

Speciale i Sociologi

Sygeplejerskernes Indtog i Almen Praksis

Institut for Sociologi & Socialt Arbejde, Aalborg Universitet

Andreas Kjær

Sociologi, 10. semester

Vejleder: Anders Petersen

Antal ord: 34.735

6. august 2015

Institut for Sociologi og Socialt arbejde
Kroghstræde 5 & 7
9220 Aalborg Øst
Telefon +45 9940 8100

Titel:

Sygeplejerskers Indtog i Almen Praksis

Projektperiode:

Sociologi, 10. semester
Foråret 2015

Forfatter:

Andreas Kjær

Vejleder:

Anders Petersen

Antal ord:

34.735

Sideantal:

92

Afleveringsdato:

6. august 2015

Andreas Kjær

ak@jkaps.dk
27 59 14 67

Abstract

Nurses' increment in the Danish general practice is discussed in relation to general developments within the field.

Several changes within the general health care system, demographics, patients' attitude, technological advancement and general practitioners desire for new working conditions are identified as supportive factors. The actual distribution of tasks at the worksites and the procedures of doing so are emphasized. It is argued, that tasks calling for other approaches than strictly biomedicine – which always have been part of general practitioners' repertoire – are expanding in a manner which threatens to render the general practitioners position. Nurses have proven themselves well suited to substitute and supplement the general practitioners with these tasks.

The nurses' ongoing increment in Danish general practices seems to be a solution to some the current challenges, but introduces new challenges as well. I discuss how the movement represents a contestation of the traditional way of organizing general practice through profession. Instead it reflects the concept of 'treatment teams' gaining ground, where the commensurate competence is encoded in the structures of the local organization rather than solely in the hands of individual professionals. Nurses are embedded into this local structure by continual on-the-job training and access to supervision from general practitioners. The teamwork enables the nurses to substitute and supplement certain tasks and in turn enabling the general practitioners to exercise their expertise more consistently. In this way, it is argued that the local organization becomes guarantor of both professions professional work.

The thesis is structured by a comprehensive document review and a field study in a clinic with extensive nurse-participation. It is analyzed hermeneutic through the lens of Andrew Abbott's theory: The system of professions.

Indholdsfortegnelse

Indledning: Sygeplejerskernes indtog i Almen Praksis	1
Metode.....	3
Videnskabsteori.....	3
Min tilgang til emnet	4
Dokumentstudie: Udviklingen i almen praksis og sygeplejerskernes indtog	8
Generelt om almen praksis	8
Fremtidige udfordringer for almen praksis:	9
Almen praksis organisering	12
Praksispersonale i almen praksis.....	16
Udenoms kvalitet i almen praksis.....	16
Sygeplejerskernes indtog i almen praksis.....	18
Konsultationssygeplejerskers karakteristika	20
Uddelegering og samarbejde	21
Sygeplejerskernes opgaver i almen praksis.....	25
Sygeplejerskernes effekt på almen praksis	29
Udfordringer ved sygeplejersker	31
Feltstudie: Lægerne Sløjfens koncept.....	35
Sygeplejerske konsultationer	35
Konsultationsstruktur	36
Lægeinddragelse.....	37
Fleksible opgaver	38
Organiseringen fordrer løsninger	39
(Op)læring.....	39
Patienternes forventning.....	41
Lægerne Sløjfens koncept konceptualiseret	42
Ét analytisk blik på udviklingen i almen praksis	44
Sygeplejersker og læger som professioner	45
Opgaver i almen praksis: Jurisdiktion	47
Professionelle opgaver	49
Arenae for jurisdiktionelle kampe.....	55
Intern differentiering og uddelegering.....	60
Arbejdspladsassimilation.....	63
Udstyr og vejledninger: Kommodificering.....	66
Almen praksis som arbejdsorganisation.....	67
Kritisk diskussion af specialets analytiske blik	70
Konklusion.....	75
Litteraturliste.....	77

Forord

Specialet er et resultat af nysgerrighed; en nysgerrighed specialet aldrig fik stillet, tværtimod, heldigvis.

Alle lægerne, sygeplejerskerne og sekretæren hos Lægerne Sløjfen skal have stor tak for, at I tog jer tiden til at vise mig jeres flotte praksis og arbejdsgange. Læge Søren Olsson skal i denne henseende have særskilt tak for at have stået i spidsen.

Desuden vil jeg takke Janne Seemann for gode kommentarer og indsigtsfulde provokationer ved mit specialeseminar.

Tak til min vejleder Anders Petersen, hvis præcise inputs gjorde processen enormt lærerig. Jeg er glad for tiltroen i opstartsfasen, hvor jeg ønskede at anstifte specialet på egen hånd. Derudover tak for formidling af kontakt til Søren Olsson og Janne Seemann.

Andreas Kjær

Aarhus, juli 2015.

Indledning: Sygeplejerskernes Indtog i Almen Praksis

De praktiserende læger har traditionelt set taget hånd om samtlige opgaver i almen praksis, men sådan er det ikke længere. Der er sket et decideret indtog af sygeplejersker i almen praksis de seneste 15 år, hvor der i dag er lige så mange beskæftigede sygeplejersker, som der er lægeklinikker. For hver anden læge, er der én sygeplejerske. Dermed ikke sagt, at den klassiske sololæge ikke eksisterer længere, men at der er rigtig, rigtig mange praksisser med en eller flere sygeplejersker ansat.

Almen praksis er ikke, hvad det har været, den har forandret sig: opgaverne har ændret sig, patienterne har ændret forventning, lægerne efterspørger andre arbejdsvilkår og sundhedsvæsenet som system har ændret sig. Derudover er institutionen under pres fra to fronter: svigtende trivsel hos lægerne og en tiltagende opgave-overbelastning (lægemangel). Flere centrale aktører (KORA, OECD, Praksiskommissionen, Sundhedsministeriet m.fl.) fremhæver sygeplejerske-uddelegering som en passende respons til forandringerne og udfordringerne i almen praksis. De afhjælper allerede nogle af udfordringerne i dag og der er mulighed for at høste yderligere potentiale. Der er et relativt tydeligt mønster i de opgaver sygeplejersker udfører og nogle opgaver har de mere eller mindre overtaget fuldstændig. Det startede med de simpleste opgaver, men er løbende blevet mere og mere fagligt krævende opgaver der uddelegeres. Det er karakteristisk at sygeplejersker dels overtager opgaver fra lægerne, men også supplerer lægerne på visse punkter.

Denne forandringsproces i almen praksis er ikke dikteret fra centralhold, men drives frem af flere forskellige faktorer. Specialets fokus på sygeplejerskernes indtog er derfor ikke den forkromede og isolerede grund til eller konsekvens af udviklingen i almen praksis, men én faktor blandt mange. Dog er netop dette fokus udvalgt, da jeg vurderer, at det er ét særligt manifest og betydningsfuldt symptom på mange underliggende strømninger på området.

“The state of modern medicine has more to do with the state of modern nursing, (...) than with that of nineteenth-century medicine” (Abbott 1988:320).

Indtoget er ikke en neutral udvikling, der forløber eksternt til lægerne, men er både konsekvensen af og årsagen til dele af udviklingen i almen praksis som helhed. En analyse af sygeplejerskernes indtog er på en og samme tid en delanalyse af de praktiserende læger. Det er en betydningsfuld faktor for, hvad det vil sige at være praktiserende læge i dag og i årene der kommer. Det er min klare overbevisning, at sygeplejersker i almen praksis definitivt har bidt sig fast og for alvor er kommet for at blive.

Det er dog min erfaring, at sygeplejerskerne i almen praksis lever et relativt anonymt professionelt liv i skyggen af de praktiserende lægers heroiske image. Sygeplejerskers betydning for almen praksis er underbelyst rent akademisk (Kjellberg & Buch 2010a:29; Hunderup et al. 2003:969; Nørøxe et al 2014:2; D.R. 2007:8) og deres offentlige anerkendelse står ikke mål med deres meritter. Dette asymmetriske anerkendelsesforhold mellem læger og sygeplejersker er blevet reproduceret i årtier og er ingen nyhed (Abbott 1988:72). Sygeplejerske-læge forholdet er et klassisk nedslagspunkt, som i mindst hundrede år har

optaget fagfolk på området. I forlængelse af dette, udgør almen praksis – sammenlignet med hospitals-væsenet – en særlig interessant arena, hvor forholdet for alvor sættes på prøve:

“The system-wide effects of the creation of nursing began only when nursing started to expand out of the hospitals into primary health care, invading doctors’ heartland jurisdiction” (Abbott 1988:96). “Turn-of-the-century general practitioners in England feared with good reason that on-the-job trained nurses were successfully invading the primary-care market that was their bread and butter” (Abbott 1988:72).

I Canada, USA, Storbritannien, Holland, Australien og Sverige har arbejdsdeling i almen praksis længe været både et politisk, folkeligt og akademisk hot-spot. Sygeplejersker er i dag en integreret og vigtig del af disse landes primærsektor; i en udstrækning der efterlader Danmark enten som efternøler eller som ”stronghold” (McKinlay & Marceau 2002; Hansen, Madsen & Kjellberg 2008; Jensen 2008; Beaulieu et al. 2008). Der er væsentlige forskelle mellem disse landes sundhedsvæsen og det danske, så erfaringer kan ikke direkte generaliseres til danske vilkår. Det betyder imidlertid ikke, at erfaringer er uforenelige med det danske system, men at forbehold må medregnes. Dedikerede undersøgelser og artikler, som kan situere disse udenlandske erfaringer, er overraskende fåtallige. De få undersøgelser som stiller skarpt på fænomenet og de der behandler det som underemne, fremstår isolerede og sjældent i dialog med hinanden. Bedre undersøgelser af fænomenet efterlyses fra flere fronter (Kjellberg & Buch 2010a:29; Nørøxe et al 2014:2; VP 2014:15f; D.R. 2007:8; OECD 2013:12).

Det er specialets ambition, at forstå udviklingen i almen praksis i lyset af sygeplejerskernes indtog og at fortolke dette indtogs karakter igennem en professionssociologisk optik. Det vil udmønte sig i et induktivt dokumentstudie af eksisterende viden om emnet og et feltstudie ved en lægeklinik med udvidet brug af sygeplejersker, som først afsluttende vil blive sat i et teoretisk perspektiv.

Metode

Specialets problemformulering er bred og kan behandles på mange forskellige måder. Afsnittet her specificerer, hvordan jeg vil gå til værks og hvilken fremgangsmåde der er anvendt. Tilgangen vil grundlæggende være induktiv, hvor jeg hermeneutisk betragter almen praksis fra forskellige vinkler og niveauer. Der er to såkaldte empiriske ben, henholdsvis et **a) dokumentstudie** og **b) feltstudie**; førstnævnte vil inkludere undersøgelser og tekster fra flere niveauer, mens sidstnævnte vil give et blik på praksisniveau.

Et 1:1 billede af udviklingen i almen praksis ville være umuligt og ikke fremme forståelse. Selektion og reduktion af den faktiske historiske varians er derfor et grundvilkår for specialet. En proces som dette afsnit vil tydeliggøre. Nogle aspekter vil blive efterladt i skyggen, mens andre bringes frem i lyset og analyseres.

Videnskabsteori

Jeg vil tilgå emnet hermeneutisk, hvilket indebærer at skabe én mening (af mange mulige) i en strøm af indtryk og tekster via fortolkning. Tekster forstås her i overført betydning og inkluderer handlinger, genstande, symboler, systemer og lignende (Berg-Sørensen 2012:217f).

Specialet vil beskæftige sig med det værensfælleskab eller den intersubjektivitet, som delvis udgør almen praksis, delvis omgiver det og delvis understøtter det. Det vil sige, at jeg tager udgangspunkt i de fælles praksisser, forståelser, begreber, værdier og meninger der ligger til grund for, at almen praksis er *'indrettet som det er'* og at der *'ageres som der gør'* (Berg-Sørensen 2012:225f). Dette stammer fra en erkendelse af *'hermeneutik som ontologi'*, hvor fortolkning er konstitutivt for menneskets væren i verden. Samfundet er i denne optik et aggregat af fortolkninger, som i forskellig grad er blevet socialiseret, institutionaliseret og materialiseret. Almen praksis er derfor ikke produkt af en universel evolution, men udviklet i overensstemmelse med de fortolkninger som på et givet tidspunkt har vundet hævd og sat sig igennem i praksis. En dynamik der repræsenteres i den hermeneutiske cirkel, som foreskriver en stadig bevægelse mellem del og helhed (Berg-Sørensen 2012:221f). Hvordan den enkelte patient oplever sit anliggende tilgås og behandlet af lægen afhænger bl.a. af hvordan samfundet kategoriserer sundhed og sygdom. Et anliggende håndteres ikke efter lægens forgodtbefindende, men i forlængelse af en forudgående tradition. Som en følge af dette, giver en konkret fortolkning kun mening når sociale relationer og den historiske kontekst tages i betragtning. Nutidige fænomener er at forstå som betinget eller endda direkte konstitueret af fortidige fortolkninger og korresponderende handlinger. Enhver mening om et fænomen er derfor kontingent af tidligere fortolkninger og kan ikke udtrækkes direkte af det *"rå fænomen"*. Et fænomens *'virkningshistorie'* – de meninger, opfattelser og handlinger som i tidens forløb er tilskrevet – må derfor være grundlaget for en meningsfuld fortolkning af et aktuelt fænomen (Berg-Sørensen 2012:224). Et grundvilkår for specialet vil således være, at min tolkning af udviklingen i almen praksis vil være en fortolkning af andres fortolkninger.

I forlængelse af den hermeneutiske ontologi, antages det, at almen praksis tilgår og behandler et anliggende på grund af nogle fortolkninger om anliggendet, det gode liv, effektivitet, organisering og lignende, som på forskelligvis har sat sig igennem i praksis. Det er bl.a. disse konstituerende fortolkninger, der er hermeneutikkens analyseobjekt. Fortolkninger, som alene i deres eksistens som fortolkninger, er formidlingsbare til en vis grænse (afhængighed af værensfælleskabets homogenitet og muligheden for at opnå

horisontsammensmeltning). Specialet rækker derfor ud efter en række fortolkninger af almen praksis og sygeplejerskernes tilstedeværelse, for at fortolke denne mosaik af fortolkninger som et samlet billede.

Berg-Sørensen beskriver hermeneutiske studier som meningsdannelse, da argumentation for en given fortolkning nødvendigvis må sigte efter overtalelse (Berg-Sørensen 2012:216f). Dette indebærer en svag normativ position, hvor der stræbes efter at bidrage til den samlede forståelse i værensfælleskabet (Berg-Sørensen 2012:226).

"Hermeneutikere er mere optagede af gensidig forståelse af et fænomen, der studeres, end de er kritiske over for nogle forhold, der kendetegner fænomenet" (Berg-Sørensen 2012:233).

Det ideelle, men utopiske, ville være at inddrage alle andres fortolkninger (alle undersøgelser, vurderinger, udtalelser, holdninger, teorier m.v.) om almen praksis, men er selvsagt umuligt. Et væsentligt element (som vil efterfølge), er derfor en udvælgelsesprocedure (*relevansstruktur*) for, hvilke fortolkninger (empiri) jeg inddrager (Kristiansen & Krogstrup 1999:83-89). En helt legitim anklage mod ethvert hermeneutisk studie er, at væsentlige fortolkninger er udeladt, som ellers kunne sætte alle andre bidrag i et andet lys. En anden anklage er fejltolkning, hvor man fremhæver "*det forkerte*" ved en fortolkning eller ved at betragte fortolkninger fra en uberettiget vinkel. Førstnævnte fejltolkning kan påkalde ved at sætte spørgsmålstejn ved horisontsammensmeltningen mellem fortolkeren og værensfælleskabet; fx forstås kontinuitet cirka som de fleste praktiserende læger? Sidstnævnte fejltolkning kan påkalde, hvis det kan argumenteres, at ens forforståelse (teoretisk, filosofisk, habituel m.v.) gør en blind for det "*væsentlige*". Til dette følger, at en fortolkning i det hermeneutiske paradigme ikke kan være decideret forkert eller rigtig, men den kan være mere eller mindre berettiget og meningsfuld.

Min tilgang til emnet

Som det foregående argumenterede, er specialet bygget op om en selektion af fortolkninger (empiri), som antages at repræsentere dele af almen praksis, der danner grundlag for tolkning. Dette giver sig til kende i to konkrete empiriske ben:

- a) Et dokumentstudie: En beskrivelse af almen praksis udvikling med et særligt fokus på sygeplejerskernes indtog.
- b) Et feltstudie: En beskrivelse af Lægerne Sløjfens organisatoriske koncept.

De to empiriske ben har givet adgang til værensfælleskabet (almen praksis) på to forskellige måder. Dokumentstudiet har givet en historisk, generelt og distanceret indblik i affærerne i almen praksis, mens feltstudiet har givet et mere levende, detaljerigt og specifikt indblik. De to empiriske ben er ikke uafhængige og er praktisk talt udført parallelt med hinanden: Feltstudiet formede min læsning og udvælgelse af tekster, mens teksterne formede mine spørgsmål og observationer i felten – en induktiv, dialektisk, hermeneutisk proces.

Min tilgang til feltet var, at jeg vidste meget lidt om almen praksis og at jeg – helt banalt – var nødt til at lære almen praksis at kende. Resultaterne i en udpræget induktiv og eksplorativ tilgang, hvor den første sten, jeg løftede, ledte mig til 2 andre og så videre. De forskelligartede empiriske perspektiver fungerede metodologisk triangulerende, hvor indtryk fra forskellige niveauer supplerende bidrog til indsigten i værensfælleskabet (Riis 2000: 87-88). Specialets fokus og problemformulering opstod induktivt igennem denne proces.

"Forskningsprocessen må forstås som en vekselvirkning mellem forsker og felt, hvor uforudsete hændelser og opdagelser inkorporeres i undersøgelsens problemformulering, fokus, dataindsamling og analyse." (Kristiansen & Krogstrup 1999:131).

De to tekstafsnit, som de to empiriske ben er endt ud i, er skrevet forud for min teoretiske orientering og den egentlige fortolkningsproces. Specialets teori har derfor en særlig funktion, da inddragelsen kom efter min udforskning af empirien. Selvom teorien og empirien kan fremstå adskilt, er empirien immanent tilstede i teorien i kraft af, at teorielementer først blev udvalgt, inddraget og analyseret efter, at silhuetterne af de empiriske mønstre havde vist sig. Specialets skriftlige fremstilling vil afspejle denne erkendelsesproces, hvorfor teorivalg og teori først vil efterfølge.

Dokumentstudiet

I starten af specialeperioden orienterede jeg mig bredt, særligt i lærebøger om almen praksis og i 'Månedsskrift for Almen Praksis'. Min litteraturgennemgang blev indsnævret i takt med, at mit fokus blev fæstnet på sygeplejerskers indtog. Af adskillige omgange søgte jeg på tilgængelige internetdatabaser såsom Google Scholar, Bibliotek.dk, KORA, DSAM, forskningsdatabasen.dk, Sociological Abstracts, Cochrane og PubMed. Jeg forsøgte mig med flere strukturerede søgninger, men med meget få relevante danske resultater. Det har været en aktiv Snowball-metode, hvor referencer, emneord og forfattere fra relevante publikationer ledte mig videre til nye (Andersen & Hovgaard 2007:106), som har frembragt de vigtigste sygeplejerske-specifikke bidrag (Bl.a. Poulsen et al. 2006; Hunderup et al. 2003; Sørensen 2014a; Nørøxe et al. 2013; VP 2014). Danske bidrag (inkl. udenlandske om Danmark) har haft min primære interesse pga. specialets fokus på det danske system og en erkendelse af, at der er væsentlige forskelle landene imellem. De udenlandske artikler, der alligevel er inkluderet, er tilvalgt, fordi de bl.a. refereres af danske aktører (fx DSR 2010, Praksiskommissionen 2008, Kjellberg & Buch 2010a), fremstår toneangivende på feltet (fx mange citeringer) og/eller tilbyder supplerende indsigter (fx Szecsenyi 2011). Alle tekster om sygeplejersker i den danske almen praksis – *som jeg har kunnet opstøve* – er inkluderet¹. Med hensyn til inddragelse af tekster om almen praksis generelt, har de sygeplejerske-specifikke været styrende for hvilke og i hvilket omfang. Hensigten har været, at situere og kontekstualisere teksterne om sygeplejerskernes indtog i bredt anerkendte rammer, hvorfor bidrag fra centrale og toneangivende aktører på området er valgt. Dette kommer af mit hermeneutiske perspektiv, hvor disses bidrag betragtes som konstituerende fortolkninger for feltet (Berg-Sørensen 2012:221f).

