og pressen
Overholde de professionelle normer, etiske regler og kollegiale vedtægter

for lægefaget hører hjemme i den professionelle rolle eller i akademikerrollen, hvor den er placeret nu [3].

PROFESSIONALISME OG PERSONLIGHED

Opfattelsen af, hvad professionalismisme er, og hvad det vil sige at agere professionelt, har kulturelle rødder. Mest klart ses der et skel mellem den engelske opfattelse af professionalismisme, som er patientcentreret og lægger vægt på altruismen, og den amerikanske opfattelse hvor professionalismisme er rettet mod den måde, lægen anvender sin viden på [8]. Den danske definition af professionalismisme har lagt sig tæt op ad den engelske opfattelse i beskrivelsen af, hvordan lægen skal anvende sin personlighed i udøvelsen af faget [4]. Viden og færdigheder nævnes imidlertid ikke i den danske definition. Måske skyldes det, at faglig kompetence i Danmark opfattes som værende en nødvendig, men ikke tilstrækkelig forudsætning for professionalismisme. Når lægmand omtaler en læges adfærd som professionel, hentydes der ofte til, at lægen har handlet fagligt effektivt og levet op til patientens forventninger. Men også samfundet og professionen – og ikke mindst lægen selv – har forventninger om professionalismisme i udøvelse af lægegerningen. Disse forventninger kan være forskellige fra patientens.

PROFESSIONALISME OG ADFÆRD

På den internationale arena stod både præ- og postgraduate organisationer i 1990'erne bag projekter,

der definerede professionalismisme og udarbejdede lister, der beskrev professionel adfærd hos kommende og allerede uddannede læger. Mest kendt og omfattende var det projekt, som American Board of Internal Medicine gennemførte i samarbejde med tre andre amerikanske og europæiske selskaber, og som resulterede i publicering af Physicians' Charter i 2002 [11]. Charteret indeholder ikke nogen egentlig definition på professionalismisme, men giver et af de bedste bud på, hvordan professionalismisme kan beskrives i lægefaget. Det indeholder de tre fundamentale principper for professionalismisme: patientens bedste kommer først, patientens autonomi skal respekteres, og læger skal fremme retfærdighed i sundhedssystemet, samt en liste med punkter, som den professionelle læge forpligtiger sig på (Tabel 2).

En central præmis for udarbejdelsen af charteret var, at det er nødvendigt at forholde sig til professionalismisme, fordi det er et truet begreb på grund af forandringer i sundhedsvæsenet (for eksempel ny teknologi, ændrede markedskræfter og privatisering) og i samfundet (for eksempel økonomi, politiske beslutninger og globalisering). Charterets oprindelse i USA, hvor sundhedsvæsenet overvejende er baseret på privat initiativ, kunne reducere dele af dets overførbare til danske forhold. Ikke desto mindre beskriver charteret nogle helt generelle problemstillinger i udøvelsen af lægefaget, og mange medicinske organisationer over hele verden har tilsluttet sig det.

På det seneste er der imidlertid rejst kritik mod tiltag som dette charter, hvor professionalismisme beskrives med lister med opremsning af adfærd og holdninger. Kritikere hævder, at denne tilgang er overfladisk og reduktionistisk, fordi professionalismisme derved kommer til at fremstå som en mere eller mindre medfødt kvalitet, som kan plejes gennem den rette træning [12]. Kritikerne hævder, at denne tilgang forhindrer den komplekse og dybere forståelse af begrebet professionalismisme, som er nødvendig for at kunne forstå, hvordan professionalismisme opstår og vedligeholdes. Fortalere for en mere kompleks forståelse af professionalismisme fremhæver, at en sådan forståelse forudsætter, at der anlægges både politiske, økonomiske og sociologiske vinkler på professionalismisme, på såvel



FAKTABOKS

Den professionelle rolle er kompleks.

Den professionelle rolle har særstatus.

Professionalisme er kulturafhængig.

