

Denne debatartikel sætter fokus på det person-, individ- eller patientcentrerede eller måske det relationelle? Begreber, der er flittigt brugt i de sidste par år med fokus på udviklingen i almen medicins rolle og de kompetencer, der forventes af praksissektoren. Ikke alle aktører lægger det samme i begreberne, men det forsøger forfatter her at råde bod på.

Personcentreret medicin

– hvad er det, og hvad er det ikke?

● Af Lotte Hvas



Kontakt

Lotte.hvas@dadlnet.dk

Biografi

Forfatter er speciallæge i almen medicin, dr.med. Hun er tilknyttet Forskningsenheden for Almen Praksis i København og har været praktiserende læge i Præstø i 25 år.

RESUME: Personcentreret medicin tager udgangspunkt i den person, lægen møder, hvad enten vedkommende er rask eller syg, og bygger på værdier som fortrolighed, kontinuitet, nærvær, tillid og tilgængelighed. Det er patientens dagsorden, der gælder, og lægen kan i fællesskab med patienten (baseret på en relation, opbygget over tid) skræddersy en behandling under hensyntagen til patientens baggrund og historie (narrativet). Tilgangen bygger på nærhedsetik frem for nytteetik og på en bred bio-psykosocial sygdomsopfattelse. I artiklen gennemgås det pres, der er på den personcentrerede tilgang i vores måde at organisere almen praksis på i dag. Hvor meget kan vi uddelegere, og hvor mange funktioner kan vi viderefremde fra andre interessenter og stadig kalde faget for personcentreret?

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Kernen i almen medicin er mødet med den enkelte person og dennes unikke historie. Men den personcentrerede, relationelle tilgang under pres. Nye arbejdsformer, teknologiske fremskridt og systemets prioritering af målbare resultater frem for det ikke målbare risikerer at trække udviklingen i den stik modsatte retning. Det er tiltagende nødvendigt, at vi forsøger at formulere, hvad der er så unikt ved de grundlæggende almenmedicinske værdier, ikke mindst for at kvalificere debatten om den fremtidige udvikling i almen praksis.

Ønsket om at bevare og udvikle den personcentrerede tilgang har været et gennemgående tema under de seneste års debat om, hvad almen praksis egentlig er for en størrelse. Mange mener, uanset holdninger i øvrigt, at begrebet er en kerneværdi for vores fag, baseret på

I denne artikel vil jeg, på baggrund af diskussioner med praktiserende kolleger og drøftelser i det almenmedicinske forskningsmiljø, komme med mit bud som udgangspunkt for en diskussion.

relationen, kontinuiteten og mødet med det hele menneske (1-3). I et stigende specialiseret sundhedsvæsen er det nødvendigt med generalister, der er i stand til at individualisere behandlingen, ikke mindst i relation til skrøbelige patienter og multisyge. Eller som Anne Knudsen fra Weekendavisen sagde på Lægedage i 2014: "Selv om man får de praktiserende læger nedlagt, så bliver man nødt til at opfinde dem igen. Det med, at nogen har kendskab til patienten som **person** – det har man simpelt hen så meget brug for".

"Personcentreret medicin" (PCM) kan dog hurtigt blive en uforpligtende, velklingende betegnelse, som trækkes frem ved højtidelige lejligheder, samtidig med at udviklingen i det daglige trækker i den stik modsatte retning. For eksempel oplever vi i dag, hvordan arbejdet i stigende grad uddelegeres til andre personalegrupper og styres af skemaer, guidelines og pop-op-vinduer. Den gamle sololæge, som ofte kom på sygebesøg, og som havde et personligt forhold til alle sine patienter, er på vej ud. Men måske er der håb: Hvis vi italesætter de grundlæggende almenmedicinske værdier, og de samtidig tildeles opmærksomhed og respekt, er der en mulighed for at tilrettelægge arbejdet på en måde, så en ellers nødvendig udvikling ikke "smider barnet ud med badevandet".

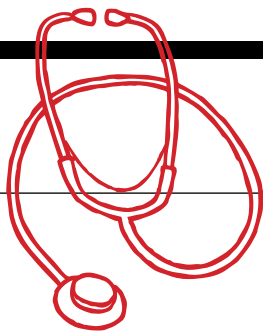
En sådan italesættelse kræver, at vi er præcise i vores sprogbrug og tør at tage en diskussion om, hvad personcentreret medicin er for noget, og ikke mindst hvad det **ikke** er, eller rettere, hvilke forhold som vanskeliggør det at arbejde personcentreret. Der er flere dimensioner, der hver især er **nødvendige**, men ikke **tilstrækkelige** til, at man kan kalde noget for personcentreret. For eksempel er det nødvendigt, at lægen tager udgangspunkt i patientens dagsorden, men det er ikke tilstrækkeligt – der skal flere ingredienser til.