¹ Bemærk at dette omfatter to gode specialeafhandlinger, som har beskæftiget sig med konsultationssygeplejerskers arbejde (Johannesen 2011; Flensted 2010).

Det er værd at understrege særskilt, at studier fra udlandet skal generaliseres til danske forhold med varsomhed, fordi de omfatter sygeplejersker der arbejder under andre og mere selvstændige forhold end danske (Walker 2006; Naylor & Kurtzman 2010). Der er ofte tale om "Nurse Practitioners", som er videreuddannede sygeplejersker der varetager selvstændige patientkonsultationer uden tilknytning til en superviserende læge. Dette foregår både i egne dedikerede klinikker, almen praksis, i skoler og på arbejdspladser. I Australien, Holland, England og USA har man i udstrakt grad overladt kronikerbehandling, livsstilskonsultation, vaccinationer og præventionskonsultationer til disse sygeplejersker. Der findes dog også "Practice Nurses", som er sygeplejersker der arbejder sammen med en praktiserende læge og minder i højere grad om de danske (Mundinger et al. 2000; Hansen, Madsen & Kjellberg 2008).

Feltstudiet

Jeg har haft lejlighed til at opleve dagligdagen hos Lægerne Sløjfen, en lægeklinik i Aalborg Øst, som benytter sig af behandlerteams. I løbet af 10 hverdage fra kl. 8-16 har jeg været med på sidelinjen, for på nært hold at opleve arbejdsgange, koordinering og ledelse. Jeg var med hele vejen rundt, med konsultationer, møder, telefonpasning, akutte tilfælde, laboratoriearbejde til frokostpauser, med videre.

Til konsultationerne observerede jeg på to måder: 1) hvor jeg fulgte lægen og 2) som påhæng til sygeplejerskerne, hvor jeg fik en stol i et hjørne af konsultationsrummet. Gerne placeret nær døren, så jeg kunne følge med sygeplejersken ud, hvis hun forlod rummet. På skift har jeg været med alle sygeplejersker og læger, og har overværet konsultationer med alt fra børneundersøgelser til influenza. Ved hver konsultation blev jeg præsenteret og patienten blev spurgt, om min deltagelse var i orden. Under konsultationerne havde jeg ingen funktion og var udelukkende observatør. Imellem patienterne fik jeg lov til at stille personalet opfølgende spørgsmål. Det ideelle havde været at tage feltnotater løbende, men i realiteten var det ikke muligt uden at påvirke situationen (Hammersley 1996:50; Kristiansen & Krogstrup 1999:151). Mine feltnoter blev skrevet imellem patienterne eller ved afbræk, hvor jeg forlod konsultationerne for at fordøje observationerne og skrive noter.

Ved dataindsamling forsøgte jeg, som flere metodikere og hermeneutikken betoner, at skabe en pendulering mellem forskellige former for teknikker, tilgange og stilarter, med det formål at afdække feltets forskellige empiriske kroge og i sidste instans nå tættere på et såkaldt 'empirisk mætningspunkt' (Hammersley 1996:23f; Kristiansen & Krogstrup 1999). Hammersley påpeger, at der ved feltarbejde hos professionelle er en risiko for at blive opfattet som evaluator, kritiker eller endda oprykker. Uformelle interviews og samtaler med personer, som man har etableret et forhold til, skal derfor ikke overdrives med hensyn til *formalitet* og *seriøsitet* (1996:76ff). Med modsat fortegn påpeger Kristiansen & Krogstrup, at man ved feltarbejde skal være bevidst om, at feltet ikke *forfører* en; det vil sige en overidentifikation med feltet (1999:190-193).

Dialogen med både lægerne, sygeplejerskerne og uddannelseslægerne har været god og indsigtsfuld. Samtalerne tog udgangspunkt i konkrete konsultationer, observationer, almindelig undren og mit sideløbende dokumentstudie. Aspekter der undrede, overraskede eller imponerede mig, spurgte jeg ind til for at få en uddybning. Det hele foregik uformelt og pragmatisk, så deciderede interviews blev ikke foretaget.

Det afslappede forhold gjorde, at jeg nemt kunne *zappe* imellem forskellige aktiviteter alt efter *nyhedsværdien*. Hvis en sygeplejerske fx havde 3-4 børneundersøgelser i træk eller en bunke administrativt arbejde, var det konstruktivt, at jeg skiftede til en anden sygeplejerske eller læge. Jeg fandt desuden pauserne gode anledninger til at tale med personalet om arbejdsgangene. Processen har været kendetegnet af, en aktiv søgen imod indsigt i værensfælleskabets sprog, kutyme, praksisser og begreber – både med hensyn til klinikken som lokalt værensfælleskab, men også i almen praksis som større værensfælleskab.

Ved konsultationerne oplevede jeg en nervøsitet; *Ville patienter frabede min tilstedeværelse? Hvilket anliggende kom de med og blev jeg vidne til noget meget alvorligt? Gjorde jeg patienterne forlegen trods deres tilsagn? Påvirkede jeg konsultationen negativt, selvom jeg forsøgte at være usynlig? Gjorde jeg sygeplejersken eller lægen ubekvem på grund af min observerende rolle?*

Ved langt de fleste konsultationer var min nervøsitet ubegrundet; både patienter, sygeplejersker og læger virkede meget fortrolige med, at studerende var med på "*slæb*". Mængden af notits patienterne gav mig varierede. Nogle var totalt upåvirkede og ligeglade, mens andre skulede en smule over til mig. Det mit indtryk, at ingen patienter har haft en dårlig oplevelse eller at konsultationernes forløb er blevet påvirket af min tilstedeværelse. Få gange endte jeg i enerum med en patient, da situationen ikke lade op til at jeg forlod konsultationsrummet med sygeplejersken. Dette var svære situationer at håndtere og spændte fra ekstremt akavet til o.k. spændende. Der var ingen patienter, der frabede min tilstedeværelse, men det var tydeligt, at jeg gjorde enkelte patienter selvbevidste og at enkelte momenter i konsultationen måske var for min '*skyld*'.

Alt i alt var det en rørende og indsigtsfuld oplevelse at sidde med på sidelinjen. Der var mange følelser i spil, for patienterne var naturligvis følelsesmæssigt påvirket. Følelserne spændte fra gråd, frustration, ængstelse og smerte til taknemmelighed, lettelse og glæde. Feltstudiet gav mig forståelse for den *alvor* organiseringen af sundhedsvæsnet rummer. De egentlige resultater, præsenteres senere i afsnittet "*Feltstudie: Lægerne Sløjfens koncept*".

Dokumentstudie: Udviklingen i almen praksis og sygeplejerskernes indtog

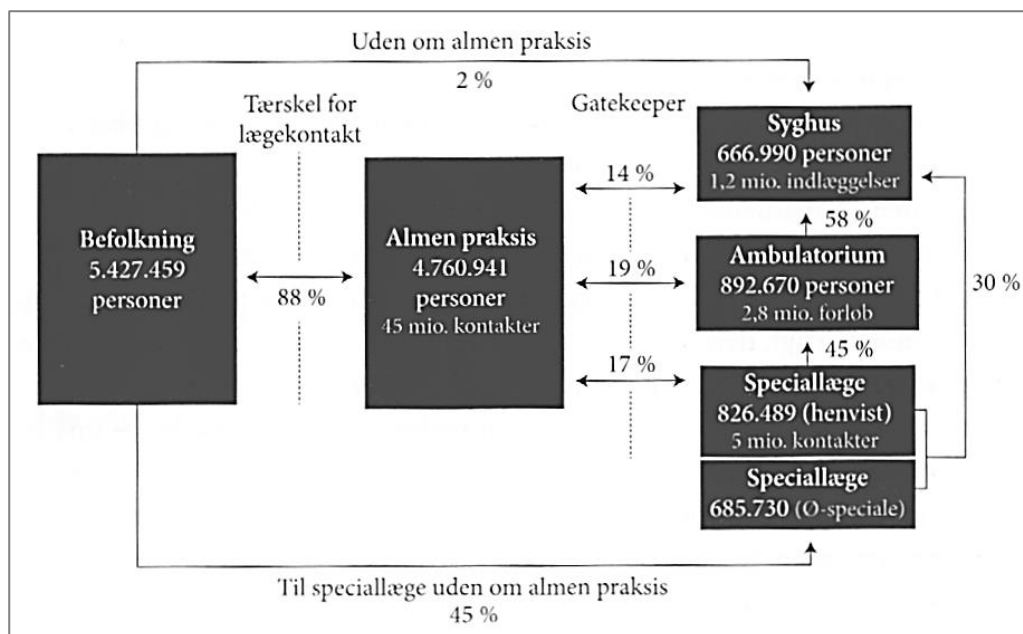
Generelt om almen praksis

Almen praksis er en hjørnesten i sundhedsvæsenets opbygning og danskernes primære indgang til sundhedsydelser. Overordnet set varetages funktionerne som primærbehandler, gatekeeper, tovholder og generalist (Praksiskommissionen 2008:5). Karakteristisk for opgaverne i almen praksis er en blanding af uforudsigelighed og relative forudsigelige opgaver: De ved aldrig helt hvad der kommer ind, men alligevel er der visse relative stabile mønstre, da de varetager alle de "almindelige" tilstande og anliggender (Foged, Poulsen & Poulsen 2011:102; Praksiskommissionen 2008:5; VP 2015).

Omkring 45% af et års aktiviteter relaterer sig til patienter med kronisk sygdom, mens 25% er nyopstået akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom. 20% har medicinsk uforklarlige symptomer og de resterende 10% er rettet imod systematisk forebyggende arbejde (Vedsted et al. 2005).

En central funktion er den såkaldte frontlinjefunktion, hvor den praktiserende læge agerer gatekeeper i forhold til specialiseret behandling i det øvrige sundhedsvæsen (Praksiskommissionen 2008:3; Vedsted 2011:22). Nedenstående figur 1 skitserer patient-flowet:

Figur 1: Flow i det danske sundhedsvæsen i løbet af 1 år.



(Vedsted 2011:23). Ø-speciale = øjenlæger og øre-næse-hals-læger.

Cirka 90% af alle henvendelser til almen praksis løses udenfor sekundærsektoren. Det er værd at bemærke, at hvis *filtreringen* i almen praksis forskydes med bare 1%, betyder det – teoretisk set – en opgavestigning på 10% i sekundærsektoren (Bojlén & Gannik 2001; KOS 2008; STS 2008). Almen praksis henviste 2% flere i 2008 end i 1993 (12,7% mod 10,7%), hvilket øgede sekundærsektorens kontakter med hele 19% (KOS 2008).

Fremtidige udfordringer for almen praksis:

Sundhedsvæsenet sammenlignes i folkemunde med en supertanker, der ikke bare lige ændrer kurs. Det er på flere måder et aggregat af samfundets historiske prioriteringer og valg, hvorfor den klassiske sammenligning med en supertanker ikke er helt ved siden af. For ja, dens retning kan ændres instrumentelt, men i realiteten zigzagger man ikke mere end højst nødvendigt med en supertanker. Almen praksis bevægelse henter energi fra den inert, der udspringer af historiske megatrends og *zeitgeists*. Der er derfor gode muligheder for at påpege en grovskitse af almen praksis' fremtidige rute, ved at tage samtiden og fortiden i betragtning (Abbott 1988; Praksiskommissionen 2008:5-8).

Nye opgaver

I litteraturen betragtes en række udfordringer for almen praksis som næsten "*self-evident*". Der er meget stor enighed om, hvor almen praksis bevæger sig hen og hvilke nu- og fremtidige opgaver almen praksis står over for:

Der vil komme væsentligt flere opgaver med...

- ... ældre.
- ... kronikere.
- ... vaccinationer.
- ... sygdomsmeldinger.
- ... akut behandling.
- ... børnesundhedspleje.
- ... svage og sårbare grupper.
- ... helbredstjek uden symptomer.
- ... forebyggelse og sundhedsfremme.
- ... ambulante kontroller og opfølgninger.
- ... den palliative indsats og terminal pleje.
- ... dokumentation, akkreditering og kvalitetskontrol.
- ... kommunikation med et specialiseret sygehusvæsen og private sundhedsudbydere.

Kilde: (Kjellberg & Buch 2010a:3ff; DSR 2010:17-20; D.R. 2007:7; E.B. 2010:49f; VP 2014:6; VP 2015; Praksiskommissionen 2008:5-8, 11f; Vedsted 2011:24f; Ehrenreich 2011:342; OECD 2013:21)

Der er både tale om ny-introducerede opgaver, opgaveglidning fra det øvrige sundhedsvæsen og vækst i traditionelle opgaver.

En central drivkraft er udviklingen i sygehusvæsenet, der i lang tid er gået i retning af tiltagende specialisering og centralisering (fx supersygehuse), hvor patienter efter endt specialbehandling udskrives hurtigt og ambulante faciliteter nedlægges. Rent geografisk vil flere få længere til sygehuset. Af disse grunde er der politisk og fagligt bred enighed om, at almen praksis skal håndtere flere opfølgende, kontrollerende, ambulante og akutte opgaver (D.R. 2007:7-8; Haarder 2011:343-344; Praksiskommissionen 2008:22). Et klart øget ansvar til almen praksis. Specielt opgaver med kronikere og ældre vil glide fra sygehusvæsenet til almen praksis, som er en særdeles krævende og opgavetung patientgruppe. Der er altså tale om en

substantiel opgaveglidning (DSR 2010:24; Gannik 2004:14; Haarder 2011:343; VP 2014:4; Praksiskommis- sionen 2008:18).

Praksiskommissionen betegner almen praksis' nye opgaver som en *"planlagt opgaveglidning"* (2008:7). I 2003 så de praktiserende læger meget forskelligt på om opgaverne med opfølgning, kontrol og moni- toring af kronisk syge hørte hjemme i almen praksis eller ej. Gannik beskriver, at det vekslede mellem stor skepsis og optimisme overfor indførelse af det lægerne kaldte *"rutineopgaver"*. Det skyldes, at rutine- opgaver grundlæggende modstrider den klassiske opfattelse af, at praktiserende læger kun beskæftiger sig med usorterede patienter. Kronikere er forhåndssorterede og retningslinjerne for deres forløb er pålagt udefra via generelle guidelines (Gannik 2004:17-18).

"Især ambulant kontrol med kroniske lidelser rettes skytset imod, fordi det er en opgave lægerne ikke finder interessant og som nogle læger direkte ikke synes hører hjemme i praksis" (Gannik 2004:44).

Senere i 2014 fremgår det af PLO og DSAMs regionale visionsmøder, at de praktiserende læger på de godt 10 år havde ændret mening og at der nu var udbredt enighed om, at kronikere og multisyge hører hjemme i almen praksis (VP 2014:8).

En meget ofte fremført udfordring for almen praksis er *'lægemangel'* og at det bliver værre og værre. Denne diskurs har en tendens til *alene* at konnotere, at der bliver færre og færre læger, men *de facto* har vi i de sidste 30 år fået flere læger, og på længere sigt vil der blive endnu flere praktiserende læger. Dog har prognoser vist, at der i perioden 2015-2020 rent faktisk kan ske en reel (men midlertidig) nedgang i det totale antal af praktiserende læger. Dertil kommer, at udkantsområder geografisk er upopulære blandt praktiserende læger, så reel lægemangel forekommer lokalt i disse områder (Kjellberg & Buch 2010b:428; Sundhedsstyrelsen 2013). Men koges lægemangel-diskursen ned til sin essens, er den et udtryk for et stigende forbrug og behov for sundhedsydelser, hvilket de mange – her beskrevne – nye opgaver i almen praksis er en direkte konsekvens af (Yngre læger 2013:6). Lægemangel-diskursen er derfor reel nok, da den er udtryk for en opgave-overlast.

Ændret patient adfærd og læge relation

Hos de praktiserende læger meldes der generelt om en ændret patientadfærd og patientforventning. Gannik skriver, at der *"generelt er en opfattelse af, at patienterne er blevet mere skeptiske, mere spørgende og mere argumenterende end tidligere"* (Gannik 2004:22). Dette skyldes blandt andet, at lægens traditionelle autoritet er under afvikling og lægen fremstår i mindre grad som en lovprisende faderfigur. Tidligere havde læge-patient relationen karakter af et paternalistisk forhold, hvor lægen qua sin sundheds- videnskabelige indsigt kunne træffe beslutninger på patientens vegne. En grundlæggende asymmetri i forholdet var accepteret. Den aktuelle opfattelse af relationen mellem patient og læge rummer nu et ideal om, at patientens livsværdier og selvbestemmelse i udstrakt grad skal ligestilles med lægens ekspertviden (Gannik 2004:25; Foged 2003:9f).

Praktiserende læger rapporterer også om en sygdomsfiksering i befolkningen, bl.a. forårsaget af en stigende eksponering af information om sygdom og behandling via medierne og *"sundhedstilbud"*. Dette afføder ofte (ubegrundet) bekymring og sygdomsfrygt. Dette forstærkes af en dårlig forståelse for den normale krop og hvornår symptomer enten ligger inden eller uden for normalgrænsen. Der er også en mindre social rummelighed eller tolerance overfor småsygdom og symptomer (forkølelse, hovedpine, træthed m.v.), som særligt hos børn og unge problematiseres. Dette kobles sammen med nogle ændrede pasningstraditioner og familiemønstre, hvor særlig *"vejlednings-ressourcer"* fra bedsteforældre og ældre familiemedlemmer er blevet udvandet. Der er en tendens til, at borgere i stigende grader betragter skavanker og uønskede mentale reaktioner som et lægefagligt anliggende (Gannik 2004:34; Ehrenreich 2011:341).

Konsekvensen er en øget lægesøgning og at de praktiserende læger anvendes som problemløsere, informationskilder, *"beroligere"*, *"opdragere"* eller hjælpere ved anliggender som man tidligere klarede i den nære omgangskreds eller selvstændigt. En rolle som flere læger oplever som belastende og stressende (Gannik 2004:33; Ehrenreich 2011:341). Lægerne er dog splittede med hensyn til hvor grænsen går mellem sygdom og ikke-sygdom, da mange livsstils-, psykologiske- og sociale aspekter netop har stor indvirkning på patienternes objektive helbred (Gannik 2004:35; Vedsted 2011:29; Ehrenreich 2011:343).

Arbejdsvilkår

Der er en generel frygt blandt praktiserende læger og ikke mindst yngre læger for at brænde inde med et usælgeligt lægehus. Dette skyldes omvæltningerne i branchen, der gør praksisdrift risikofyldt. Særlig små lægehuse og ydernumre uden for storbyerne kan være svære at komme af med. Den økonomiske risiko ved at oprette, udvide eller flytte praksis er med til at forme udviklingen (E.B. 2010:52; Gannik 2004:59; Praksiskommissionen 2008:54).