Der savnes aspekter i den nuværende definition af rollen professionel.

Det bør overvejes at redefinere den professionelle rolle.

individ- som institutionsniveau [12-14]. Det foreslås, at professionalisme ikke blot defineres som en egen-skab, som den enkelte sundhedsfaglige person besidder, men at professionalisme skabes og vedligeholdes gennem interaktion med omgivelserne [12, 13].

PROFESSIONALISME OG ETIK

Lægeprofessionen har en lang tradition for at udarbejde kollegiale vedtægter og etiske regler, der sætter standarder for normer, værdier og fagets principper for fagets udøvere [15]. I de kollegiale vedtægter tales der ikke kun om professionel adfærd over for patienten, men også om forpligtelser over for samfundet og kolleger. Forpligtelser som også er indeholdt i lægeløftet [16]. Ingen steder nævnes dog den pligt, som en læge har til »professionelt« at tage vare på sig selv f.eks. gennem at sætte klare grænser mellem arbejds- og fritids/familieliv, et emne som ellers kunne fortjene nærmere undersøgelse [17]. De lægeetiske regler er ikke direkte nævnt i forbindelse med Speciallægekommissionens definition af den professionelle rolle. Men når etiske principper fremhæves, understreger det, at professionalisme ikke er noget nyt begreb, men altid har eksisteret, i hvert fald siden *Hippokrates'* tid. Endelig er tidens fremhævelse af uegennyttighed – eller altruisme – måske en af årsagerne til, at diskussionen om professionalisme har fået så kraftig en opblomstring i de senere årtier [18]. Kunne man forestille sig, at tidligere tiders tale om »kald« er erstattet af en nutidig henvisning til »professionalisme«?

PROFESSIONALISME OG PROFESSION

Mens det må antages at være entydigt positivt at agere professionelt og besidde professionalisme, kan det være forbundet med både positive og negative konnotationer at tilhøre en profession. Det opfattes som positivt i betydningen, at professionstilhørsforholdet udgør en slags varedeklaration, et kvalitetsstempel og en garanti for, at en person besidder visse minimumskvalifikationer [19]. Det kan have en negativ klang, fordi profession kan sættes lig et lukket broderskab. I begrebet profession ligger, at man tjener samfundet ved at udøve sin gerning som profession, at der er indgået en form for kontrakt med samfundet. Så længe professionen tjener samfundets ve og vel, bevarer den sit monopol [19]. En sådan kontrakt kræver stor integritet af professionen [11]. En integritet, der i stigende grad trues af indblanding fra staten med politiske beslutninger om for eksempel behandlingsgaranti, indførelse af kræftpakker og økonomiske reguleringer.

De lægeetiske regler [15] definerer, hvad der er »god« og professionel adfærd hos lægen, og det kan have negative konsekvenser, hvis en læge ikke følger

de regler og bestemmelser, som professionen har defineret. Det ligger centralt i begrebet profession, at professionen selv definerer, hvilke kriterier der skal til, for at man kan blive optaget i den, herunder hvilken uddannelse man skal have for at være fuldt medlem [19]. Samtidig er det professionen – lægestanden – der selv håndhæver disse regler.