Mit håb er, at vi ved at afdække, hvad begrebet indeholder, og hvad der letter eller vanskeliggør *udførelsen* af det personcentrerede arbejde, kan blive mere afklarede, når vi diskuterer udvikling og fagpolitik internt som eksternt.

I denne artikel vil jeg, på baggrund af diskussioner med praktiserende kolleger og drøftelser i det almenmedicinske forskningsmiljø, komme med mit bud som udgangspunkt for en diskussion.

Kært barn har mange navne

Der er ofte lidt begrebsforvirring om, hvad vi egentlig mener, når vi bruger ordet "personcentreret". Kan det fx ikke lige så vel hedde patient- eller individcentreret medicin?



Betegnelsen "person" frem for "patient" benyttes i denne artikel for at betone, at en patient er meget mere end en patient (3, 4). En patient er også noget ved siden af sin sygdom, idet relationer, værdier, livshistorie og tolkninger har indflydelse og danner *personen*.

Når betegnelsen "person" frem for "individ" benyttes, er det for at betone det relationelle som noget af det væsentlige for al menneskelig gørem og laden. Hvis vi udelukkende behandler et individ som værende alene i verden, overser vi betydningen af relationen mellem såvel læge og patient som øvrige relationer i livet.

Når der i denne artikel alligevel tales om en "individuel tilgang", er det for at betone muligheden for skræddersyede løsninger i modsætning til den populationsbaserede tilgang, hvor udgangspunktet er "one size fits all".

Definitionerne har været skiftende gennem årene, og begreberne har ændret mening undervejs. Når der så også dukker nye ord op, så som "*personalized medicine*" (5), som udspringer af en biomolekylær forståelse, hvor "personen" bliver reduceret til en lang række målepunkter, risikerer vi at gå vild i begreberne.

Selv om ordene betyder meget, er det i min optik vigtigere at se på *indholdet* i, hvad vi taler om, frem for at gå i stå i en diskussion om den rigtige benævnelse.

Hvad kendetegner personcentreret medicin?

For overskuelighedens skyld har jeg valgt at præsentere de forskellige dimensioner af det personcentrerede i skemaform for derefter at komme med eksempler og diskussion (tabel 1).

At arbejde personcentreret

Personcentreret arbejde tager udgangspunkt i den person, lægen møder, hvad enten vedkommende er rask eller syg, og bygger på værdier som fortrolighed, kontinuitet, nærvær, tillid og tilgængelighed. De nævnte værdier er så almenyldige, at de i princippet bør indgå i alt lægearbejde, personcentreret eller ej. Alle læger – også på det mest subspecialiserede ambulatorium – har, eller bør have, en tilgang baseret på tillid, og hvor det handler om at lytte til patienten og tage denne alvorligt. Til gengæld har den praktiserende læge et stort ansvar for at bringe historien og sammenhængen frem til super-specialisten, som så må integrere oplysningerne i beslutningen.

At noget er personcentreret er altså noget mere og noget, der adskiller sig fra andet lægearbejde. Det mest fremtrædende er nok, at det er

Tabel 1 / Hvad er personcentreret medicin – og hvad er det ikke?

Dimension	Hvad er personcentreret medicin?	Hvad er modsætningen, eller hvad trækker væk fra det personcentrerede?
Hvem sætter dagsorden?	Mødet tager udgangspunkt i den enkeltes behov, ønsker og dagsorden.	Lægen sætter dagsordenen, evt. med udgangspunkt i tredjeparts ønsker om, hvad der skal foregå i konsultationen (fx regionale forløbsprogrammer, screeninger, guidelines, SST's krav).
Læge-patient-relationen over tid?	Personcentreret medicin er baseret på relationen mellem læge og patient, opnået gennem mange kontakter over tid (kontinuitet).	Uddelegering af arbejde til andre vil svække den personcentrerede tilgang ligesom specialisering, ambulatorielægefunktion, pakkkeløsninger og flowcharts.
Etik	Nærhedsetik – tager udgangspunkt i mødet med den enkelte.	Nytteetik – mest mulig nytte for flest mulige.
Sygdomsmodel	Bio-psyko-social (-kulturel, eksistentiel). Mennesket er mere end krop og biologi. Udviskning af dualismen krop-sjæl.	Biomolekylær, fraktioneret og reduktionistisk tilgang. Krop-sjæl-dualisme.
Teoretisk forståelsesramme (og biologisyn)	Systemisk tankegang og systemteorier, organisk forståelse af biologien, narrativ tankegang, teorien om allostatisk overbelastning, psyko-neuro-endokrin-immunologi (PNEI), humaniora og samfundsfag.	Lineær tankegang, mekanisk forståelse af biologien som en fysisk, materiel "sandhed", som er (eller ligger og venter på snart at blive) opdaget.