De moderne praktiserende læger adskiller sig fra tidligere tiders familielæger ved ikke nødvendigvis at stræbe efter ejerlæge-status og en 50 timers arbejdsuge. Flere undersøgelser viser, at kollegialt fællesskab, ansættelse under lønarbejdsvilkår og større fleksibilitet i arbejdslivet værdsættes højt. Ændrede familiestrukturer er en medvirkende faktor, da en ægtefælle der betingelsesløst følger lægen ikke længere er normen. Studier viser, at særligt unge og kvindelige læger foretrækker nedsat arbejdstid og flerlægepraksis, hvilket er udslagsgivende når den meget kraftige stigning i kvindelige læger medregnes. Men det er ikke kun unge læger, også ældre praktiserende læger er begyndt at efterspørge andre arbejdsvilkår. Flerlægepraksis imødekommer disse eftertragtede arbejdsvilkår og åbner op for et mere *"moderne lægeliv"* (Kjellberg & Buch 2010a:16; Gannik 2004:48f, 60; Praksiskommissionen 2008:71f; DSAM 2008; Ehrenreich 2011:343). En undersøgelse blandt uddannelseslæger viser, at der er en *"helt klar præference for at slå sig ned i kompagniskab, helst med tre-fire læger"* (Kjellberg & Buch 2010a:57).

Reform af almen praksis

De tre ovenfor beskrevne udviklingstendenser for almen praksis er ikke temporære fluktuationer eller politiske fiksfakserier, der har fået supertankeren til at zigzagge, men tendenser der har udviklet og manifesteret sig igennem de sidste to årtier. De er vidnesbyrd om en større kursændring.

Praksiskommissionen betegner kursændringen som et decideret *"paradigmeskifte"*, hvor der går fra *"reaktiv til proaktiv og planlagt indsats"* i almen praksis (Praksiskommissionen 2008:7). Dog fremhæves der i 2008, at den igangsatte kursændring ikke er tilsvarende omstændighederne og at yderligere intensivering af den påbegyndte kursændring anbefales og forventes:

"Der er behov for at ændre rammerne for almen praksis" (Praksiskommissionen 2008:5).

Danske Regioner stemmer i og advokerer for en reform af almen praksis, da det er nødvendigt for at imødegå forandringer i det danske sundhedssystem som helhed (D.R. 2007:7). OECD kommer frem til samme konklusion i deres evaluering af det danske sundhedsvæsen:

"Primary care is a particular area of concern. While Danish GPs have fulfilled the primary care function well over many years, the challenges outlined above demand a different, stronger and modernised primary care sector, which has not yet emerged" (OECD 2013:11)

De sidste 30 år har været kendetegnet ved en støt stigning i mængden af praktiserende læger fra cirka 2.600 til godt 3.600 i 2010. Det gennemsnitlige antal patienter pr. læge er fortløbende faldet fra ca. 2.000 til ca. 1.570. Hvis alle patienter på tværs af landet også i de næstkommende år skal have muligheden for at være tilknyttet en praktiserende læge, skal de sidste 30 års tendens nødvendigvis vendes. *"Hvor det har været relativt uproblematisk at sænke antallet af patienter pr. læge i takt med, at der er kommet flere opgaver, vil den modsatte bevægelse være noget vanskeligere"* (Kjellberg & Buch 2010b:428).

Bundlinjen er, at der er en grundlæggende fordring på en forøgelse af kapaciteten i almen praksis og omlægning af arbejdsgangene, for at imødegå de mange nye opgaver, den ændrede patient adfærd og rumme nye arbejdsvilkår for praktiserende læger (Praksiskommissionen 2008:54; KOS 2008; Kjellberg & Buch 2010a:43; OECD 2013; VP 2014).

Almen praksis organisering

Traditionelt set har den praktiserende læge fungeret som familielæge, der lokalt deltog i sine patienters liv på godt og ondt. Lægen var med ved fødsler, opvækst, sygdom, ulykke og død. Familielægen var som hovedregel mand og var organiseret i små enheder lokalt, oftest med en hengiven hustru som eneste medhjælp og sekretær (Gannik 2004:49, 65; Ehrenreich, Maagaard & Vedsted 2011:13). Herom skriver Lars Foged:

"Sikkert alle kan fremmane et billede af den lægetype, de har mødt i Matadors dr. Hansen (...) Lægen, der 'altid' var til stede. Lægen, der var læge i hele sin personlighed, og som kun undte sig tid til kreative sysler i kortere tid og selv da var tilgængelig ved behov. Lægen, som var tilskuer til patienternes skæbne på godt og ondt, men hvis egen skæbne de færreste kendte til. Lægen, som kendte lokalsamfundets og de enkelte familiers liv og hemmeligheder og alligevel kunne komme i alle kredse. Lægen med socialt engagement. Lægen, til hvem alle nærede ubetinget tillid" (Foged 2003:19).

Som det ovenfor er fremgået, har meget ændret sig samfundsmæssigt og systemisk, hvilket har fået kravene til sundhedsydelser til at ændre sig markant. Flere mener at familielægen og dens organisering allerede er gået tabt i flere geografiske områder og at udviklingen vil brede sig (Gannik 2004:23, 65; Heje, Olesen & Vedsted 2010:1119; Maagaard & Schmidt 2011:45). Som Maagaard & Schmidt skriver, er det stiliserede billede af familielægen *"på ingen måde dækkende for flertallet af klinikker i dag!"* (2011:45). I henhold til Heje, Olesen & Vedsted er der ingen tvivl, udviklingen går fra *"den solopraktiserende familielæge hen mod større multifaglige klinikfællesskaber"* (2010:1119).

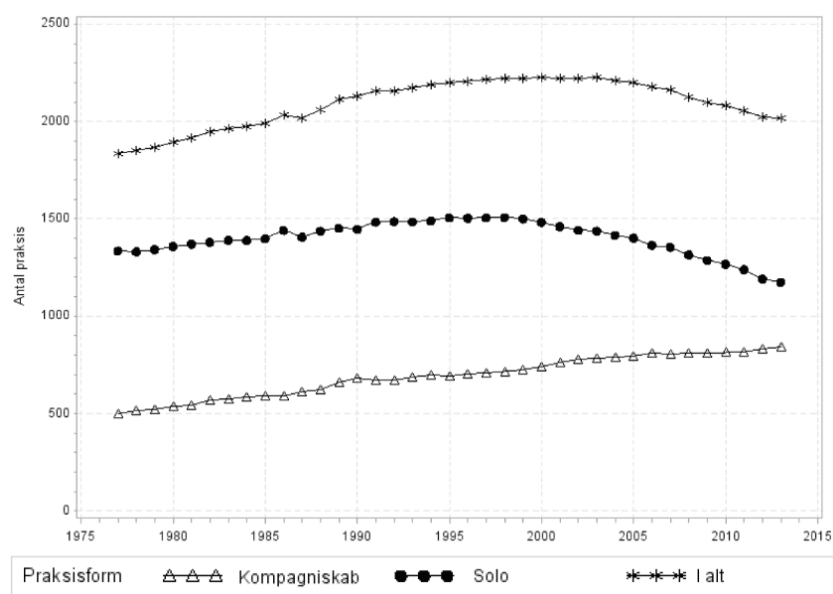
I 2003-2004 fandt Gannik udbredt foragt og frustration blandt de praktiserende læger i Viborg Amt, som er et af de geografiske områder hvor udviklingen gik stærkes. Lægerne så med gru på fremtiden og frygtede for kontinuiteten og kvaliteten af lægearbejdet (Gannik 2004:65). Referater fra PLO og DSAMs regionale visionsmøder 10 år senere i 2014 (430 læger deltog) afspejler både begejstring, indforståethed, uenig- og utilfredshed omkring udviklingen. Trods en vis realisme om at udviklingen går i retning af større og mere professionaliserede praksisenheder, fremgår det også af visionsmøderne, at lægerne stadig bredt ærer idealet om familielægen med den totale kontinuitets stor værdi (VP 2014:3-5).

Der er bred enighed om værdien i kontinuitet, som var/er familielægens *raison d'être*, men der er ikke entydig enighed om hvorvidt udviklingen er en regulær tabsfortælling eller ej. Udviklingen kommer af komplekse forskydninger i så overordnede aspekter som sundhed, videnskab, politik, mentalitet og menneskesyn (Kjellberg & Buch 2010b:422; Gannik 2004:65). Flere forfattere maner til besindighed med at idealisere familielægen.

"Billedet af den idealistisk, faderlige læge er måske romantiseret og var i virkelighedens verden sikkert ikke ideel for hverken læge eller patient" (Ehrenreich, Maagaard & Vedsted 2011:13)

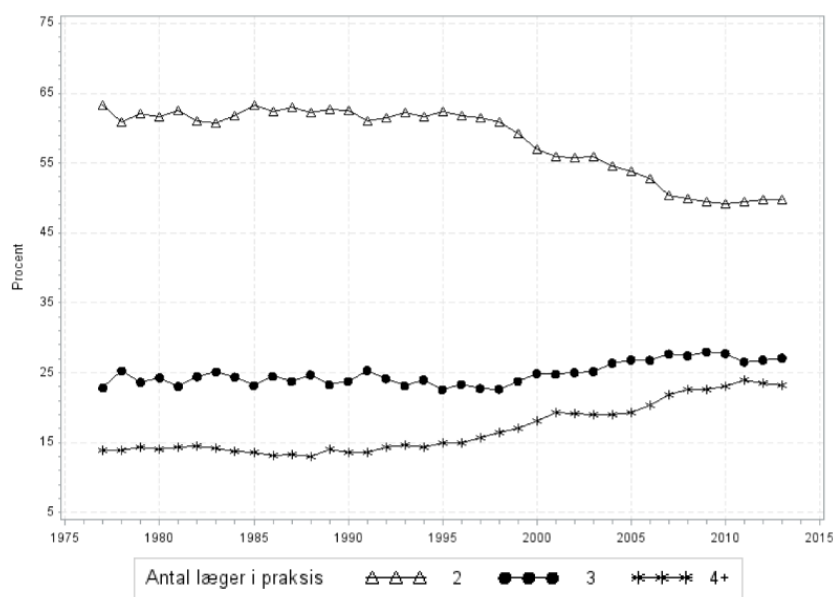
En erkendelse der efterhånden er bred enighed om på både politisk, administrativt og fagligt niveau. En enighed om at fordelene og udfordringerne ved udviklingen bedst realiseres og imødegås i større lægehuse med understøttende praksispersonale (Kjellberg & Buch 2010a:34; Poulsen 2009:335; Foged, Poulsen & Poulsen 2011:86; OECD 2013:23). Som det fremgår af graf 1 og 2 på næste side, forløber den faktiske udvikling i antal læger pr. praksis i tråd med dette.

Graf 1: Antal praksis fordelt på praksistype, 1977-2013.



(PLO 2013b:8)

Graf 2: Andel af kompagnipraksis efter størrelse, 1977-2013.



(PLO 2013b:8)

Men flerlægepraksis gør det ikke alene, implementering af mere praksispersonale beskrives bredt som en nødvendig sideløbende udvikling. Følgende 6 sigende citater fra centrale aktører på området fremhæver enstemmigheden:

“Rewarding quality and continuity of the care that GPs provide, such as through sharing of useful local experiences of successful integrated care models, encouragement of

group-based practice models, and piloting of advanced nursing roles” (OECD om det danske sundhedsvæsen, OECD 2013:33).

”De praktiserende læger skal blive bedre til at bruge praksispersonale til andet og mere end at visitere, foretage laboratorieprøver og forberede patienter, der skal ind til lægen. Sygeplejersker skal fx i højere grad forestå selvstændige konsultationer, kontroller og forebyggelsesopgaver” (Danske Regioner, D.R. 2007:12).

”Udvalget peger på mulighederne for at øge kapacitet og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis ved øget og målrettet anvendelse af praksispersonale” (Praksiskommis-sionen 2008:11).

”I de områder vi har svært ved at skaffe læger i dag, er der nogle forskellige værktøjer man kan bruge, for eksempel bruge sygeplejersker til nogle af de opgaver som lægerne har i dag” (Daværende Sundhedsminister Nich Hækkerup, i DR 2015b)

”Stram styring og koordinering af brugen af praksispersonale til klinisk arbejde er nøglen til at øge kapaciteten i almen praksis (...) I et sundhedsvæsen, der vil blive udfordret på kapaciteten i de kommende år, er det derfor i alles – og i særdeleshed de praktiserende lægers – interesse at arbejde aktivt hen imod visionen om store lægehuse eller i det mindste lægehuse, der har meget hjælpepersonale, og som gør optimalt brug af hjælpepersonale” (KORA, Kjellberg & Buch 2010b:422, 429).

”Erfaringer fra hele landet viser, at konsultationssygeplejersker, der har tilegnet sig ekspertviden på et felt, med fordel kan træde i stedet for den praktiserende læge. Også når det gælder opgaver som fx behandling, visitation og diagnostik, som lægerne traditionelt selv har stået for” (Dansk Sygeplejeråd, DSR 2010:7).

De 420 praktiserende læger der deltog ved DSAM og PLO regionale visionsmøder i 2014 var tilsvarende enige om, at de mange nye opgaver har skabt et strukturelt behov for mere praksispersonale (VP 2014:8-10). Flere danske empiriske undersøgelser finder tilsvarende opbakning blandt lægerne (E.B. 2010:20, 49; Poulsen 2009:329; Hunderup et al. 2003:970).

På regionalt niveau er der blevet igangsat konkrete initiativer og udarbejdet strategier for at anstifte og understøtte yderligere udbredelse af *”bæredygtige praksisstrukturer”* (Kjellberg & Buch 2010a:11; D.R. 2007:11). Dette omfatter primært praksisudviklingskonsulenter (PUK), kompetenceudvikling af kroniker-personale (KUK), kurser i uddelegering af opgaver (UO) og kurser i ledelse og udvikling af praksis (LUP). Efterspørgslen varierer. Særligt PUK og KUK er populære, mens LU og UO kun efterspørges i meget begrænset omfang (Kjellberg & Buch 2010a:17f). I 2011 afsatte regeringen 300 mio. eksplicit for at sætte skub i udviklingen af større lægehus med mere praksispersonale, særligt i yderområderne (Haarder 2011:343). Kjellberg & Buch finder, at fremtidsvisionen for almen praksis er så godt som realiseret hos enkelte lægehuse i Danmark – men *”om end ikke så udbredt som nogle kunne ønske”* (Kjellberg & Buch 2010a:7; Kjellberg & Buch 2010b:422).

Praksispersonale i almen praksis

Praksispersonale dækker overordnet over faggrupperne: lægesekretærer, (konsultations)sygeplejerske og bioanalytiker.

Sekretæren er den mest almindelige og har længe ledsaget de praktiserende læger. Den klassiske familielæges hustru varetog typisk medhjælp- og sekretærfunktioner. Senere er det formaliseret med sekretærer på lønarbejdsvilkår, og i dag har så godt som alle klinikker en sekretær ansat. Sekretærer varetager oftest administrative opgaver, tidsbestilling, patientkontakt, kontakt til samarbejdspartnere, receptfornyelser, medicinbestilling, koordinering og praktiske opgaver. I det seneste årti er det blevet mere normalt, at sekretærer er udlært i og foretager lettere sygeplejeopgaver såsom helbredstjek, EKG og prøvetagning ved siden af deres primære opgaver (Kjellberg & Buch 2010a:50; E.B. 2010:19-21; KOS 2008:20). Kjellberg & Buch undersøgte ”progressive” lægehuse der så og sige *var fremme i skoene* og fandt en overraskende repræsentation af sekretærer i disse lægehuse: Gennemsnitlig 3,6 sekretærer imod 4,1 læger, 2,8 sygeplejersker og 1 bioanalytiker. I et enkelt særegent lægehus, var 4 lægesekretærer og ingen sygeplejersker ansat til at supportere 2 ejerlæger (Kjellberg & Buch 2010a:42, 50). Sekretærer repræsenterer en væsentlig kilde til øget kapacitet og fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen på tværs af hele almen praksis – også i de mindre progressive klinikker (Praksiskommissionen 2008:159).

Bioanalytikerens arbejdsområde er centreret omkring ambulante- og laboratorieopgaver. Der er meget få bioanalytikere ansat i almen praksis på nuværende tidspunkt og forekommer hyppigst i meget store lægehuse. Gennemsnitlig er der kun 1 bioanalytiker for hver 25. praktiserende læge (KOS 2008:20).

Jeg vil dog udelukkende fokusere på sygeplejersker (også kendt som konsultationssygeplejersker), fordi det i særlig grad er sygeplejerskers supplering og substituerende af praktiserende læger, der inkarnerer udviklingen. Vel bevidst, at faggrænser oftest i almen praksis er flydende og gør skellet mellem sygeplejersker, sekretærer og laboranter mindre betydningsfuldt (Ehrenreich, Maagaard & Vedsted 2011:13).

Udenoms kvalitet i almen praksis

Vedsted, Ehrenreich og Gannik betoner, at det er én af almen praksis’ kernefunktioner at inddrage sundhedsproblemers psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle dimensioner, samt at konsultationer er personcentreret, hvor den enkelte, vedkommendes familie og lokalsamfund medregnes. Trøst, lindring og forebyggelse er ikke mindre almen praksis’ opgave end diagnostisk og behandling (Vedsted 2011:29-33 Ehrenreich 2011:343; Gannik 2004:41). Ved PLO og DSAMs visionsmøder var der enighed om, at almen praksis i fremtiden skal være bedre til at inddrage de psykologiske grunde for somatiske symptomer og prioritere andre måleværdier end biomedicinske parameter. De deltagende læger ønskede at have en central rolle i forbindelse med håndtering af deres patienters komplekse bio-psyko-sociale problemstillinger. De vil som sagt *” vejlede det hele menneske ”*, da sundhedsfremme og forebyggelse er et vigtig grundelement i almen praksis. En formulering der eksplicit blev brugt var, at der skulle være plads til at udvikle patientens *”model af verden”* og forbedre deres forståelse af egne symptomer (VP 2014:14f). Lægerne opsummerede deres egen tilgang som *”bio-psyko-social-humanistisk-eksistentialistisk”* (VP 2015:2). En dansk interviewundersøgelse af kronikeres forventninger og ønsker til sundhedsvæsenet fandt,

at hjælp til forståelse af egen tilstand, langsigtede livsstilsændringer og støttende samtaler herom var særdeles højt prioriteret (E.B. 2007). På tværs af 3.273 konsultationer vurderede lægerne under halvdelen som værende rent biomedicinske, mens de resterende helt eller delvis blev vurderet som psykologiske eller sociale (KOS 2008:56). Dette afspejler den karikerede aforisme: *Almen praksis beskæftiger sig med mennesker, mens sygehusvæsnet beskæftiger sig med sygdomme* (Vedsted 2011:30).

"Jeg tror det betyder utrolig meget at lægen kan bruge sig selv som medicin, at han igennem sine holdninger og samtale kan påvirke patienten" (Gannik 2004:36).

Der er ikke blot tale om en simpel kunderelation mellem patient og læge. Scheel fremhæver, at patienter typisk vil være i en svagere og mere udsat position i forbindelse med lægesøgning, end de er i andre mellemmenneskelige sammenhænge. Dette stiller nogle særegne krav til at kompensere for dette underskud i form af udvidet forståelse, opmærksomhed og anerkendelse (Scheel 2005:29). Patienttilfredshed og en følelse af inddragelse er kendt for, at have en direkte indvirkning på patienternes godvilje og dermed for forløbet og udfaldet af en given behandling (Heje, Olesen & Vedsted 2010:1119).

Gannik benævner dette aspekt af almen praksis som '*udenoms kvalitet*', forstået som noget udenom det rent lægefaglige og biomedicinske (Gannik 2004:29). Udenoms kvalitet beskrives i høj grad som erfaringsbaseret og som en menneskelig forankring. En læge italesætter dette, som et middel til at se patienter mindre biomedicinsk sort-hvide og lære at tage menneskelige elementer i betragtning (Gannik 2004:40f).