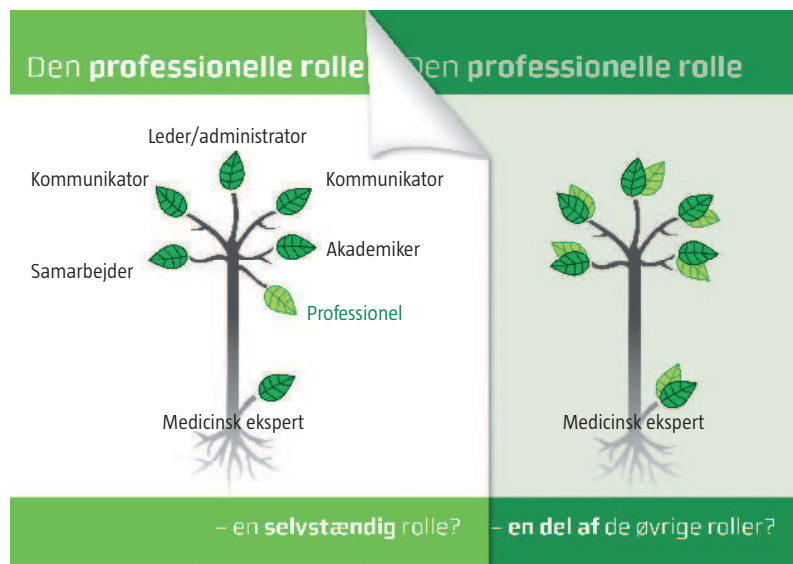
Derfor kan profession opfattes synonymt med broderskab, hvor man hytter sine egne interesser ved at sætte loyaliteten indbyrdes i gruppen højere end hensynet til de patienter og det samfund, som professionen betjener. Det er i sig selv interessant, at beslægtede ord såsom profession, professionalisme og professionel kan give forskellige associationer.

KONKLUSION

Rollen som professionel er central i lægegerningen. Set i lyset af den kompleksitet, der ligger i begrebet professionalisme, sådan som vi kort har skitseret det, synes tiden at være moden til at revidere den, så den sammenhæng, der er mellem netop den professionelle rolle og de andre seks lægeroller, bliver mere eksplicit, og så det mere klart fremgår af rollen, at professionel ikke kun involverer patientbehandling, men også professionalisme over for professionen, lægen selv og ikke mindst det samfund, som lægerne er en del af. Vi foreslår derfor, at man overvejer at omdefinere rollen professionel, så den får status af en overordnet/omsluttende rolle, sådan som vi har illustreret det i (Figur 1).

FIGUR 1

Rollen som professionel er ikke en selvstændig rolle. Den kommer til udtryk gennem en af de andre seks roller og bør derfor have status af overordnet eller omsluttende rolle.



KORRESPONDANCE: Bente Malling, HR – Lægelig Videreuddannelse, Aarhus Universitetshospital, Nr. Boulevard 1, 8000 Aarhus C.
E-mail: mallingmail@dadlnet.dk

ANTAGET: 30. oktober 2012

FØRST PÅ NETTET: 11. februar 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. The Royal College of Physicians and Surgeons in Canada. Skills for the new millennium: report of the societal needs working group. CanMEDS 2000 Project. www.rcpsc.org (7. dec 2011).
2. Ringsted CV, Hansen TL, Davis D et al. Are some of the challenging aspects of the CanMEDS roles valid outside Canada? Med Educ 2006;40:807-15.
3. Fremtidens speciallæge. Speciallægekommisionen, Betænkning nr. 1384. København: Sundhedsministeriet, 2000.
4. Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. "Profession": a working definition for medical educators. Teach Learn Med 2004;16:74-6.
5. Erde EL. Professionalism's facets: ambiguity, ambivalence, and nostalgia. J Med Philos 2008;33:6-26.
6. Frank JR, red. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons in Canada. www.RCPSC.medical.org (14. feb 2011).
7. Sundhedsstyrelsen. Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering. 2012. www.sst.dk (26. sep 2012).
8. Hafferty FW. Definitions of professionalism. Clin Orthop Relat Res 2006;449:193-204.
9. Regehr G, Eva K. Self-assessment, self-direction, and the self-regulating professional. Clin Orthop Relat Res 2006;449:34-8.
10. Verkerk MA, de Bree MJ, Mourits MJE. Reflective professionalism: interpreting CanMEDS' "professionalism". J Med Ethics 2007;33:663-6.
11. ABIM foundation, ACP-ASIM Foundation & European foundation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physicians charter. Lancet 2002;359:520-2.
12. Martimianakis MA, Maniate JM, Hodges BD. Sociological interpretations of professionalism. Med Educ 2009;43:829-37.
13. Hafferty FW, Levinson D. Moving beyond nostalgia and motives towards a complexity science view of medical professionalism. Persp Biol Med 2008;51:599-615.
14. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician-citizen – public roles and professional obligations. JAMA 2004;291:94-8.
15. Lægeforeningen. Lægeforeningens etiske regler af 24. september 1989, med revision 2005. www.laeger.dk (14. nov 2010).
16. Den Almindelige Danske Lægeforening, Repræsentantskabet. Lægeløftet 24. sept. 1989, revideret i 2005. www.laeger.dk (10. feb 2011).
17. Conolly JE. The other side of professionalism: doctor-to-doctor. Camb Q Health Ethics 2003;12:178-83.
18. Bishop JP, Rees CE. Hero or has-been: is there a future for altruism in medical education? Adv Health Sci Educ Theory Pract 2007;12:391-9.
19. Cruess RL, Cruess SR. Expectations and obligations. Persp Biol Med 2008;51:579-98.