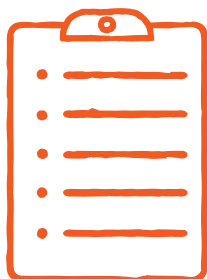
patientens dagsorden, der gælder, og at lægen i fællesskab med patienten (baseret på en *relation*, opbygget over tid) tilrettelægger en behandling under hensyntagen til patientens baggrund og historie (narrativet) (6). Også etikken, sygdomsopfattelsen og den teoretiske forståelsesramme adskiller sig på væsentlige områder. Men det er vigtigt at understrege, at det ikke handler om et enten-eller, men et både-og. Vi skal ikke vælge mellem en personcentreret og biomedicinsk tænkning – de skal fungere samtidig (se sidste afsnit).

Dagsorden

Det er ikke ligegyldigt, hvem der sætter dagsordenen, fordi: "*Whoever sets the frame, sets the game*". En personcentreret tilgang prioriterer, at patienten får de bedste muligheder for at udtrykke og formidle sine ønsker, præferencer og behov, snarere end at det er det medicinske tankesæt og univers, der sætter dagsordenen. Tidligere var det en selvfølge, at det var patienten, der henvendte sig til lægen, når der opstod et behov. I dag har vi fået et proaktivt sundhedsvæsen, som henvender sig til den enkelte, ofte raske person, med tilbud og forslag om undersøgelser og intervention (7). Risikoen er dermed til stede for, at lægen (og sundhedsvæsenets øvrige aktører) mere eller mindre ubevidst giver udtryk for en "Jeg ved



Personcentreret medicin betyder ikke, at patienten altid har ret til at bestemme, hvad der skal foregå. Det er ligeså vigtigt, at lægen – tilpasset den enkelte – fremlægger sin viden og holdning.



hvad der er godt for dig-holdning”, hvor patienten som god og ansvarlig samfundsborger bør lytte til eksperternes råd. Lægen bør være sig denne ubalance i magtforholdet bevidst og sikre sig at have et reelt mandat, hvis man ønsker at introducere ændringer i en anden persons liv.

Læge-patient-relationen

Personcentreret medicin er baseret på relationen mellem læge og patient og fremmes af kontinuitet i behandlingen. En god relation kan opnås gennem mange, ofte korte kontakter. Herved lærer lægen (og personalet) patientens unikke historie at kende, og historien danner baggrunden for en personligt tilrettelagt behandling. Dermed ikke sagt, at man ikke kan benytte en personcentreret tilgang ved et enkeltstående møde, hvor man ved at lytte opmærksomt efter narrativerne, der præsenteres, opnår et begyndende kendskab til patientens univers og forståelsesramme.

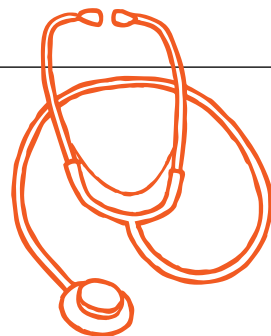
Personcentreret medicin betyder **ikke**, at patienten altid har ret til at bestemme, hvad der skal foregå. Det er ligeså vigtigt, at lægen – tilpasset den enkelte – fremlægger sin viden og holdning. Lægens opgave bliver at oversætte den evidensbaserede viden, der gælder hele populationen, til den enkelte, hvorefter en beslutning kan tages, baseret på en fælles forståelse og forhandling.

Relationen kan svækkes pga. mange skiftende kolleger eller uddelegering af arbejdet til et stort personale. Det tætte kendskab til den enkelte patient forsvinder, og forløbene standardiseres ofte for at sikre en ensartet og kvalitetssikret behandling. På samme måde risikerer pakkeforløb, der garanterer patienterne en hurtig vej i sygehussystemet, at blive det modsatte af det individuelt tilpassede, fordi alle skal tilbydes den samme ensartede ”samlebåndsfremstillede” vare.

Etik

Den personcentrerede arbejdsform bygger på nærhedsetik. Mødet med ”den anden” har dybe filosofiske rødder i bl.a. Kierkegaard, Levinas og Løgstrup, som alle taler for et ligeværdigt møde mellem den hjælpende og den hjælp-søgende, og hvor den gode etiske handling ikke er givet på forhånd, men udspringer af det, der foregår i mødet (8).