Mange af almen praksis' nye opgaver i forbindelse med kroniske sygdomme og sundhedsfremme (fx fedme, diabetes, KOL og hjertekarsygdomme) skal løses kommunikativt, primært ved vejledning i brugen af medicin, generel kost, motion og sundhedsfremmende livsstilsvalg. Tilsvarende skal den stigende fordring på forebyggelse og helbredsfræmmende tiltag imødegås via livsstilsamtaler, formidling, rådgivning og vejledning. Dertil kommer vaccinationer, injektioner, kontroller og prøvetagning hvis kliniske aspekt følger stringente procedure, men ledsages af personspecifikke råd og forklaring af det pågældende (DSR 2010:15; E.B. 2010:21; Praksiskommissionen 2008:8f, 18f). Opgaver der både kræver faglig viden, systematik og stærke kommunikationsevner er en kompetencekombination som bl.a. Dansk Sygeplejeråd og Praksiskommissionen mener, at sygeplejersker mestre og er de rette til i almen praksis (DSR 2010:15; Praksiskommissionen 2008:85f).

"Det kræver en høj faglig viden hos sygeplejerskerne at kunne undervise i stort set alt, fra hvordan man får en hverdag til at hænge sammen som ny diabetespatient, til hvordan man bedst kan holde op med at ryge. Nøglen til den succesfulde vejledning er at møde patienten, hvor patienten er. Hvis du løfter pegefingeren for meget, så lukker patienterne ofte af. Så har du ikke opnået noget som helst" (Sygeplejerske Edith Kristiansen i DSR 2010:16).

Det er kendt, at instrumentelle kontrol-konsultationer – såsom blodtryksmåling, blodprøve, vægtskontrol eller øreskylning – der ikke ledsages af '*udenoms kvalitet*' besværliggør samarbejdet med kronikere og har en negativ indvirkning på livsstilsændringers realisering og patienternes helbred på lang sigt. Grøn finder at

sygeplejersker er gode til at supplere kontroller med samtaler om patientens hverdag, helbredsproblemer, praktikaliteter i forbindelse med livsstilsændring og følelsesmæssige overvejelser (Grøn 2006).

Med andre ord, er sygeplejerskerne gode til at levere udenoms kvalitet i sammenhæng med sundhedsfaglige ydelser. Dermed ikke sagt, at læger ikke er det, men at sygeplejersker med fordel kan aflaste lægerne på disse ekspanderende områder.

Sygeplejerskernes indtog i almen praksis

I 1950'erne kæmpede de få konsultationssygeplejersker der var forgæves for faglig organisering. Først i 1970 etableres konsultationssygeplejersker som en selvstændig og afgrænset faggruppe under Dansk Sygeplejeråd med subkategori-titlen: *"Sektion for Sygeplejersker ved Klinik og Lægekonsultationer"*. Ved oprettelsen var der kun 87 sygeplejersker ansat i almen praksis. 15 år senere i 1985 skriver daværende formand for Dansk Sygeplejeråd Kirsten Stallknecht i en jubilæumsudgave af sygeplejerskernes fagblad: *"at det har været svært at opnå anerkendelse af, at sygeplejerskearbejdet i læge-konsultationer har en selvstændig funktion"*. En særlig funktion der omhandler forebyggelse af folkesygdomme og sikring af kontinuitet for patienten igennem sundhedsvæsenet (Flensted 2010:1-2). I denne tidlige periode aflastede konsultationssygeplejerskerne særligt lægen med de praktiske og administrative opgaver. Med hensyn til arbejde af klinisk karakter skete det ad hoc på basis af opgavespecifikke instruktioner fra lægen.

Et væsentligt *paradigmeskifte* blev anslået i marts måned 2002 i Ringkøbing Amt – pga. lægemangel – hvor den såkaldte paragraf 2-aftale blev indført. Praksispersonale blev her bemyndiget til at udføre selvstændige konsultationer med afgrænsede og foruddefinerede opgaver. I aftalens første 3 levemåneder blev hele 3.000 af amtets godt 70.000 konsultationer foretaget af praksispersonale. Denne hurtige implementering kunne kun lade sig gøre, fordi lægerne allerede så småt var gået i retning af dette rent organisatorisk i årene op til (Breinholdt 2002). Nordjyllands Amt var hurtige til at følge i Ringkøbing Amts fodspor på grund af liggende problemer med lægemangel. Med afsæt i disse to Amter blev aftalen generaliseret i den ordinære overenskomst, der åbnede op for, at alle Danmarks praktiserende læger nu kunne uddelegere selvstændige konsultationer til praksispersonalet (Breinholdt 2002). I 2003 indgik Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening (PLA) og Dansk Sygeplejeråd (DSR) en fælles overenskomst for de 900 sygeplejersker og 3.568 praktiserende læger der på det tidspunkt arbejdede i almen praksis. Dette blev betegnet som et *"gennembrud"* for samarbejdet. Motivationen for aftalen var både at formalisere arbejdsvilkårene for praksispersonalet og at styrke rekrutteringen af konsultationssygeplejersker (PLA 2003). Lægernes overenskomst i 2006 åbnede videre op for, at praksispersonalets selvstændige konsultationer blev honoreret identisk med lægernes, så længe de kliniske opgaver foregik på den praktiserende læges foranledning og ansvar (Poulsen 2009:332).

Den bedste opgørelse af sygeplejersker i almen praksis er PLO's grundige praksistælling fra 2005. Her havde 57% af kompagniskabspraksis én eller flere sygeplejersker ansat, mens kun 41% af solopraksis havde (PLO 2005).

Tabel 1: Praksispersonalets udbredelse.

	Andel af praksis	Timer pr. uge	
		Gennemsnit	Median
Sygeplejerske	47,0%	30	29
Solopraksis	41,1%	26	26
Kompagnipraksis	57,0%	35	31

Kilde: (PLO 2005)

En lidt nyligere anvendt metode til opgørelse af praksispersonalets udbredelse, er antal personaleårsværk pr. praktiserende fuldtidslæge:

Tabel 2: Antal personaleårsværk pr. læge.

Personaletype	Årsværk
Sygeplejerske	0,4

Kilde: (KOS 2008:20)

Tabel 3: Antal personaleårsværk pr. læge.

Personaletype	Årsværk
Sygeplejerske	0,27

Kilde: (Praksiskommissionen 2008:85)

Praksispersonale er mere udbredt i flerlægepraksis end solopraksis, hvorfor tallene fra tabel 2 og 3 ikke kan tolkes direkte som andelen af læger der samarbejder med sygeplejersker (fx at 40% af alle praktiserende læger har en sygeplejerske ansat). Konsultationssygeplejersker var i 2008 oftest ansat i praksisser med 3 eller flere læger tilknyttet (59%) (DSR 2008). En logisk følge af dette, er at vel over de 40% (jf. KOS) eller 27% (jf. Praksiskommissionen) af lægerne havde "adgang"/samarbejdede med en sygeplejerske. Forskellen imellem de to undersøgelsers opgørelser skyldes deres metode; de er baseret på indberettede tal og ikke registerdata.

En mere rå og ensartet data kilde er bevægelsesregistret, som Statens Serum Institut har offentliggjort tal fra i publikationen: *Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede* (2014). Heraf fremgår *antal personer* med en given uddannelse i almen praksis.

Tabel 4: Antal sygeplejersker og praktiserende speciallæger i almen praksis.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sygeplejersker	898	951	1025	1108	1221	1360	1569	1741	1894	2001	2068	2057
Læger	3502	3506	3501	3807	3773	3794	3853	3825	3836	3864	3935	3957
Praksis	2223	2221	2224	2208	2199	2178	2160	2125	2098	2082	2057	2023
<i>Sygeplejersker pr. prak. læge</i>	<i>0,26</i>	<i>0,27</i>	<i>0,29</i>	<i>0,29</i>	<i>0,32</i>	<i>0,36</i>	<i>0,41</i>	<i>0,46</i>	<i>0,49</i>	<i>0,52</i>	<i>0,53</i>	<i>0,52</i>
<i>Sygeplejersker pr. praksis</i>	<i>0,40</i>	<i>0,43</i>	<i>0,46</i>	<i>0,50</i>	<i>0,56</i>	<i>0,62</i>	<i>0,73</i>	<i>0,82</i>	<i>0,90</i>	<i>0,96</i>	<i>1,01</i>	<i>1,02</i>

Kilde: Antal sygeplejersker og læger: (SSI 2014), antal praksis: (PLO 2013a)

NB: Der fremgår flere sygeplejersker og læger end Dansk Sygepleje Råd og PLO angiver i lignende opgørelse, da disse kun medtager de sygeplejersker og læger der er organiseret igennem dem. De bragte tal er fra Statens Serum Institut, som via bevægelsesregistreret inkluderer al personale med en sygeplejerske- eller speciallæge uddannelse i almen praksis.

Som det fremgår af tabel 4, er antallet af sygeplejersker pr. praktiserende læge fordoblet i perioden 2001-2012: I 2012 er der én sygeplejerske for hver anden praktiserende læge eller én sygeplejerske pr. praksis. I sammenhold med Praksistællingen fra 2005 giver tabel 1 god grund til at antage, at sygeplejersker er

væsentlig mere udbredte på tværs af praksis i dag end i 2005. Dengang var sygeplejersker repræsenteret i 47% af alle klinikker. Hvis samme beskæftigelsesmønster fra 2005 er fortsat, svarer tallene fra tabel 4 til, at 83% af alle klinikker i 2012 skulle have en sygeplejerske ansat². Til sammenligning finder Nørøxe et al. via en spørgeskemaundersøgelse til midtjyske praktiserende læger i 2014, at 90% af alle klinikker havde en sygeplejerske ansat. Dog har hele 25% undladt at svare på, om de har en sygeplejerske ansat eller ej. Der er en potentiel risiko for et frafaldsmønster; at de som ikke har en sygeplejerske ansat ikke har svaret på spørgsmålet (Nørøxe et al 2014:3). Der er altså indikerer for udbredelsen af sygeplejersker i almen praksis, men der findes ingen helt firkantede og aktuelle opgørelser siden Praksistællingen i 2005. Det står dog midlertidig klart, at sygeplejersker langt fra er enlige svaler og er nærmere reglen end undtagelsen i almen praksis.

Konsultationssygeplejerskers karakteristika

Jævnført sygeplejeteoretiker Scheel består sygeplejerskers faglighed i teorier om sundhed, sygdom, forebyggelse, egenomsorg og omsorg, samt evnen til at reflektere over og anvende disse i konkrete patient-situationer. Sygeplejearbejdet er en vekselvirkning mellem en faglig afstand og en forstående nærhed (Scheel 2005). Danske Sygeplejeråd skriver, at konsultationssygeplejersker er sundhedsfaglige generalister på sundhedsprofessionelt niveau, med specialistviden på udvalgte felter (DSR 2010:5). Kendetegnende for sygeplejersker er en professionalisme og sundhedsfaglig formalisme, hvilket afspejles i den officielle autorisation, der følger en sygeplejerske. En autorisation giver bemyndigelse til selvstændige behandlinger inden for sundhedsfagets grænser, men kan fratages formelt ved forsømmelse (Foged, Poulsen & Poulsen 2011:104).

Danske empiriske undersøgelser bakker denne karakteristik af sygeplejersker op. Praktiserende læger giver udtryk for, at sygeplejersker er bevidste om egne kompetencebegrænsninger og at de har stor respekt for, at nogle anliggender ligger udenfor deres bemyndigelse (E.B. 2010:22f; Johannesen 2011:25). Meget generelt beskrives sygeplejerskerne som værende meget systematiske og grundige i deres arbejde. Særligt ved behandling og opfølgning af kroniske patienter er sygeplejersker gode til at skabe regelmæssighed og ensartethed – ofte bedre end lægerne (både jævnført lægerne og sygeplejerskerne selv). Sygeplejersker er gode til omhyggeligt at følge procedurer og instruktioner (E.B. 2010:16, 31, 40-44; Johannesen 2011:24-25; Steuten 2006). Konsultations-sygeplejersker anses bredt – af de læger der har dem ansat – som kompetente og fagligt dygtige (E.B. 2010:16; DSR 2010:21).

"Sygeplejersker kan en række ting på lægeniveau, og Jytte Schmidt, som er ansat som sygeplejerske her, kan endda flere ting bedre, end vi to læger her kan (...) Jeg har selv lært alt, hvad jeg ved om sårbehandling, fra en sygeplejerske" (Læge Mogens Kehler i DSR 2010:21).

² Estimeret: $P_{S06} * A_{P06} / A_{S06} * A_{P12} / A_{S12} \rightarrow 0,47 * 2199 / 1221 * 2023 / 2057 * 100 = 83,25\%$

P_{S06} = Andel praksis med sygeplejerske i 2005, A_{P06} = antal praksis i 2005, A_{S06} = antal sygeplejersker i 2005, A_{P12} = antal praksis i 2012, A_{S12} = antal sygeplejersker i 2012.

Sygeplejersker giver i kvalitative undersøgelser udtryk for, at de er godt rustet til de arbejdsopgaver de udfører (Johannesen 2011:24; E.B. 2010: 31, 40-44). Dog mener 66% af 762 konsultationssygeplejersker i 2012, at mere uddannelse ville gavne, mens 14% decideret finder deres oplæring eller uddannelse utilstrækkelig. Til sammenligning mente 78% at de manglede uddannelse i 2008 (DSR 2008). Uddannelsesbehovet er derfor mindsket fra 2008-2012, indikerende en forbedring i tilbuddene og/eller tilgængeligheden. 23% af konsultationssygeplejerskerne havde i 2012 afsluttet en specialuddannelse eller en videregående uddannelse udover deres sygeplejerskeuddannelse. 43% finder udbuddet af uddannelsesstilbud tilstrækkelige, mens 29% er uenige. Næsten 9 ud af 10 sygeplejersker havde inden for de seneste 12 måneder deltaget i et eller flere ét dags kurser i 2012 (Sørensen 2012:4-7).

Det er typisk erfarne sygeplejersker der arbejder i almen praksis; i 2008 var der *kun* 16,2% af konsultations-sygeplejerne der var under 40 år (DSR 2008). Erfaringer fra akutmodtagelsen, skadestuen og hjemmeplejen fremhæves som kvalificerende for konsultationssygeplejersker. De får ofte ekstra opgaver i forlængelse af deres specifikke erfaring eller efteruddannelse. I 2014 var 25% af sygeplejerskerne i almen praksis ansat i en såkaldt "*specialfunktion*", hvor de udøvede specialviden inden for et foruddefineret område (DSR 2010:10; Sørensen 2014a:4). Det fremhæves dog ofte, at uddannelse alene ikke er nok. Erfaring med patienter og den rette personlighed er vigtig i almen praksis. Blandt andet for at kunne tale, "*connecte*" og forstå patientens anliggende. Tilmed er praktisk erfaring med at stikke, forbinde og tage blodprøver vigtige, samt villighed til at lære, samarbejde og tage ansvar (DSR 2010:9; E.B. 2010:17; Ehrenreich, Maagaard & Vedsted 2011:13). Læger finder det også afgørende, at praksispersonalet er opgavemæssigt fleksibelt og åbne for at påtage sig opgaver, der ligger uden for det umiddelbare uddannelsesmæssigt kendte (E.B. 2010:16). Dette gør sig gældende ved, at faggrænserne meget ofte er flydende og de personlige kompetencer og kvalifikationer er typisk mere afgørende end formelle uddannelsespapirer (Ehrenreich, Maagaard & Vedsted 2011:13).

Uddelegering og samarbejde

De legale rammer for uddelegering af opgaver til praksispersonale er meget brede, og så længe en læge har vurderet at det pågældende praksispersonale er kvalificeret, videregivet instruktion og fører løbende supervision, er der kun få grænser for hvilke opgaver, der ikke kan uddelegeres (E.B. 2010:11, 22). De praktiske grænser defineres generelt lokalt i samarbejde med det pågældende praksispersonale. Hvad de praktiserende læger opfatter og definerer som henholdsvis læge- og sygeplejearbejde har løbende rykket sig meget, jf. lægerne selv. Ikke desto mindre er der på tværs af klinikker meget stor variation i uddelegeringsmønstre (Kjellberg & Buch 2010a:49; E.B. 2010:18-23).

"... det skal altså lige modnes også, vi skal lige overveje og tænke: 'Nå ja, hvorfor kan hun [sygeplejersken] egentligt ikke det? Og hvad er det lige, der er hindringen?', altså det er jo også en proces, der skal modnes i os" (Læge i E.B. 2010:24).

Uddelegering sker under tiden på opfordring af praksispersonalet selv. Dette begrundes med, at det rent faktisk er dét sygeplejerskerne syntes er sjovt og udfordrende, modsat arbejde i laboratoriet eller receptionen (E.B. 2010:20-22; Flensted 2010:25, 52). Sygeplejerskerne er generelt glade for og villige til at lære

og påtage sig nye opgaver, særligt hvis de kan organiseres som selvstændige, afgrænsede og fagligt specialiserede opgaver (Kjellberg & Buch 2010a:54; DSR 2010: E.B. 2010:42, 56; Flensted 2010:30-31). I Kjellberg & Buch undersøgelse af 8 store lægehuse, lagde alle sygeplejerskerne vægt på, at uddelegering af opgaver skal rodfastes i relativt faste og veldefinerede rammer af skriftelige vejledninger og retningslinjer. Det betones som vigtigt, at vejledningerne også *"beskriver opgaver, kompetencer og kriterier for, hvornår det er nødvendigt at involvere lægerne"*. Derudover er det vigtigt for sygeplejerskerne, at lægen udviser tilpas tiltro, men er tilgængelig for sparring og råd ved behov (Kjellberg & Buch 2010a:61).

Gennemarbejdede skriftlige vejledninger, faglige instruktioner og flowcharts er et ofte nævnt redskab til at koordinere arbejdsdelingen, ensarte procedurer og *"holde styr på hvem gør hvad i hvilke situationer"* (E.B. 2010:29-31; Foged, DSR 2010:21; Kjellberg & Buch 2010a:48). De praktiserende læger oplever det som en stor og krævende opgave at udarbejde og vedligeholde disse. En fælles database eller materiale udarbejdet fra central hold – fx af Dansk Sygeplejeråd – efterspørges i et fokusgruppeinterview, for at undgå at de praktiserende læger ikke skal opfinde den dybde tallerken om og om igen³ (E.B. 2010:29-31). Foged, Poulsen & Poulsen problematiserer denne ide om centralproducerede standard instrukser og advokerer for, at skriftlige instruksers berettigelse i realiteten udspringer af processen med at lave dem. Ved at 1) udpege et lokalt behov for en instruks, 2) udarbejde den og 3) implementere den, får både lægen og praksispersonalet instruksen 'ind under huden' og skaber ejerskab over den – det fremhæves, at praksispersonalet bør være aktiv involveret i alle tre faser. Denne dynamiske proces er forudsættende for, at den pågældende instruks eller rutine rent faktisk efterleves og løbende justeres. På denne måde understreger Foged, Poulsen & Poulsen, at instrukser ikke opnår berettigelse, blot fordi de er udførligt udarbejdet og beskrevet på papir, men i kraft af, at de opnår resonans hos personalet og følges i den daglige praksis. Instrukser er derfor mere end noget andet lærings- og socialiseringsprocesser, som trods deres ressourcetunge karakter, er svære at komme uden om (Foged, Poulsen & Poulsen 2011:92-95). Dette læringsperspektiv stemmer overens med, at læger og sygeplejersker beskriver uddelegering som en mesterlære-disciplin, hvor lægen/lægerne oplærer og opkvalificerer praksispersonalet *in situ*.

"Klinikpersonalet i de lægehuse, der klart satser på uddelegering, understreger dog, at lægerne hverken er så gode til at opstille tydelige rammer for de opgaver, der uddelegeres, eller til at agere ensartet over for personalet, som lægernes selv mener, de er. Til gengæld oplever personalet, at lægerne er tilgængelige, når der er noget, personalet er i tvivl om, og at den sparring, de får i konkrete situationer, er god" (Kjellberg & Buch 2010a:54).