Visuel analog skala til postoperative smerter

Katja Halladin Rauh, Rikke Søby Andersen & Jacob Rosenberg

STATUSARTIKEL

Gastroenheden, Kirurgisk Sektion, Herlev Hospital

Alle patienter, som har smerter og indlægges på et af landets hospitaler, skal have vurderet og behandlet smerterne efter en fastlagt plan ifølge akkrediteringsstandarder for sygehuse fra 2011 [1]. Det er dog ikke givet, hvordan smerterne skal måles.

Vi kontaktede fem kirurgiske afdelinger i Danmark, én afdeling pr. region (fire mave-tarm-kirurgiske afdelinger og en hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling) med en forespørgsel om, hvorvidt visuel analog skala (VAS) blev anvendt eller ej. Det var tydeligt, at der ikke forelå national konsensus om brugen af VAS. Det viste sig, at man på tre ud af de fem kirurgiske afdelinger, vi kontaktede, brugte VAS som førstevalg til måling af postoperative smerter. Desuden viste det sig, at der på nogle af de kontaktede afdelinger herskede tvivl om, hvordan en VAS egentlig er udformet. Typisk bliver VAS forvekslet med en anden type smertescoringsredskab, nemlig numerisk rang-skala (NRS).

På Region Hovedstadens hospitaler anvendes VAS som førstevalg til måling af smerter, hvis patienten kan samarbejde hertil. Patienter, som ikke kan anvende en VAS, kan anvende en NRS, der kan være udformet som en 11-, 21- eller 101-pointskala (se **Figur 1A**, hvor en 11-point-NRS-skala vises). NRS kan anvendes grafisk eller verbalt [2]. Et tredje valg

kan være verbal rang-skala (VRS), hvor patienten med ord skal beskrive sine smerter. Beskrivelserne kan se således ud: ingen smerter, lette smerter, middelstærke smerter, stærke smerter og uudholdelige smerter (**Figur 1B**).

Der foreligger mange forskellige versioner af VAS i litteraturen, og der er tvivl om den korrekte brug. Derfor er formålet med denne artikel at finde frem til, hvilken version af VAS der er den mest korrekte at anvende [3-5]. Det er desuden interessant at diskutere, om VAS er den bedste metode til måling af postoperative smerter.

HISTORISK OM VISUEL ANALOG SKALA

VAS blev første gang beskrevet i 1923, men blev kun sparsomt brugt i klinisk sammenhæng [6]. I 1960'erne begyndte VAS at blive synlig i litteraturen, og den blev første gang brugt i 1966 til måling af akutte og kroniske smerter [7].

Frem til sidste halvdel af det tyvende århundrede blev smerter opfattet som et objektivt fænomen, men efterhånden begyndte smerter at blive betragtet som noget subjektivt [8].

Først i slutningen af 1990'erne begyndte smerter at blive nævnt som det femte vitale tegn [8, 9]. Dermed blev smerter set som noget, der skulle måles