I lægeløftet står det, at læger skal ”gavne samfundet og den enkelte”. Men nogle gange kan der opstå en konflikt mellem det populationsbaserede og det individcentrerede. Hvor en samfundsmediciner eller administrator med rette vil vægte nytteetiske principper i planlægningen af





Personcentreret arbejde tager udgangspunkt i den person, lægen møder, hvad enten vedkommende er rask eller syg, og bygger på værdier som fortrolighed, kontinuitet, nærvær, tillid og tilgængelighed.

Foto 1 - 5 /

En patient er meget mere end en patient: En patient er også noget ved siden af sin sygdom, idet relationer, værdier, livshistorie og tolkninger har indflydelse og danner personen.

Foto: Colourbox



sundhedsvæsenet, vil en praktiserende læge i langt højere grad forholde sig til den enkelte. Her kan det vise sig, at den **korrekte** handling i henhold til evidensbaserede vejledninger og guidelines ikke altid er den **rigtige** (9).

Sygdomsmodel

Almen medicin, og den personcentrerede tilgang, bygger på en bio-psyko-social (kulturel-eksistentiel) sygdomsmodel, udviklet af Engel, men især gjort kendt gennem McWhinney (10). Tankegangen har mange år på bagen og tager udgangspunkt i, at sygdom og sundhed og hele vores biologiske funktion påvirkes af det liv, vi lever, de resurser, vi har til rådighed, og de belastninger, vi udsættes for. Dette i modsætning til en biomolekylær, reduktionistisk tankegang, som er blevet mere og mere fremherskende de senere år, ikke mindst pga. de mange medicinske fremskridt, der er gjort netop på basis af denne model. Men som bivirkning vil et ensidigt fokus på en rent biomedicinsk model medføre en stigende fraktionering og reduktion af mennesker til celler, organer og molekyler. Slutresultatet bliver den "silotænkning", vi ser i dag, hvor et menneske med fire forskellige sygdomme som fx diabetes, KOL, hjerteproblemer og depression skal behandles på 4 forskellige ambulatorier ud fra 4 forskellige vejledninger osv.

Teoretisk ramme – det teoretiske grundlag

Det fremføres ofte, at almenmedicinen mangler teori. Dette er en forkert påstand – der er rigeligt med teorier, der dels underbygger den brede



sygdomsopfattelse og dels vigtigheden af en personcentreret tilgang. Det er nok mere rigtigt at sige, at almenmedicinen ikke har en formuleret og sammenhængende teori. Den eksisterende viden består dels af god gammel almenmedicinsk teori og dels af viden fra humaniora og samfundsfag. Teorierne findes altså, men trænger til at blive støvet af, samlet, reformuleret og aktualiseret. En opgave, som naturligt hører hjemme i de almenmedicinske miljøer og i vores videnskabelige selskab, og som bør være en del af undervisningen, så vel præ- som postgraduat.

Det medicinske verdensbillede, vi har tegnet, er tydeligvis for simpelt. Der er nu god evidens for, at årsagssammenhænge ikke udelukkende skal forstås lineært, hvor én årsag giver én sygdom og én behandling. Det skyldes blandt andet erkendelsen af, at kortlægningen af menneskets DNA gav svar på skuffende lidt, og at bl.a. forskning i epigenetik, mikrobiomer og andre "omer" har givet holdepunkt for, at mange forskellige faktorer – herunder personlige forhold som psyke, narrativer, stress og belastninger – har indflydelse på, om modstandskraften forringes, og vi bliver syge (11, 12). Og at de samme forhold medvirker til at gøre mennesker raske(re), hvis forholdene ændres til det bedre.

Vi bevæger os derfor i høj grad væk fra den lineære opfattelse, som har været kendetegnende for naturvidenskaberne i mange år, og hen imod en systemisk forståelse, hvor enkeltstående forhold som fx KRAM-faktorer som eneårsag til overdødelighed hos socialt belastede hurtigt

Vi skal være "heterozygote" – vi skal passe på ikke at falde i den ene eller anden grøft.

kommer til kort i forhold til en forståelse af, at "livet er komplekst og mange-facetteret".



Ikke et enten-eller, men et både-og

Lægegerningen udspiller sig over et stort spektrum, hvor yderpunkterne gennem tiderne er blevet karakteriseret som lægevidenskab og lægekunst. Det er dog ikke et spørgsmål om enten-eller, men både-og. Og hvor også tanker om det personcentrerede, narrative og relationelle har varierende indflydelse afhængig af situationen.