Ved 3 ud af de 8 lægehuse som Kjellberg & Buch undersøgte, blev der eksplicit nævnt, at den formelle arbejdsdeling løbende udvides alene på baggrund af *"dialog og supervision af personalet"* (Kjellberg & Buch 2010a:48-49). Sygeplejerskerne oplever ikke, at de arbejder alene og står med patienten på egen hånd. Tværtimod er de bevidste om, at de arbejder under lægens ansvar og supervision, og at den pågældende læge er i huset og kan spørges til råds (E.B. 2010:29; Flensted 2010:25-29).

³ DSAM vejledningerne betragtes som ikke anvendelige til uddelegering, da de henvender sig til medicin-uddannede (E.B. 2010:29-31).

"Sygeplejerskerne gør det altså under vores ansvar, og vi er hele tiden til rådighed, til at de kan afbryde os i vores konsultationer og fange os ... De kan hele tiden hive fat i os, hvis der er noget som helst, de er i tvivl om" (Læge i E.B. 2010:29-30).

Afklaringen af akutte lægefaglige spørgsmål finder sted forskelligt fra praksis til praksis. I en undersøgelse af 265 sygeplejerskers selvstændige konsultationer, fremgår det, at lægen blev rådspurgt om et konkret anliggende ved 7,2% af konsultationerne (Poulsen 2009:333). Kendetegnende er det dog, at det foregår *ad hoc* og som mindre afbrydelser af praksis' ordinære forløb. Praksispersonalet er nødt til at stille de fleste akutte lægefaglige spørgsmål imellem lægens konsultationer, hvilket presser praksispersonalets egne konsultationer tidsmæssigt (E.B. 2010:33-34; Flensted 2010:25). I de fleste praksisser er det almindeligt, at frokostpausen benyttes til besvarelse af spørgsmål og vidensdeling. Praksispersonalet giver udtryk for, at sparring og supervisionen kunne systematiseres efter et bedre koncept for at sikre kvaliteten. Det opleves som en udfordring at skulle diskutere en række spørgsmål med lægen i frokostpausen og stressende at bryde ind i lægens konsultation eller fange ham i sekunderne imellem konsultationerne (E.B. 2010:33-34). En sygeplejerske fra en solopraksis fortæller: *"Hvis lægen har været stresset, og der har været knald på om formiddagen, så kan man godt trække sig lidt i frokostpausen"*. En anden sygeplejerske nævner følgende om *ad hoc* sparring med lægerne i hendes praksis: *"Jeg er nogle gange bange for den tilbagemelding jeg får til de her spørgsmål. Jeg ved ikke, om jeg synes, de er grundige nok. De har jo immervæk ikke haft en ærlig chance, med alt det de også har i hovedet, for at svare mig ... så jeg mener ikke, det er en kritik af lægerne. Jeg mener, det er en kritik af, at de ikke har fundet ud af at få et forum, hvor vi kan snakke om tingene. Jeg synes bare, det er urimelige forhold både for dem og for mig"* (E.B. 2010:33-34, 43).

Mere systematisk har de fleste klinikker forskellige typer af faste møder hver eller hver anden uge, hvor læge og sygeplejerske har mulighed for at drøfte og vende faglige og organisatoriske emner. Disse møder bruges også til støtte, oplæring og supervision. Ved enkelte lægehuse holder praksispersonalet endda møder uden lægerne for at vidensdele internt. Antallet af møder og graden af vidensdeling følger praksissens størrelse; desto større praksis desto mere kommunikation. Enkelte læger bruger et e-mail baseret system til at besvare spørgsmål og forny recepter fra praksispersonalet, da disse er fleksible tidsmæssigt (E.B. 2010:34-35; Kjellberg & Buch 2010a:61).

Implementering, oplæring, supervision og samarbejde med praksispersonale har gjort, at arbejdet som praktiserende læge har ændret karakter. Udtrykket 'behandlerteam' fremfor 'praktiserende læge' bliver brugt til at indfange overgangen fra den klassiske selvstændige familielæge til arbejdet i et større lægehus med praksispersonale (E.B. 2010:27; Foged, Poulsen & Poulsen 2011:106).

Der er bred erkendelse af, at sygeplejersker og læger har hver deres kompetencer, fokus og styrker, som sammen kan supplere hinanden konstruktivt. Et af resultaterne er, at antallet af vinkler patientens anliggende bliver betragtet fra øges – både ved undersøgelse og behandling (Læge Mogens Kehler i DSR 2010:21; Johannesen 2011:23; E.B. 2010:27; Poulsen 2009:337; Flensted 2010:19-20, 29; Maagaard & Schmidt 2011:45).

"Jeg oplever sygeplejersken her på stedet både som mod- og medspiller. En faglig kompetent person, der stiller spørgsmål og udfordrer lægen, og som engang imellem ser tingene fra en anden synsvinkel. Det er sundt" (Læge Peter Duedal i DSR 2010:9).

En større undersøgelse af henvisningsmønstrene ved almen praksis i Danmark viste, at omkring 15-20% af alle henvisninger udføres, fordi den praktiserende læge ønskede en *"second opinion"* eller var *"kørt fast"* i problemstillingen (STS 2008). Praksiskommissionen fremhæver i denne relation større lægehuses kollegialitet som en gavnlig og lavpraktisk mulighed for sparring og faglig udvikling (Praksiskommissionen 2008:123, 151).

En væsentlig skelnen i litteraturen er mellem supplerings og substitution af lægen (Laurant et al. 2005; Poulsen 2009:336; E.B. 2010:21). Supplerings henviser til samarbejdet mellem sygeplejerske og læge, hvor der skabes nogle nye muligheder og opgaver. Substitution er hvor sygeplejersken direkte overtager opgaver som lægen selv udførte tidligere.

Igennem substitution af lægen er det en meget gængs oplevelse, at sygeplejersker reelt frigør lægetid og gør at lægen kan fokusere på *'egentligt lægearbejde'* (Kjellberg & Buch 2010a:52; D.R. 2007:12; E.B. 2010:39; Haarder 2011; Praksiskommissionen 2008:49f, 82; VP 2014:10). Maagaard & Schmidt fremfører den banale pointe, at det er *"mest rationelt og oftest også økonomisk mest forsvarligt"*, at opgaver i almen praksis udføres af det fagpersonale opgaverne henvender sig til: Sekretær-opgaver til sekretærene, sygepleje-opgaver til sygeplejerskerne og læge-opgaver til lægerne (Maagaard & Schmidt 2011:45). På denne måde oplever lægerne oven i købet, at de har mere tid og overskud til at gøre deres arbejde mere grundigt og tilbyde en bedre service (DSR 2010:21; E.B. 2010:39).

"Flere læger fremhæver, at ansættelsen af praksispersonale i almen praksis på flere måder er med til at hæve kvaliteten af ydelserne til patienterne" (E.B. 2010:39).

"Målrettet brug af praksispersonale kan understøtte, at lægen koncentrerer sig om de opgaver, lægen er bedst til at løse" (Praksiskommissionen 2008:82).

Det nævnes, at praktiserende læger nu til dags let risikerer at bruge en masse unødigt tid på raske patienter, forklare almene sundhedsråd, teknologi, sætte klistermærker på prøver, administrative opgaver og journalføring hvis ikke praksispersonale inddrages strategisk (VP 2014:7; E.B. 2010:20, 49). Aspekter og opgaver sygeplejersker er gode til at substituere og supplere lægerne med.

"Ofte hører jeg, at patienterne hellere vil snakke med sygeplejersken, og snakken foregår uden tvivl på en helt anden facon, end inde hos mig. Jeg kan altid få et referat siden hen" (Læge Peter Duedal i DSR 2010:10).

Praksispersonale bruges også af patienten til at få uddybet, oversat og forklaret hvad lægen har sagt (E.B. 2010:44). En udenlandsk meta-analyse finder, at sygeplejersker bruger længere tid på hver konsultation og giver generelt mere information (Laurant et al. 2009). Tilsvarende fandt Seale, Anderson & Kinnersley (2005) i England, hvor de lydoptog 1.368 konsultationer (39 sygeplejersker og 22 læger), at sygeplejerske-

konsultationer gennemsnitligt varede dobbelt så længe, som når lægerne udførte de samme opgaver og at begge parter talte mere under sygeplejerskernes konsultationer. Sygeplejerskerne var mere tilbøjelige til at inddrage følelsesmæssige og sociale aspekter og fortalte mere om behandling, bivirkninger og hvordan forløbet ville være og opleves.

I denne relation problematiserer et andet udenlandsk studie antagelsen om, at praksispersonale entydigt øger kapaciteten og reducerer lægens arbejdsbyrde. Forfatterne finder, at indførelse af praksispersonale fordrer en udvidelse af den samlede mængde af service og opgaver (særligt laboratorie relaterede) og dermed også potentielt efterspørgslen efter lægerne (Wensing et al. 2009; Wensing et al. 2006). Danske erfaringer viser tilsvarende, at opgaveportofølgen øges ved ansættelse af sygeplejersker (Johannesen 2011:19, E.B. 2010). Kjellberg & Buch tilføjer dog den væsentlige pointe, at dette hænger sammen med en reduktion et andet sted i sundhedsvæsenet og dermed stemmer overens med de danske visioner om, at almen praksis netop skal stå for flere af opgaverne (2010:27).

Sygeplejerskernes opgaver i almen praksis

Sygeplejersker varetager en bred vifte af opgaver. Samtlige sygeplejersker (99%) i både 2008 og 2014 havde selvstændige konsultationer og 90% afviklede disse i eget konsultationslokale (DSR 2008; Sørensen 2014a). I 2009 havde 80% af sygeplejerskerne tilmed egen tidsbestilling (Poulsen 2009:334). Op imod 70-80% af sygeplejerskernes selvstændige konsultationer er af opfølgende karakter, mens de resterende er *"nye episoder"* (KOS 2008:77). Det er ikke udelukkende ved selvstændige konsultationer, at sygeplejerskerne beskæftiger sig med kliniske opgaver også på instruks, samarbejde eller som assistent for lægen (Kjellberg & Buch 2010a:40). Sygeplejerskers arbejde er primært kliniske- og sygepleje-faglig, men de er også involveret i praktiske og administrative opgaver (Poulsen 2009:334; Kjellberg & Buch 2010a:39, 50; KOS 2008:77). Hele 89% af sygeplejerskerne varetog i 2008 dagligt administrative opgaver (DSR 2008).

Samtlige 8 lægehuse som Kjellberg & Buch undersøgte var meget langt med uddelegeringen af strukturerede kronikerforløb, sygeplejefaglige opgaver og prøvetagning: *"sådanne opgaver er stort set ude af lægernes konsultation i dag"* (Kjellberg & Buch 2010a:52, 55). De konkluderer endvidere, at *"data indikerer, at de arbejdsdelinger, som er analyseret i denne undersøgelse, formentlig ikke er så ualmindelige i almen praksis som tidligere – men vi ved det ikke"* (Kjellberg & Buch 2010a:62). I henhold til en undersøgelse af almen praksisdrift i Københavns området, var 4 ud af 4 flerlægepraksis og 7 ud af de 9 solopraksisser også langt med uddelegering af både kronikerforløb og andre sygeplejeopgaver (E.B. 2010:22). Tilsvarende fandt Johannesen i de 4 midtjyske lægehuse han undersøgte (2011:20). Når strukturerede kronikerforløb er implementeret, er det *"med bemyndigelse til at tage prøver, justere allerede ordineret medicin samt vejlede om livsstil og kost"* (Kjellberg & Buch 2010a:52). I tabel 5 fremgår de hyppigste kroniske lidelser sygeplejerskers selvstændige konsultationer omhandler:

Tabel 5: Kroniske lidelser hyppighed i sygeplejerskernes konsultationer.

Kronisk lidelse	Andel af selvstændige konsultationer
Hypertension	25%
Diabetes II	12%
Lipidforstyrrelse	10%
Atrieflimren	6%
KOL	5%
Astma	3%
Andre kroniske lidelser	38%

Kilde: (KOS 2008:77), n=690 analyserede konsultationer. Se supplerende hos Sørensen (2014b).

Kronikere og ældre udgør uden tvivl sygeplejerskernes største patientgruppe, men de beskæftiger sig også bredt med opgaver i relation til den øvrige patientpopulation (Kjellberg & Buch 2010a:54; E.B. 2010:22). I tabel 6 ses andelen af sygeplejersker der håndterer patienter fra følgende patientkategorier:

Tabel 6: Andel af sygeplejersner der beskæftiger sig med følgende patienttyper.

Patientkategori	Børn/unge	Voksne
Let/moderat syge (fx astma, eksem, infektioner, hudlidelser)	83%	98%
Kronisk syge (fx cancer, psykiske lidelser, KOL, karsygdomme)	19%	80%
Misbrugssyge (alkohol, stof og tobak)	10%	68%
Akut syge (fx brandsår, forstuvning)	47%	58%
Gravide og barsel	4%	39%
Andre patienttyper	12%	20%
Døende	1%	11%

Kilde: (DSR 2008), n=758 sygeplejersker.

I tabel 7 på næste side har jeg sammenkørt data fra 5 danske undersøgelser. Sammenkørslen reducerer variansen, men øger sammenligneligheden og lader undersøgelserne supplere hinanden bedre på tværs af fokus, metode og tid.

Tabel 7: Konsultationssygeplejerskers arbejdsopgaver: omfang og udbredelse, 2003-2012.

	% af sygepl. opgaver	% af sygepl. opgaver	Helt/delvis uddelegeret	% af sygepl. der udfører opgave	% af sygepl. der udfører opgave	% af sygepl. der udfører opgave
År	2008	2006	2008	2003	2008	2012
Population	X Sygepl. ⁴	163 sygeplej.	391 læger	22 sygeplej.	758 sygeplej.	762 sygeplej.
Blodprøvetagning	28%	30%	88%	90%	94%	-
Vaccination/injektion	13%	10%	86% / x	83%	96%	93%
Blodtryk	9%	10%	-	94%	-	-
Urinvejsdiagnostik	7%	5%	-	100% urinstiks, 13% mikroskopi	-	-
Medicinhåndtering	6%	-	43%	-	-	81% ⁵
Livsstil/forebyggelse	5%	11%	80% / 59%	35% (rygestop), 97% (diæt)	88%	91%
Vægt	4%	5%	-	90%	-	-
Skade/sår/suturer	4%	4%	-	97%	99%	68% / x / x
Vorte/øreskyl ⁶	3% / 1%	3%	-	90% / 81%	-	-
Ekg	2%	3%	-	81%	94%	-
Spirometri	2%	1%	86%	77%	-	87%
Podning	1%	1%	-	84%	94%	-
Børne/svangre unds.	1%	1%	17%	48% (mål/vægt)	4% / 39%	x / 48%
Allergitest (priktest)	0,3%	0%	17%	-	-	-
Audiometri	0,2%	0,1%	-	13%	-	-
P-pille kontrol	-	0,2%	15%	-	-	-
Telefon visitation	-	-	-	84%	77%	72%
Andre opgaver	12%	15%	100%	-	-	-
Kilde:	KOS 2008	Poulsen 2006	KOS 2008	Hunderup 2003	DSR 2008	Sørensen 2012

Note: n=2.786 opgaver registeret (KOS 2008:76), n=38.135 opgaver registeret (Poulsen 2009). Sygepl. = Sygeplejerske.

Kontakt og sygdomsmønster-analysen finder i 2008, ved at sammenligne med deres egen analyse fra 1993, belæg for at konkludere *"sygeplejersker bruges i tiltagende grad til opgaver, der drager mere nytte af deres brede sygeplejefaglige kunnen og ikke i så høj grad afgrænses til den tekniske kunnen ved blodprøvetagning og vaccination"* (KOS 2008:82).

Tabel 7 vægter de mere sundheds-tekniske elementer og indfanger ringe de aspekter af udenoms-kvalitet (udover kategorien "livsstil/forebyggelse") og selvstændig diagnostik og behandling. Følgende tabel 8 opvejer for dette, med nogle mere kvalitative kategorier.

⁴ De deltagende sygeplejersker, er dem der har været ansat ved de 404 deltagende læger. Det fremgår ikke præcist hvor mange dette er. I alt er der data fra 1.326 sygeplejerskekonsultationer (KOS 2008:78).

⁵ Henholdsvis medicinregulering og receptfornyelse indenfor en rammeordination af lægen (hhv. 76% og 86%) (Sørensen 2012:7).

⁶ En kategorisering videreført fra Poulsen (2006:333).

Tabel 8: Arbejdsområder for sygeplejersker.

Arbejdsområder for sygeplejersker	Andel af sygpl.	
	2008	2012
Udredning og behandling af infektioner	68%	72%
Udredning og iværksættelse af andre behandlinger	52%	54%
Opfølgende kontroller og regulering af behandling (fx astma, AK-, BT- og insulin m.v.)	88%	94%
Undervisning og vejledning indenfor kost, motion, rygning og usikker sex	82%	84%
Undervisning og vejledning af patientens egen håndtering af sygdom og symptomer	67%	77%
Behandling af akutte tilstande	50%	48%
Udkørende besøg ved akut henvendelse	12%	15%
Andre konsultationstyper	31%	58%

Kilde: (DSR 2008), n=758 sygeplejersker, (Sørensen 2012), n=760, multiple choice batteri.

Tabel 8 viser, at sygeplejersker der udfører selvstændig udredning, behandling og vejledning af patienter er generelt udbredt i almen praksis og i stigning. I denne henseende anbefaler Praksiskommissionen:

"Visitation er som udgangspunkt defineret som en lægeopgave, men det kan overvejes i højere grad at uddelegere visitationsopgaver under lægens instruks og supervision til praksispersonale for at øge kapaciteten, samt frigøre lægeressourcer til varetagelse af de opgaver, som lægen er bedst til at varetage" (Praksiskommissionen 2008:48)

Laurant et al. gennemgik syv ikke-danske studier af klinikker, hvor sygeplejersker varetog den indledende kontakt (visitation) med patienten og fandt ingen forskel i henhold til omkostninger, klinisk udfald og patienttilfredshed (2009).

Børneundersøgelser, forebyggelseskonsultationer og hjemmebesøg fremhæves som egnede arbejdsområder for yderligere uddelegering (E.B. 2010:55; VP 2014:9; Praksiskommissionen 2008:50). To sammenlignelige undersøgelser fra Dansk Sygeplejeråd indikerer, at sygeplejerskerne og lægerne løbende får etableret en mere og mere meningsfuldt arbejdsdeling:

Tabel 9: Sygeplejerskers vurdering, om lægen varetager opgaver som de kunne klare.

	2008	2012
Ja	48%	25%
Nej	31%	65%
Ved ikke	21%	10%

Kilde: DSR 2008 (n=736), Sørensen 2012 (n=750) (se også Sørensen 2014a)

I tillæg til tabel 9, svarede 85% af sygeplejerskerne, at der inden for det seneste år var blevet overdraget opgaver, som tidligere blev varetaget af lægen til sygeplejersken. Dette indikerer, at der *"i den mellem-liggende periode er flyttet opgaver fra lægen til sygeplejersker, således at potentialet for flere selvstændige konsultationer stadig findes dog i mindre grad"* (Sørensen 2014a:2). Uddelegeringen af opgaver fra læge til sygeplejersker er en fremadskridende proces og der er fortsat væsentlig potentiale for yderligere uddelegering. De opgaver sygeplejerskerne mener de kan overtage fra lægen omfatter følgende:

Tabel 10: Opgaver som sygeplejersker mener yderligere uddelegering kan ske indenfor.

Opgave	Andel
Udredning og behandling af infektioner	54%
Udredning og iværksættelse af andre behandlinger	34%
Udførsel og vejledning af sygepleje relateret til lette lidelser (fx vorter, eksem, sår og suturer)	73%
Udførsel og vejledning relateret til vaccinationer (fx af børn, allergi, rejser eller influenza)	69%
Opfølgende kontroller og regulering af behandling (fx astma, AK-, BT- og insulin)	77%
Forebyggende helbredsundersøgelser og livsstilssamtaler	78%
Undervisning og vejledning indenfor kost, motion, rygning og usikker sex	79%
Undervisning og vejledning indenfor patientens egen håndtering af sygdom og symptomer (fx selvregulering af astma-, AK-, BT- og insulinbehandling)	68%
Akutfunktion inden for telefonisk visitation og vejledning	57%
Akutfunktion inden for behandling af akutte tilstande	33%
Akutfunktion inden for udførelsen besøg ved akut henvendelse	16%
Andre konsultationstyper	16%

Kilde: (DSR 2008), n=736 sygeplejersker.

I en undersøgelse fra 2014 (data fra 2008-2009), finder Nørøxe et al., at sygeplejersker potentielt kunne overtage 14,8% af de konsultationer, som lægerne konkret udførte selv, jævnfør de respektive lægers egen vurdering. To forbehold er vigtige at bemærke, 1) at vurdering er udført retrospektiv og ikke fortaget forud for konsultationen, samt 2) at en stor andel af lægerne havde allerede uddelegeret opgaver til sygeplejersker i de pågældende praksis⁷ (Nørøxe et al. 2014). Nørøxe et al.'s konklusion kan heraf læses som: lægerne vurderer, at der *ideelt* set er potentiale for at uddelegere yderligere 14,8% af deres konsultationer til en sygeplejerske, i tillæg til de konsultationer de allerede har uddelegeret til dem – dog med forbehold 1 *in mente*. Et tilsvarende resultat kom Forskningsenheden for Almen Medicin frem til i 2008, hvor lægerne efter endt konsultation vurderede, at 16% af konsultationerne kunne have været substitueret af sygeplejersker (KOS 2008:77, 82).

Sygeplejerskernes effekt på almen praksis

Kapacitet

Erfaringer fra lægehuse med meget personale har synliggjort reelle kapacitetsmæssige stordriftsfordele både med hensyn til leverede ydelser og tilmeldte patienter (Kjellberg & Buch 2010a:7, 33; Praksiskommissionen 2008:54ff; D.R. 2007:8). Tilmed når der kontrolleres for geografiske forskelle i "*lette patienter*"⁸ og henvisningsmønstre (Kjellberg & Buch 2010a:15, 43).

Patienttilfredshed

I Heje, Olesen & Vedsted's stort anlagte kvantitative tilfredshedsundersøgelse blandt 54.677 danske patienter på tværs af 2.511 praktiserende læger finder de, at der generelt er højest subjektiv oplevet

⁷ 301 af 404 praktiserende læger havde angivet i spørgeskemaet om en sygeplejerske var ansat eller ej, hvoraf 90% af disse havde *mindst* en sygeplejerske ansat. Der fremgår ikke detaljer, der giver anledning til at tro, at de resterende 103 læger adskiller sig fra de øvrige læger (Nørøxe et al 2014:3)

⁸ Jævnfør et såkaldt DADI-indeks. Det er et sårbarhedsindeks, der sammenvægtter otte socioøkonomiske variabler (Kjellberg & Buch 2010b:423).

tilfredshed og tilgængelighed i praksis med mere end 1,5 praksispersonale pr. fuldtidslæge⁹. Endvidere viser undersøgelsen, at patienterne ikke oplever en ringere informationskontinuitet end ved praksis med mindre personale (Heje, Olesen og Vedsted 2010, tilsvarende udenlandsk resultat i Szecsenyi et al. 2011).

Med hensyn til kronikerforløb uddelegeret til sygeplejersker er de fleste patienter meget tilfredse med sygeplejersken som den primære tovholder – særligt på grund af, at sygeplejersker typisk tager sig bedre tid end lægen og er mere systematiske og punktlige i forhold til at følge procedure og faglige instrukser (Kjellberg & Buch 2010a:54; E.B. 2010:40; Bonsall & Cheater 2008).

Økonomi

"Fælles for lægerne er dog, at de er "små købmænd", som lægerne selv udtrykker det, og overvejelser omkring økonomi er derfor et væsentligt (og nødvendigt) aspekt i deres overvejelser om praksisdrift og ansættelse af praksispersonale (E.B. 2010:51; Vedsted 2011:20; VP 2015). Det er imidlertid kendetegnende for almen praksis, at den er billig i forhold til sygehuse og de store ambulatorier (Gannik 2004:76; Praksiskommissionen 2008:8; VP 2014:9). Erfaringer viser, at praktiserende læger med sygeplejersker ansat finder det rentabelt (Kjellberg & Buch 2010a:34-39, 52; DSR 2010:21; Hunderup et al. 2003:969). Kompagniselskaber med flere ejerlæger øger den enkeltes læges indkomst og praksissens rentabilitet betydeligt, da udgifter til regnskab, IT, lokaler og deslige reduceres (Vedsted et al. 2005; D.R. 2007:12; Praksiskommissionen 2008:84; Foged, Poulsen & Poulsen 2011:87).

Arbejdsglæde

Læger oplever generelt et stort arbejdspress, svigtende trivsel og utilfredshed med arbejdsbetingelserne. Enkelte læger så meget at de er bekymrede for den leverede sundhedsfaglige kvalitet (Gannik 2004:10; VP 2014). Praksiskommissionen og i Visionsprocessen anses forbedret arbejdsglæde som et helt centralt indsatsområde for at sikre og forbedre sundhedsvæsenet i Danmark (Praksiskommissionen 2008:10, 54; VP 2015). Arbejdsglæde er ikke kun relevant for at fastholde og rekruttere læger, men har direkte indflydelse på den ydelse patienterne modtager og i sidste ende deres objektive helbred (Szecsenyi et al. 2011; Linzer et al. 2009). Desuden finder forfatterne, at *"the job satisfaction of the non-physicians seems to be more associated with patient satisfaction than physician satisfaction"* (Szecsenyi et al. 2011:6).

Læger oplever generelt øget arbejdsglæde og mindre udbrændthed ved at ansætte praksispersonale (E.B. 2010:39; Praksiskommissionen 2008:71; Hansen, Madsen & Kjellberg 2008).

"Jamen for mig er der ikke spor tvivl om, på trods af alle de udfordringer der er i at have praksispersonale, sygeplejersker, så er det det, der har gjort, at livet er blevet værd at leve igen som praktiserende læge, fordi nu er det jo lægearbejde. Det er meget hyggeligt at sidde og tage blodtryk og sådan noget, men nu bruges mine ressourcer til det, jeg er bedst til." (Læge i E.B. 2010:39).

⁹ En undersøgelse med en kategori med mere end 1,5 praksispersonale pr. fuldtidslæge ville være kærkommen.

Tilgængelighed

Tilgængelighed er et højt prioriteret område for almen praksis, men presses på grund af tilgangen af opgaver (D.R. 2007:18; VP 2014). Centralisering af akutmodtagelser og nedlæggelse af ambulatorier i sygehusvæsenet skaber et behov for bedre tilgængelighed i nærområdet (Praksiskommissionen 2008:155). Ved mange klinikker har ansættelse af praksispersonale været eksplicit knyttet til en bevidst strategi om forbedret service, fleksibilitet og tilgængelighed for patienterne (E.B. 2010:50; Praksiskommissionen 2008:159).

Lægernes telefon-tilgængelighed er det aspekt der oftest kritiseres (Heje, Olesen & Vedsted 2010:1123). Telefonkonsultationer om morgenen er ved nogle lægehuse uddelegeret til praksispersonalet, da de fleste henvendelser alligevel er angående prøvesvar, medicin- eller tidsbestillinger. De henvendelser der kræver en læge, arrangeres der enten en konsultation for eller opringning fra lægen (Kjellberg & Buch 2010a:58; E.B. 2010:55).

Udfordringer ved sygeplejersker

Ansættelse af sygeplejersker er ikke kun guld og grønne skove, men introducerer også nogle udfordringer og problematikker for almen praksis.

Ledelse

Overgangen til et behandlerteam stiller væsentlige krav til ejerlæger med hensyn til personaleledelse og koordinering. De danske lægehuse er gået fra at være små specialiserede familier til professionelle virksomheder. Det opleves af lægerne som en betragtelig udfordring både at være arbejdsgiver, kollega, koordinator og fagperson – særligt konflikter tærer hårdt og kræver meget energi (Kjellberg & Buch 2010a:17, 49; Vinge 2010; E.B. 2010:27-32; Sørensen 2012:1; Foged, Poulsen & Poulsen 2011:88; VP 2015). Udarbejdelse og implementering af uddelegeringsprocesser samt at oplære praksispersonale er ressource- og tidskrævende, og det beskrives som en af grundene til, at uddelegering ikke er mere udbredt end det er (E.B. 2010:22-24, 61; Kjellberg & Buch 2010a; VP 2014).

"For det enkelte lægehus – som ofte oplever at være presset af nye opgaver og mangel på tid – kan det være svært at finde overskud og overblik til ændrede arbejdsgange" (Kjellberg & Buch 2010a:20).

"Næsten alle de læger, der er interviewet, lægger vægt på, at det kræver øvelse og meget arbejde at realisere fordelene ved et stort lægehus" (Kjellberg & Buch 2010a:60).

Succes med uddelegering afhænger af lægerne og personalets personlighed varierer som bekendt betragtelig (Kjellberg & Buch 2010a:43; Kjellberg & Buch 2010b:429). Kompetent og engageret personale er en forudsætning, men er bestemt ikke naturgivet. Rekruttering, opkvalificering og fastholdelse af *"det rigtige"* praksispersonale beskrives som en udfordring for klinikkerne (Kjellberg & Buch 2010a:52; E.B. 2010:18; VP 2014:9).

"Kvalificeret praksispersonale hænger ikke på træerne" (Læge i E.B. 2010:52).

Kontinuitet

Den hyppigst fremførte udfordring ved uddelegering er risikoen for, at "afstanden" mellem patienten og praksis øges og at lægens personlige kontakt med patienten forringes når den personlige relation udskiftes med en relation til en 'organisation' (E.B. 2010:41, 45, 52; Kjellberg & Buch 2010a:47; Grøn, Obel & Bræmer 2007; Poulsen 2009:337; VP 2014:17).

"Med øget involvering af praksispersonale i større klinikker vil den lægefaglige bedømmelse af tilstande være i risiko for at blive nedprioriteret og kontinuiteten i patientforløbet vil være udfordret (...) da der alt andet lige vil være flere personer involveret i diagnosticering, behandling, kontrol og vejledning af patienterne" (Poulsen 2009:337).

De praktiserende læger er meget bevidste om værdien i kontinuitet og værner om den (E.B. 2010:45; VP 2014:17; VP 2015). Kontinuitet (kendskab til forhistorie, forløb og helhed) gør det lettere at finde ud af, hvad der er galt, da de derigennem får *"noget information forærende"* (Gannik 2004:19; Ehrenreich 2011:345). Ved DSAM og PLO's regionale møder var der uenighed om, hvorvidt uddelegering går ud over kontinuiteten, men de fleste var enige om, at uddelegering nok er nødvendigt (VP 2014:17).

Samtidig udtrykker flere læger bekymring om *"illusionen om egen læge"*, da patienter *"i virkelighedens verden"* i høj grad oplever, at de kommer til mange forskellige læger og sundhedspersonaler (VP 2014:17; DSR 2010:19). Folk har ændrede familiestrukturer, sundhedsopfattelse, tilhørsforhold og forventning til almen praksis. Det er i dag nogle andre anliggender og årsager der får folk til at søge almen praksis og de praktiserende læger agerer under nye omstændigheder. Det nævnes, at kontinuitet ikke kun skabes i det personlige møde mellem patient og læge men medieres også systemisk: Elektroniske patientjournaler, beskedsystemer og medicinlister er effektive værktøjer til at dele helheds-viden om den enkelte patient på tværs af praksispersonalet, lægen og det øvrige sundhedsvæsen (E.B. 2010:34; Praksiskommissionen 2008:142; Kjellberg & Buch 2010a:37).

"Ifølge lægerne har de imidlertid stadig et godt indblik i patienternes forløb, selvom de har uddelegeret opgaver og ikke fysisk er til stede ved praksispersonalets konsultationer. Dette opnås via praksispersonalets spørgsmål til den praktiserende læge, eller når patienterne tilses af lægen. Således er den praktiserende læge med på sidelinjen ved ethvert behandlingsforløb" (E.B. 2010:23).

Særligt almen praksis' nye opgaver af opfølgende, vejledende og kontrollerende karakter med ældre og kronikere henvender sig til et andet differentieret kontinuitets behov. For eksempel giver strukturerede kronikerforløb en gavnlig kontinuitet ved sygeplejersken, hvor lægen så kan inddrages ved anormaliteter eller bekymring (DSR 2010:19, 24; Johannesen 2011:26; Flensted 2010:43).

"Ved kronisk sygdom er der behov for tidlig opsporing og en langvarig kontinuerlig indsats, som kun i et mindre omfang kræver en kontinuerlig specialiseret og højteknologisk indsats" (Praksiskommissionen 2008:29).

"Patienten skal vide, hvem der er dennes læge, men det behøver ikke nødvendigvis at være egen læge ved mindre opgaver" (VP 2014:4).

Vedsted argumenterer for, at det vigtigste er at almen praksis sender klare signaler om, at man er der for patienten når vedkommende har brug for støtte, hjælp eller råd rent sundhedsmæssigt (2011:34).

Patientens forventninger

Uddelegering kan stå i modsætning til patienternes egen forventning når de søger læge. *"Nogle patienter giver udtryk for, at de aldrig ser lægen mere, eller at de føler sig 'degraderede', fordi de 'kun' skal ind til sygeplejersken"* (E.B. 2010:41). Fordelene ved behandlerteams er ikke altid åbenlyse for patienterne og kan skabe utryghed. Både læger og praksispersonale har oplevet modstand, skepsis og skuffelse hos patienterne, når de skal til konsultation hos en sygeplejerske frem for lægen. Dog efter forklaring og tilvænning er de fleste patienter glade for at komme ind til praksispersonalet og opbygger tillid til dem (E.B. 2010:44f; Johannesen 2011:26).

Nørøxe et al. finder, at der er en meget stor diskrepans mellem patienters og lægers vurdering af, om en pågældende lægekonsultation *kunne have været* foretaget af en sygeplejerske i stedet for en læge. Denne diskrepans gik i begge retninger: både hvor patienten helt reelt *burde* tilses af en læge, vurderede patienten at en sygeplejerske ville være tilstrækkelig samt i tilfælde, hvor en sygeplejerske ville kunne håndtere anliggendet forsvarligt, vurderede patienten at lægen var nødvendig (Nørøxe et al. 2014:4). Dette indikerer, at patienter er relativt *dårlige* til at vurdere hvilket sundhedspersonale deres anliggende henvender sig til rent fagligt. Nørøxe et al. tilføjer, at denne diskrepans er en udfordring man skal tage alvorligt, da en af almen praksis funktioner er at skabe tryghed (Nørøxe et al. 2014:7-8). Vedsted påpeger, at ethvert oplevet behov for et lægefagligt råd giver formel ret til det, men at den enkelte praksis kan forsøge at forebygge kontakter med en sundhedspædagogisk rolle (Vedsted 2011:22, 31).

Faglige fejl

Uddelegering *"indebærer behandlingsmæssige skøn for personalet, som rækker længere ind i den medicinske behandling, end der er tradition for i almen praksis"* (Kjellberg & Buch 2010a:52). Dette betyder en medfølgende risiko for sundhedsfaglige vurderingsfejl fra sygeplejerskens side (Poulsen 2009:337).

Kun i én af de inddragede undersøgelser var der 1 læge ud af 21 interviewede læger, der nævnte, at have oplevet faglige fejl ved sygeplejerskernes selvstændige konsultationer (E.B. 2010:23). Lægerne vurderer over en bred kam, at de generelt har et tilfredsstillende overblik og tilsyn med kvaliteten af det kliniske arbejde sygeplejerskerne udfører (E.B. 2010:30; VP 2014:4). Der findes dog ingen dedikerede undersøgelser af danske sygeplejerskers kliniske udfald, men der foreligger udenlandske:

I en ofte citeret amerikansk undersøgelse, blev to udvalgte populationer (n=1.316) – der fornyligt havde fået specialiseret behandling i sekundærsektoren og havde behov for opfølgning i primærsektoren – fulgt over et år. Der var bevidst en overrepræsentation af kronikere i hver population. Den ene population kom ved en læge-dreven praksis og den anden ved en sygeplejerske-dreven praksis i forbindelse med

opfølgende visitationer. Undersøgelsen fandt ingen statistisk signifikant forskel i patienternes selvoplevede helbredsstatus eller via objektive helbredsmaal (Mundinger et al. 2000).

Tilsvarende resultat kom en anden stor undersøgelse, omfattende 46 praksis og i alt 846 diabetespatienter, frem til. De undersøgte hvor systematisk guidelines for diabetikere blev fulgt. Ved at sammenligne praksis udelukkende med læger med praksis, hvor der både var læger og sygeplejersker, kom de frem til, at sygeplejerskernes selvstændige kontroller havde en positiv effekt på diabetespatienternes forløb og at guidelines blev overholdt bedre (Ohman-Strickland et al. 2008).

I en undersøgelse fra en stor lægepraksis med 14.600 tilmeldte patienter, blev der indført en eksperimentel model, hvor konsultationssygeplejersker 2 dage ugentligt havde ansvaret for at modtage de akutte patienter, akuttelefonen og tage på sygebesøg hos ældre. Det viste sig, at der ikke var forskel i kliniske udfald, men at lægerne var mere effektive målt i antal (Bojlén 2009).

Organisatorisk autonomi

Stor grad af selvbestemmelse, selvledelse og handlefrihed inden for lægefaglige rammer er traditionelt kendetegnende for praktiserende læger. Selvstændighed og indflydelse på egne vilkår er en vigtig drivkraft for praktiserende læger (Kjellberg & Buch 2010a:17; Gannik 2004:15; VP 2014; VP 2015). Normerne for praksisdrift har i mange år været meget uformelle og flydende. Foged, Poulsen & Poulsen skriver, at der højst sandsynligt ikke er to klinikker i Danmark der er organisering helt ens (2011:86). Ved lægernes regionale visionsmøder blev dette aspekt indfanget af en metafor: Almen praksis skal være en flotille af forskellige fartøjer, der sejler i samme retning. En flotille indebærer frihed til forskellige praksisformer, men der var uenighed om, hvor store og hvor små fartøjer der er plads til i flotillen (VP 2014)

Kjellberg & Buch mener, at der er en udbredt skepsis og modstand hos praktiserende læger over for centralt drevne forandringer; sådanne strider imod en længe agtet tradition om, at forhold vedrørende praksisdrift, personale og ledelse er interne anliggender og er forbeholdt ejerlægens vurdering (2010a:34). En konsekvens af dette er, at institutionelle aktører (PLO, DSAM, DSR, Danske Regioner m.fl.) er meget sparsomme med konkrete organisatoriske anbefalinger og støttefunktioner, hvilket naturligvis giver stor frihed til de enkelte klinikker, men efterlader samtidig et stort ansvar til de enkelte lægers innovations- og ledelseskompetencer. I perioder med stor forandring er der en risiko for, at den dybe tallerken skal opfindes parallelt rigtig mange gange (Kjellberg & Buch 2010a:15). Derfor mener Kjellberg & Buch og OECD, at der er et aktuelt behov for vidensdeling mellem klinikkerne til at bistå udviklingen (Kjellberg & Buch 2010a:16; OECD 2013:33).