Praktiserende læger har begge dele i værktøjskassen og skal være i stand til at differentiere: Hvis der er bekymrende symptomer på kræft, eller måske akut hjertesvigt, så henviser man til pakkeforløb eller henter akuttasken. Andre gange har de biomedicinske undersøgelser spillet fallit. Når flere og flere diagnosticeres med psykisk lidelse, kroniske smertetilstande eller såkaldt medicinsk uforklarlige symptomer, er man nødt til at bygge på andre tilgange – herunder de mange ting, som den personcentrerede medicin kan byde på.

Billedligt har vi talt vi om at gå på to ben: det humanistiske og det biomedicinske (13). Men det vil nok være mere rigtigt at tænke, at det ikke er enten det ene *eller* det andet – begge dele skal være i spil hele tiden og kan ikke skilles ad. Eller som praktiserende læge Anders Beich siger: "Vi skal være heterozygote" – vi skal passe på ikke at falde i den ene eller anden grøft. Det må ikke blive sådan, at personcentreret opfattes som lidt langhåret og mindre "fint" end "det egentlige": det, der kan måles og vejes og derfor fylder, når vi for eksempel skal efteruddannes eller måle kvalitet.

Opsummering

Arbejdet i almen praksis handler om mødet med personen, der har et helbredsproblem. Og det handler om den relation, der opstår mellem de to, baseret på et kortere eller længere kendskab til hinanden, hvor tillid er stoffet, som binder det hele sammen (14).

Sådan har det været i alle kulturer før vores: Et menneske med behov for hjælp mødes med et andet menneske, der ønsker at hjælpe på en professionel baggrund. Noget er således "gammel vin på nye flasker" og trænger blot til at blive italesat igen. Men der er også nyt at spore: At italesætte det personcentrerede er samtidig et spirende opgør med tælle-veje-måle-dominansen i moderne medicin. Indførelsen af en narrativ forståelse og synet på, at patienten er mere end en patient, nemlig et helt menneske, som vi skal give mere plads, kræver fortsat



Arbejdet i almen praksis handler om mødet med personen, der har et helbredsproblem. Og det handler om den relation, der opstår mellem de to

At italesætte det personcentrede er samtidig et spirende opgør med tælle-veje-måledominansen i moderne medicin

nytænkning og udvikling og en politisk indsats for ikke at drukne i snak om supersygehuse, ”kroniker”-kontroller og akutstuepladser.

Taksigelser

Denne artikel er skrevet på baggrund af givende diskussioner, dels i tænketanken ”Præstø-gruppen” og dels blandt en gruppe forskere på Forskningsenheden for Almen Praksis i København og kolleger fra Forskningsenheden for Almen Medicin i Trondheim ●

Økonomiske interessekonflikter: ingen angivet

Litteratur

1. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.* 1996;46(408):433-6.
2. Kirkengen AL, Mjølstad BP, Getz L, Ulvestad E, Hetlevik I. Can person-free medical knowledge inform person-centered medical practice? *European journal for Person Centered Healthcare* 2014;2:32-6.
3. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente journal.* 2011;15(2):63-9.
4. Mezzich J, Snaedal J, van Weel C, Heath I. Toward person-centered medicine: from disease to patient to person. *The Mount Sinai journal of medicine, New York.* 2010;77(3):304-6.
5. McEwen BS, Getz L. Lifetime experiences, the brain and personalized medicine: an integrative perspective. *Metabolism: clinical and experimental.* 2013;62 Suppl 1:S20-6.
6. Hvas L, Getz L, . Narrativ Medicin i almen praksis - del I. Historiernes betydning for sygdom og sundhed. *Månedsskrift for Almen Praksis.* 2013;Oktober:765-71.
7. Hvas L, Brodersen J, Hoveliuss B, Bentzen N. Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed? *Månedsskrift for Almen Praksis.* 2011;November:877-85.
8. Birkler J. Nærhedsetik - når etikken byder sig selv. *Månedsskrift for Almen Praksis.* 2011;August:601-6.
9. Hvas L. Det rigtige og det korrekte. *Månedsskrift for Almen Praksis.* 2001;Februar:135-40.
10. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine:* Oxford University Press; 1997.
11. Getz L, Kirkengen AL, Ulvestad E. The human biology--saturated with experience. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række.* 2011;131(7):683-7.
12. Vogt H, Ulvestad E, Eriksen TE, Getz L. Getting personal: can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? *Journal of evaluation in clinical practice.* 2014;20(6):942-52.
13. Hetlevik I. Evidence-based medicine in general practice: a hindrance to optimal medical care? *Scandinavian journal of primary health care.* 2004;22(3):136-40.
14. Fugelli P. Tillit. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række.* 2001;121(30):3621-4.