Feltstudie: Lægerne Sløjfens koncept

På baggrund af mine noter og mine observationer i løbet af mit feltstudie, vil jeg her udførligt beskrive min oplevelse af arbejdsgangene og koordineringen af arbejdet hos Lægerne Sløjfen. Beskrivelsen vil tage afsæt i den praksisdrift der blev praktiseret under mit feltarbejde, men som efterfølgende er blevet justeret for at imødegå en pludselig tilstrømning af patienter fra en lukket klinik – heraf tekstens datidsform.

Lægerne Sløjfen er en almen lægepraksis i Aalborg Øst, med 7000 patienter tilknyttet (50% mænd, 50% kvinder, ca. 1000 børn). Klinikken har tre ydernumre, men der var kun besættelse af de to, hvoraf den ene havde hovedarbejdssted uden for klinikken. Den daglige lægelige bemanning vekslede mellem 1-2 speciallæger i almen medicin og 1-2 uddannelseslæger. Der var 6 sygeplejersker ansat samt 1 lægesekretær.

Sygeplejerske konsultationer

Som det fremgik af lægehusets egen autobiografiske hjemmeside benyttedes der *”behandlerteams”*. Dette gav sig til kende ved, at sygeplejerskerne som udgangspunkt var patienternes umiddelbare kontaktflade og indledende agent. Alle konsultationer startede med, at sygeplejersken orienterede sig i den ventende patients journal og medicinliste. Dette blev gjort for at forberede og spore sig ind på hvilket anliggende patienten kom med, hvor nogle anliggender krævede mere forberedelse end andre. Herefter hentede sygeplejersken fysisk patienten ind fra venteværelset og indledte konsultationen med kort velkomst og en anamnestisk¹⁰ orienteret dialog. Kontaktårsagen var naturligvis omdrejningspunktet og sygeplejersken stillede opsøgende spørgsmål herom. Udgangspunktet var de ’standard’ spørgsmål, som sundhedspersonale *altid* skal/vil stille patienten for at få bekræftet eller afvist de mest gængse sammenhæng: For eksempel ved teenager-graviditet, vil man *altid* spørge ind til faderen, livsomstændigheder, familiære relationer, fremtidsudsigter og lignende. Hertil hørte typisk en form for formidling af relevant information omkring anliggendet: Fx om støtteordninger, regler for abort, sundhedshensyn og så videre. Ved de kontaktårsager sygeplejersken vurderede det nødvendigt, foretog hun test og data-indsamling (blodprøver, BMI, lungefunktionstest, EKG, INR, priktester, graviditetstest samt mærkede, lyttede eller observerede patienten m.m.). Ud fra disse indledende skridt, kunne sygeplejersken i nogle tilfælde selvstændigt vurdere patientens anliggendes omfang, alvor og kompleksitet og iværksatte en håndtering selvstændigt. I disse tilfælde, var det tydeligt for mig, at sygeplejersken gjorde sig ekstra umage med hensyn til dokumentation i journalen.

I de situationer hvor sygeplejersken vurderede, at anliggendet lå uden for egen kompetenceramme eller ansvar blev lægen inddraget. I disse tilfælde forberedte sygeplejersken patienten på læge-inddragelsen ved for eksempel at afklæde patienten, forklarede hvad der skulle ske eller hentede remedier. Læge-inddragelse foregik både direkte, hvor sygeplejersken fysisk hentede lægen ind eller indirekte, hvor sygeplejersken spurgte lægen til råds uden for konsultationsrummet og derefter effektuerede anvisningen på vegne af lægen. Jeg oplevede aldrig, at sygeplejersken stod alene med patienten, da læge-inddragelse og

¹⁰ Fra ”anamnese” som betegner patientens italesættelse af sin sygehistorie og mere objektive forhold omkring patienten.

kollegial-sparring altid var tilgængeligt. Der kunne dog forekomme mindre ventetid hvis flere sygeplejersker søgte læge-inddragelse samtidig.

Konsultationsstruktur

Sløjfen prioriterede bevidst tilgængelighed og opererede derfor med en *akut-kø*, dvs. at patienterne ikke behøvede at bestille tid forud, men blot kunne dukke op og melde ankomst ved en check-in terminal. Målet var en maksimal ventetid på 30 minutter og jeg oplevede aldrig patienter der måtte vente længere tid. Patienterne havde dog som udgangspunkt ingen garanti for at blive kaldt ind til den samme sygeplejerske som ved deres sidste besøg. På en touch-skærm over check-in terminalen blev patienten præsenteret for 6 generelle valgkategorier ('Medicin', 'Blodprøve', 'Vaccination', 'Feber/infektion', 'Alment eller andre ting' eller 'Muskel-led symptomer'). Patienten valgte den der afspejlede kontaktårsagen bedst for at forberede sygeplejersken. Derudover stod der 2 computere i venteværelset, hvor konsultationen straks kunne "*startes*" ved at beskrive hvad de forventede af konsultationen. Denne beskrivelse blev automatisk lagt ind i patientens journal, som sygeplejersken læste forud for indkaldelsen. Det var min oplevelse, at systemet blev anvendt i meget varierende grad af patienterne. I de situationer hvor patienten forud havde ringet ind angående vedkommendes anliggende og blevet opfordret til at komme til konsultation via akut-køen, blev anliggendet noteret i patientens journal. Disse ting bidrog til, at sygeplejersken kunne forberede sig ekstra, for eksempel ved at hente remedier, tjekke op på standarder, udregne grænseværdier, kontrollere blodprøvesvar eller spørge lægen til råds.

Som udgangspunkt blev akut-køen taget i kronologisk rækkefølge, men sygeplejerskerne, og til dels også lægerne, holdte et øje med *hvem* og "*hvad*" der var i akut-køen. For eksempel hvis en sygeplejerske ud fra navn genkendte en patient, som hun fornyligt havde haft i konsultation eller besvaret e-konsultation for, kunne hun "*reservere*" vedkommende. Derudover hvis sygeplejerskerne læste i en akut-kø-patienters journal, at vedkommende døjede med en kronisk eller psykisk lidelse, forsøgte sygeplejerskerne at arrangere det sådan, at vedkommende kom ind ved den samme sygeplejerske som foregående gang. Receptionisten eller en af sygeplejerskerne lod patienter, der udtrykte ønske om en bestemt sygeplejerske vide, hvorvidt de kunne vente på vedkommendes indkaldelse. Traditionel tidsbestilling var også muligt enten over telefon eller via et online booking-system, hvor de kunne booke sig direkte ind på en navngiven sygeplejerske. Ved telefonisk kontakt kunne sekretæren se patientens "*kontakt-sygeplejerske*", som hun bookede tid hos. Generelt blev patienterne dog opfordret til at bruge akut-køen som førstevalg. Ved alvorlige kronikere, gravide, spædbørn og mentalt syge var kontinuitet opprioriteret, hvorfor der altid blev koordineret ambulante tider til dem.

Med inspiration fra hospitalet blev patienter fra akut-køen kaldt "*akutte*", mens bestilte tider blev kaldt "*ambulante*". Som udgangspunkt varede en standard ambulant konsultation 15 minutter, mens der til bl.a. attester, samtaler og spædbarns kontrol var afsat 30 minutter. Ved de akutte konsultationer var tidsnormen ligeledes 15 minutter, men det faktiske tidsforbrug varierede typisk mellem 5-25 minutter pr. konsultation. Sygeplejerskerne skiftedes til at have akutte og ambulante konsultationer. Normalt varetog 3-4 sygeplejersker de akutte patienter og 2 stod for de ambulante. Hvis de sygeplejersker der varetog de

ambulante konsultationer fik en åbning (udeblivelse eller brugte mindre tid end planlagt), tog de en akut patient ind for at aflaste akut-køen.

Lægeinddragelse

Konkret foregik læge-inddragelse ved, at sygeplejersken forlod konsultationsrummet og gik hen til lægens centralt beliggende kontor, hvor døren som udgangspunkt stod åben. Hvis lægen ikke var på kontoret, døren var lukket eller en anden sygeplejerske var i dialog med lægen ventede sygeplejersken uden for kontoret indtil lægen var tilgængelig. Når sygeplejersken henvendte sig til lægen, fortalte hun kort og præcist hendes vurdering af patientens anliggende, tilstand, symptomer, udsagn, humør, type, historik m.m. Lægen lyttede aktivt og stillede opfølgende spørgsmål, hvis han ønskede mere af sygeplejersken eller blot ville diskutere hans overvejelser. Ofte kunne lægen huske patienten overordnet og hukommelsen blev genopfrisket i fællesskab. Denne refleksive dialog om patientens anliggende, baseret på sygeplejerskens indledende observationer, patientens journal og lægens kompetence, fungerede som forberedelse forud for en direkte læge-inddragelse eller som grundlag for en indirekte læge-inddragelse. Særligt ved strengt biomedicinske simple anliggender, hvor der forelå test- og prøveresultater samt opdateret journal og god dialog mellem læge og sygeplejerske var indirekte-læge inddragelse tilstrækkelig. Typisk i disse situationer kunne sygeplejersken fortælle alt det *"tillæg"* (sociale forhold, symptomer, humør, persontype m.m.) som lægen havde behov for, for at konkludere. Dette kunne for eksempel være ved medicinskifte på grund af bivirkninger eller hvorvidt en anormalitet ved en blodprøve skulle undersøges nærmere.

Ved direkte læge-inddragelse gik sygeplejersken sammen med lægen tilbage til konsultationsrummet. På grundlag af den forudgående læge-sygeplejerske dialog samt at sygeplejersken havde *'klargjort'* patienten både diagnostisk (afdækket hvor *'sken trykker'*), fysisk (fx bedt dem afklæde sig eller fundet redskaber) og mentalt (fx oplyst, beroliget eller trøstet dem) kunne lægen så at sige *'gå direkte til værks'* eller *'starte lige på og hårdt'*. Lægen startede sin håndtering af patienten direkte efter hans indtræden i konsultationsrummet. Sygeplejersken blev inddraget løbende som sparringspartner for både lægen og patienten, hvoraf en triadisk relation mellem dem opstod. Lægen styrede samtalen og situationen, men sygeplejersken stillede opsøgende spørgsmål til både patienten og lægen på eget initiativ. Konsultationen skiftede derfor løbende mellem forskellige typer af kommunikations relationer. I nogle øjeblikke var det patienten, der talte bredt til både lægen og sygeplejersken, mens patienten i andre øjeblikke talte direkte til lægen. Tilmed talte lægen nogle gange direkte til sygeplejersken, hvor patienten blev tilhører. Der var ingen tvivl om, at lægen havde bemyndigelsen i konsultationen, men sygeplejerskens aktive tilstedeværelse satte sit præg på situationen. Graden af "debat" afhang af anliggendets karakter; des mere biomedicinsk avanceret fremfor socialt og livstils-relateret des mindre involverede sygeplejersken sig. Ultimativt konkluderede lægen, hvilket fungerede både som varetagelse af lægefunktionen overfor patienten samt faglig instruktion til sygeplejersken. Herefter takkede lægen af og forlod konsultationsrummet. Ud fra instruktionen kunne sygeplejersken afrunde patienten formelt, hvilket inkluderede journalføring, bestille prøver, medicin eller henvisning, lave recepter, printe og fortælle om udskrifter. Derudover afrundede sygeplejersken også uformelt, ved at give råd og opfølgende information om lægens konklusion, besvarede eventuelle spørgsmål eller forespørgsler fra patienten, spurgte ind til tidligere hændelser jf. journalen samt sagde

farvel på en god måde. Ofte i forbindelse med denne afrunding nævnte patienten et ekstra anliggende, som sygeplejersken spurgte ind til for at vurdere, hvad der skulle til. Disse sekundære anliggender omfattede både helt reelle biomedicinske problemstillinger, hvor lægen skulle gen-konsulteres og en behandling igangsættes, men oftere var det mindre forhold af mere almen sundhedsmæssig eller social karakter. Sygeplejersken kunne som regel selvstændigt og behændigt respondere på dette i kraft af den relation, gensidige forståelse og kontekst håndteringen af det primære anliggende allerede havde etableret. Dog ved travlhed i akut-køen, et presset ambulant program eller ved mere omfattende sekundære anliggender måtte sygeplejerskeren bede patienten komme igen senere.

Efter at lægen takkede af ved direkte læge-inddragelse, vendte han tilbage til lægekontoret typisk efter få minutter. Her ventede potentielt en anden sygeplejerske med henblik på direkte læge-inddragelse. Men hvis endnu en sygeplejerske ventede, blot for indirekte inddragelse (fx svar på et specifikt spørgsmål vedrørende en blodprøve), håndterede lægen dette *ad hoc*, inden han fulgte den anden sygeplejerske ind i hendes respektive konsultationsrum. Der var altså ingen tvingende rækkefølge. Koordineringen blev snarere styret af en pragmatisk logik. Alternativt hvis der ikke var bud efter lægen, tog han selv en patient fra akut-køen eller gav sig til at ordne fleksible opgaver.

Fleksible opgaver

De fleksible opgaver som lægen udførte imellem læge-inddragelserne omfattede bl.a. kontrol af den medicin og de henvisninger som sygeplejerskerne bestilte selvstændigt samt den medicin som patienterne (gen)bestilte via sekretæren eller online. Via lægernes fælles it-program blev medicinbestillingerne listet sammen med patientens journal, så lægen hurtigt kunne overskue bestillingernes berettigelse. Hertil kom læsning af udvalgte patienters journaler, for både at følge op på patienter og for at kontrollere/supervisere sygeplejerskernes selvstændige arbejde. Generelt blev patienterne opfordret til at benytte e-konsultation (krypteret e-mail via klinikkens hjemmeside) fremfor at ringe. På denne måde mindske den rigide telefontid og disse elektroniske henvendelser kunne besvares *ad hoc*. Lægen havde en elektronisk to-do-liste med punkter (blev omtalt som "*ens kø*"), der for eksempel kunne være opkald til patienter, sygehuse eller plejehjem, men inkluderede også noter fra sygeplejerskerne. Hvis sygeplejerskerne ønskede lægens billigelse, godkendelse eller kontrol af noget, men uden at det hastede, indtastede de en digital-besked som lægen kunne besvare ved lejlighed. Derved undgik de at opsøge lægen på kontoret unødigt og danne kø for mere presserende opgaver. Det nævnte IT-system fungerede som en central koordineringsmekanisme for arbejdet på tværs af praksispersonalet og lægerne. Indgående beskeder – såsom testsvar, epikriser, e-konsultation, tidsbestillinger, henvendelser fra kommunen og administrative beskeder – blev sendt til klinikkens fælles indbakke eller direkte til bestemte sygeplejerskers indbakke. Sekretæren og sygeplejerskerne fordelte løbende ansvaret for de indgående beskeder til de relevante i klinikken. Nogle beskeder skulle lægen specifikt tage sig af, hvorfor disse "*blev sat på lægens kø*", mens andre beskeder henvendte sig til navngivne sygeplejersker, hvorfor disse blev sat på vedkommendes "*kø*" (fx svar på en blodprøve som sygeplejersken havde foretaget). Nogle beskeder var uden en naturlig modtager og disse blev fordelt jævnt mellem sygeplejerskerne. I de fleste patienters journal fremgik en "kontakt-sygeplejerske", som så vidt muligt varetog vedkommendes beskeder og ambulante konsultationer.

Sygeplejerskerne havde også ved disse opgaver konstant adgang til råd og instruktion fra lægen. Det var også muligt at "videresende" beskederne til lægens kø, hvis de vurderede det nødvendigt. Sygeplejerskerne havde i kraft af disse "køer" tilsvarende fleksible opgaver, som de varetog ad hoc indimellem patienterne. Sygeplejersken havde hele tiden et øje på "køen", for at sikre at den ikke hobede sig op og hvis den gjorde, blev den lejlighedsvist prioriteret. Klokkens 15.00 lukkede akut-køen og de ambulante konsultationer ophørte. I tidsrummet mellem kl. 15-16 blev de igangværende patienter afrundet, personalet gennemgik deres respektive "køer", der blev ryddet op og der var tid til drøftelser personalet imellem.

Organiseringen fordrer løsninger

Jeg oplevede, at sygeplejerskerne til tider forlod konsultationsrummet med intentionen om at opsøge lægen, men endte med at gå ind til patienten igen uden at have talt med lægen. Dette fulgte situationer, hvor sygeplejersken oprindeligt vurderede et behov for lægen, men qua det afbræk og det rum for refleksion sygeplejersken fik ved at forlade konsultationsrummet et øjeblik, var i flere situationer nok til at mobilisere en erkendelse, der overflødiggjorde læge-inddragelse. I enkelte tilfælde foregik denne erkendelsesproces helt individuelt og autonomt umiddelbart uden for konsultationsrummet, hvor sygeplejersken enten var på vej hen til lægens kontor eller ventede på at lægen blev tilgængelig. Dog forekom denne erkendelse hyppigst på baggrund af en dialog med en eller flere af de øvrige sygeplejersker. Det skete dels ved, at sygeplejersken aktivt opsøgte en bestemt sygeplejerske og spurgte direkte ind til problemet eller mere uformelt ved at spørge eller tale med en passerende eller en anden ventende sygeplejerske. Dette gav mening, da sygeplejerskerne ikke var "*hinandens kloner*"; nogle var mere erfarne, særlig vidende om en patientgruppe, så anliggendet fra en anden vinkel eller havde fornyligt håndteret en lignende patient. Sygeplejerskerne kunne derfor ofte hente råd ved sygepleje-kollegaerne eller i samarbejde deducere sig til en konklusion uden læge-inddragelse. Den tilstødende gang til kontoret var den naturlige arena for denne kollegiale sparring, men det foregik også i konsultationsrummene, da patientløse sygeplejersker arbejdede med fleksible opgaver for åben dør og var tilgængelige for spørgsmål. Hvis lægen var optaget, udspillede der sig et omstændeligt vente-snakke-refleksions scenarie mellem henholdsvis de ventende-, patientløse- og passerende sygeplejersker. De ventende sygeplejersker udvekslede patient-status, debatterede dem kort eller dybere hvis relevant og forsøgte at forberede sig på dialogen med lægen, ved fx at slå anliggendet op på online opslagsværk. Samtidig orienterede de sig om, hvilke kollegaer der var patientløse og som kunne byde ind. Praksissens uddannelseslæger blev også brugt til sparring og rådgivning, hvis disse var ledige.

(Op)læring

Det var min oplevelse, at der var stor erkendelse af, at konceptet med behandlerteams' succes afhang af sygeplejerskernes kompetence, viden og kendskab til symptomer. Sygeplejersker med behandler-erfaringer var bevidst rekrutteret, men et fortløbende fokus på læring og faglig udvikling var tydeligt. Selv erfarne sygeplejersker der tidligere havde været ansat i anden lægepraksis fandt Sløjfens koncept udfordrende (og spændende). Tidligere havde sygeplejersker dog sagt op, fordi de personligt fandt ansvaret og de mangeartede opgaver for udfordrende og krævende. Flere af praksissens sygeplejersker nævnte, at alle arbejdsdage indeholdte læringssituationer og at man skulle være åben for at udvikle sine kompetencer og

påtage sig nye opgaver for at trives i klinikken. Dette aspekt blev fremhævet som en udfordring, men også som en motivation og kilde til arbejdsglæde.

Praksissens koncept, hvor sygeplejersken nød selvstændighed og altid havde læge-supervision tilgængelig, dannede rammerne for fortløbende oplæringsprocesser. Sygeplejerskerne måtte ved hver konsultation foretage selvstændig stillingstagning og refleksion over patientens anliggende for at varetage deres andel af samarbejdet. Dette var uafhængigt af, om de kendte præcist til patientens problemstillings lægefaglige elementer og relaterende behandlingsmuligheder. En sygeplejerske nævnte blandt andet en skulderskade, hun aldrig tidligere var konfronteret med og havde ingen forudgående kendskab til. Trods dette måtte hun indlede konsultationen selvstændigt og *”få en sygehistorie ud af patienten”*. Dette var et indlejret aspekt af konceptet, så sygeplejersken bl.a. kunne klæde lægen på ved læge-sygeplejerske dialogen forud for læge-inddragelse. Man kan derfor sige, at sygeplejerskerne blev *tvunget* til en form for refleksiv eller intuitiv anamnese optagelse og diagnostik af patienten. Ved inddragelse af lægen fik sygeplejersken direkte og indirekte bekræftet, kontrolleret eller korrigeret gyldigheden af den intuitive anamnese/diagnostik. Så længe den indledende eksamination ikke påførte patienten gener, bidrog dette til en bred sygehistorie, oplæring af sygeplejersken og opretholdelse af konceptet. Majoriteten af patienternes anliggender var dog relativt typiske og sygeplejerskerne havde derfor ved langt de fleste konsultationer, som jeg overværede, et utal af relaterende konsultationer at generalisere ud fra.

Klinikken fremstod for mig, som havende en stærk mesterlære tradition, hvor lægen aktivt prioriterede oplæring af sygeplejerskerne. Dette foregik i den daglige praksis, dels ved læge-sygeplejerske dialogen uden for konsultationsrummet, men også i konsultationsrummet ved direkte læge-inddragelse. Ved sidst nævnte foregik læringen både indirekte og direkte: Indirekte læring skete i forbindelse med lægens kommunikation med patienten, hvor sygeplejersken både var tilhører og medspiller. Herved fik sygeplejersken repeteret forskellige anliggendes kendetegn, problematikker og behandlinger ved at overvære gentagende konsultationer. Derudover henvendte lægen sig også direkte til sygeplejersken under konsultationen med henblik på læringsaspektet, hvor han uddybede og kobledede medicinsk-funderede udtryk og termer på. Lægens kommunikation direkte til sygeplejersken var ikke isoleret fra patienten, så vedkommende blev i denne situation tilhører. Lægen anvendte ved flere lejligheder denne konfiguration aktivt til, for eksempel at signalere noget indirekte til patienten via henvendelsen til sygeplejersken. Ved komplicerede, alvorlige eller særegne anliggender returnerede lægen til sygeplejersken, når patienten havde forladt konsultationsrummet. Her fulgte han op på konsultationen og sygeplejersken blev orienteret om nogle af lægens tanker om patienten. Formålet var at støtte op om sygeplejersken, styrke oplæringsprocessen og sikre at journalen blev skrevet dækkende.

Udover den daglige og praksisnære læring var der en mere systematiseret efteruddannelsesplan i klinikken. Forskellige emne-specifikke uddannelsesmapper (fx diabetes, smerter osv.) med lægefaglige instruktionsark cirkulerede rundt mellem sygeplejerskerne. Det forventedes, at de ved lejlighed orienterede sig i disse mapper med udgangspunkt i konkrete konsultationer. Dette kunne for eksempel foregå ved stilstand eller i perioden mellem kl. 15.00-16.00. Lægen gav løbende sygeplejerskerne supervision i deres respektive uddannelsesmappers emne og vendte stoffet med dem. Det var ikke forventet at sygeplejerskerne skulle

mestre eller nødvendigvis egenhændigt håndtere de emne-specifikke anliggender fra uddannelses-mapperne. Det skulle blot ruste dem til bedre at udføre de indledende- og afrundende procedurer.

Dertil var der to typer møder med læring og vidensdeling for øje. Henholdsvis et ugentligt sygeplejerskemøde alene for sygeplejerskerne og et supervisionsmøde hver 14. dag for alle ansatte i klinikken. Sygeplejerskemødet var en anledning til at evaluere, sparre og vidensdele indbyrdes. Hvordan bestemte patientgrupper skulle håndteres og udfordringer ved givne situationer blev her taget op i plenum. Derudover blev sygeplejefaglige nyheder, informationer og muligheder fra diverse sygepleje-organisationer videregivet. Supervisionsmødet fremstod som et centralt virkemiddel til at få praksissen til at agere som en enhed. Principielle emner blev taget op, dels til diskussion og dels til orientering. For eksempel argumenterede lægerne i fællesskab for klinikens syn på eksperimentel-medicin og hvordan sygeplejerskerne skulle tilgå rådgivning og anbefaling af patienterne i forhold til dette. Særligt alvorlige og komplicerede patienters forløb blev taget op i plenum og evalueret. Hvad og hvordan forløbet havde været og hvordan sygeplejerskerne skulle forholde sig til lignende patienter i fremtiden. Møderne dannede også rammer om små oplæg om lægefaglige emner, der kunne ruste sygeplejerskerne. Modsat den daglige oplæring, som var mere anliggende specifik, lod det til, at supervisionsmødet var orienteret mod klinikens mere generelle attitude og tilgang til patienterne.

Det virkede som om, at den fortløbende opkvalificering af sygeplejerskerne muliggjorde, at sygeplejerskerne kunne tage hånd om flere og flere anliggender selvstændigt, uden eller kun med indirekte lægeinddragelse. Derudover kunne de med større og større præcision udveksle med lægen både uden- og indenfor konsultationsrummet. Dette gjorde sig også gældende for lægesekretæren, som på baggrund af et 2 dagskursus og løbende supervision udførte diverse 'data-indsamlings'-opgaver (fx blod- og urinprøver, vægt og højde måling, lungefunktionstest, EKG) i forbindelse med sundhedstjek (IHS) eller på bestilling af sygeplejerskerne. Sekretærens dataindsamlings-session blev fulgt op af en senere konsultation med lægen.

Uddannelseslægerne var lidt "*fremmede planter*" i praksissen, da de havde deres eget konsultationsrum og tog direkte imod patienter. I kraft af, at de var uddannelseslæger supplerede og oplærte lægerne dem naturligvis ved anliggender de ikke med sikker hånd kunne ekspedere selvstændigt. I disse tilfælde forlod uddannelseslægen – tilsvarende sygeplejersken – konsultationsrummet og opsøgte lægen. Uddannelseslægerne bliver på denne måde en hybrid mellem behandlerteam konceptet og den traditionelle konsultationsform.

Patienternes forventning

Sløjfens koncept var som sagt utraditionelt og det var tydeligt, at det ikke kun stillede tilvænningskrav til personalet, men også patienterne. Hvad konceptet indebar og hvilken betydning det havde i praksis skulle tilsvarende indlæres og tilvænnens hos patienterne. Nogle patienter følte sig utrygge og forvirrede over at indlede eller endda gennemføre en hel konsultation *kun* med en sygeplejerske. Dette krævede i nogle tilfælde både erfaring med og forklaring af konceptet, enten af sekretæren, sygeplejeren eller af lægen selv. Hvis patienten insisterede på at se lægen, trods sygeplejerskens vurdering, blev lægen inddraget. Lægen lyttede naturligvis til patientens anliggende, men forklarede også afsluttende konceptet med behandlerteamet og at patienten var nød til at respektere dette. I andre tilfælde var det tilstrækkeligt, at

sygeplejersken forklarede patienten konceptet. Tilsvarende, når patienter ringede for at bestille en ambulant tid eller ønskede at tilknytte sig praksissen, havde sekretæren en formidlende rolle i forhold til opretholdelse af konceptet. Patienter der ringede for at tale direkte med lægen blev vurderet indledende af sekretæren. Hvis det var overhængende alvorligt og vedkommende havde dårlig mulighed for at komme indtil klinikken, ringede lægen naturligvis patienten op. Men hvis sekretæren vurderede, at symptomerne var af mindre presserende karakter, opfordrede hun patienten til at møde op akut i klinikken.

Lægerne Sløjfens koncept konceptualiseret

Lægerne Sløjfens organisatoriske koncept var innovativt og havde en usædvanlig høj kapacitet. Med udgangspunkt i ovenstående beskrivelse, konceptualiserer denne opsummering Sløjfens koncept.

Praksissen havde to konsultations spor; *akut-kø* og *ambulante tider*. Sygeplejerskerne fungerede som *agent*, der indkaldte, indledte og vurderede patientens anliggende. Som udgangspunkt blev patienterne konsulteret af varierende sygeplejersker, men en form for *ad hoc kontinuitet* blev praktiseret. Konsultationer gennemløb tre faser: *indledning*, *håndtering* og *afrunding*. Ved samtlige konsultationer varetog sygeplejersken indledningen og afrundingen, mens håndtering enten forgik selvstændigt, via *kollegial sparring* eller ved *inddragelse af lægen (direkte eller indirekte)*. Forud for læge-inddragelse forekom altid en *læge-sygeplejerske dialog* om patientens tilstand. Ved direkte læge-inddragelse involverede både lægen og sygeplejersken sig i konsultationen af patienten og dannede en *triadisk relation* med lægen som dirigent. Forudsættende for sygeplejerskernes rolle var effektive (mester)læringsprocesser, hvor de fortløbende blev rustet til at håndtere opgaver der overskred det rent sygepleje-faglige. En flydende *opgaveglidning via læring* var højt prioriteret og var båret af konceptets øvrige elementer. Lægerne og sygeplejerskerne havde *fleksible opgaver ("ens kø")* som blev udført ved stilstand. Dette opvejede den akutte-kø's uberegnelighed ved at facilitere en vis fleksibilitet i kapaciteten. De fleste elementer i konceptet blev koordineret efter en *pragmatisk logik*.

Konceptet dækkes af følgende nøgleord:

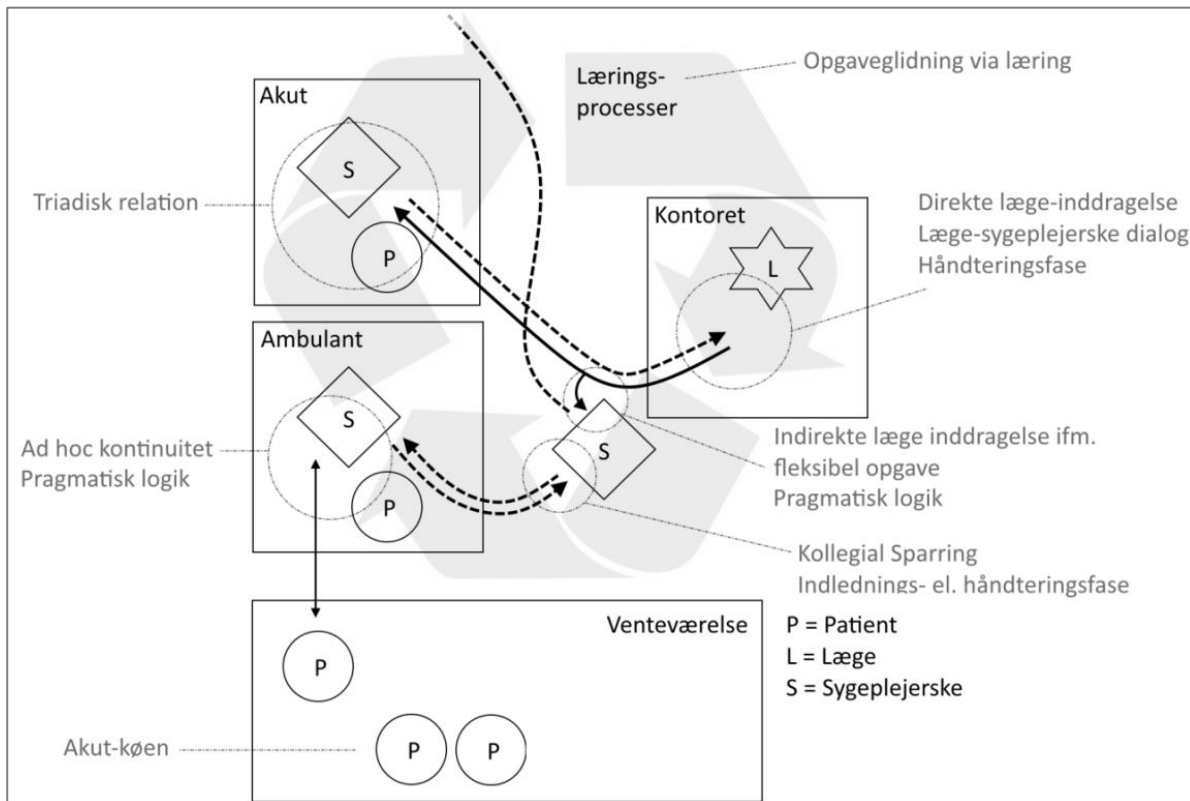
- | | |
|---|------------------------------|
| 1. Akut-kø og ambulante tider | 6. Læge-sygeplejerske dialog |
| 2. Ad hoc kontinuitet | 7. Triadisk relation |
| 3. Indlednings-, håndterings- og afrundingsfase | 8. Fleksible opgaver |
| 4. Kollegial sparring | 9. Opgaveglidning via læring |
| 5. Læge-inddragelse (direkte og indirekte) | 10. Pragmatisk logik |

Lægerne Sløjfens koncept skitseret

Følgende figur 2 skitserer Sløjfens koncept grafisk. Skitsen afspejler indeværende konceptualisering i et tværsnits øjeblik i et rummeligt plan: Principperne i praksissens fysikalitet er symboliseret ved de fire rums strategiske placering i relation til hinanden ("*akut*", "*ambulant*", "*kontoret*" og "*venteværelse*"). Praksis-aktørernes bærende interaktionsmønstre er eksemplificeret med vektorer. Disse udtrykker både fysisk bevægelse og kollegial kommunikation. Skitsen er et øjebliksbillede af idealtypiske situationer og alle de skitserede interaktionsmønstre gjorde sig i forskellige situationer gældende på tværs af klinikkens aktører.

De tre udtønde grå pile i baggrunden repræsenterer læringsprocesserne som bærer uddelegeringen, den kollegiale sparring og den triadiske relation. Skitsen rummer dog ikke de konsultationer hvor en sygeplejerske helt selvstændigt håndterede og afsluttede en patient uden læge-inddragelse eller kollegial-sparring.

Figur 2: Koncept skitse med konceptuelle forklaringer.



Ét analytisk blik på udviklingen i almen praksis

Jeg betragter sygeplejerskernes indtog som et særligt manifesteret symptom på en række aktuelle underliggende strømninger som griber ind i almen praksis. Disse transformerende strømninger er både af ekstern (fx flere opgaver) og intern afstamning (fx krav om nye arbejdsvilkår), som ekspliciterer udviklingens systemiske karakter. Forandring, tilpasning og genforhandling er aktuelt karakteristisk for almen praksis, som blandt andet materialiserer sig i lægekonflikten, diskursen om lægemangel og familielægens afvikling. De empiriske bidrag, antyder at nye emergerende rationaler og organiseringer slår rod.

Til at strukturere en forståelse af denne udvikling, har jeg vendt mig mod professionssociologien som har analyseret lægeprofessionen i årtier. Ved at orientere mig heri, har jeg udvalgt Andrew Abbotts teori. Dette skyldes primært, at Abbott har et særligt blik for, at 1) et felt – som almen praksis – udvikles i relation til beskaffenheden af dets arbejdsopgaver og 2) hvordan professioner – som sygeplejersker og læger – byder ind på disse opgaver fra hver deres position. Abbotts begreb om jurisdiktion er placeret i krydsfeltet af de to perspektiver og bærer en forståelse af, at opgavehåndtering er til forhandling og at professioner konkurrerer om kontrol over disse opgaver.

Teorien indfanger, at konsultationssygeplejersker og praktiserende læger er to selvstændige – men gensidigt afhængige – professioner, der både samarbejder og konkurrerer om et opgaveområde. Denne fortsatte proces situeres i strukturelle omstændigheder, som giver et blik for, at almen praksis influeres af demografiske forskydninger, institutionelle forandringer og nye kulturelle forventninger. Dynamik, konflikt og forandring på tværs af niveauer er en central komponent i teorivalget. Opmærksomheden er skærpet på det konkrete arbejde i lægeklinikkerne rundt om i landet, men i kombination med de strukturelle strømninger der omgiver disse klinikker. Abbotts teori repræsenterer et opgør med andre professionssociologiske tolkninger af professioners professionalisering som en lineær og monolitisk konsolideringsproces, hvor deres privilegerede position i samfundet gradvist cementeres og udvides. I stedet vægter Abbott 3) *hvordan* professioner understøtter deres egentlige formål (fx sundhed) og 4) *hvad* der får dem til at bestå, forgå og forandre sig. Teorien overskrider den klassiske professionssociologis fokus på etablering af professionens organisatoriske struktur, og skærper blikket for dynamikkerne og deres effekter *efter* sådanne strukturer er oprettet.

De alternative, men fravalgte, professionssociologiske teorivalg kan opsummeres under fanerne: funktionalistiske, strukturalistiske, monopolistiske og kulturelle perspektiver (Abbott 1988:15). 1) I det funktionalistiske perspektiv (Marshall, Parsons m.fl.) ses det asymmetriske møde mellem ekspertise og klienters behov som analyseobjektet. Fx Talcott Parsons 'sick-role', hvor patienten og lægen indgår i en relation, med udgangspunkt i patientens anliggende men på lægernes præmisser (Vinge 2006:13). Dette perspektiv har øje for konsekvenserne af professionssystemet og i mindre grad dynamikkerne indeni det. 2) Det strukturalistiske perspektiv (Millerson m.fl.) identificerede en række konstituerende karaktertræk, som professioner evolutionært gennemløber rent organisatorisk i en fortløbende professionaliseringsproces. Som Vinge påpeger, er læger grundigt etablerede som profession (2006:18), hvorfor perspektivet næsten kun kan tolke radikale forandringer i almen praksis som deprofessionalisering. 3) Det monopolistiske

perspektiv (Larson, Freidson m.fl.) har udgangspunkt i tilsvarende professionaliseringsproces, men med et kritisk tillæg. Strukturers ekskluderende funktion, der eftersigende tilraner professioner dominans, status og prestige, er her analyseobjektet. Perspektivet vægter de praktiserende lægers magt, men overser det pragmatiske og opgaveorienterede i almen praksis. 4) Det kulturelle perspektiv (Bledstein, Haskell m.fl.) fremhæver professioner som *kanaler* for vertikal mobilitet for de enkelte individer. Professioner beskytter dygtige individer mod snærende lønarbejderforhold og giver kulturel autoritet. Perspektivet har fokus på professionssystemets effekt for den enkelte, fremfor de institutionelle effekter sygeplejerskernes indtog repræsenterer.

Trods disse bemærkninger, kunne det monopolistiske og kulturelle perspektiv potentielt bidrage til en diskussion af lægernes magt over sygeplejerskerne og den svigtende trivsel i almen praksis. Men med hensyn til at stille skarpt på analysen af almen praksis' udviklingen i lyset af sygeplejerskernes indtog, har jeg fundet Abbott mest velegnet.

Teorien vil blive sat i spil med empirien hermeneutisk, som vil tilbyde ét struktureret blik på specialets induktivt frembragte empiri-fundament. Praktisk vil dette ske ved, at teorien bid for bid udfoldes og løbende relateres til det udlagte billede af almen praksis. En kritisk refleksion over teoriens elasticitet (hvad indfangede den ved udviklingen og hvad formåede den ikke at adressere) vil efterfølge. Jeg tager afsæt i Abbotts teori's kronologi, men teksten afspejler også en hermeneutisk selektering: De teoretiske brudstykker, der relativt til empirien gav mening, er inddraget mens andet er udeladt.

Professionssociologi handler helt grundlæggende om, hvordan samfundet institutionaliserer ekspertise. Professioner betragtes som den primære bærer af ekspertise, men Abbott inkluderer også to andre typer; kommodificering og arbejdsorganisationer. Professionssystemet som strukturerer analysen, er imidlertid et kontingent og kulturel samfunds-karakteristika som også er under udvikling lige som professionerne i det. Dette er et spændende og spirende teoretisk perspektiv, som udviklingen i almen praksis (måske) vidner om.

Sygeplejersker og læger som professioner

En profession defineres teoretisk, som en beskæftigelsesgruppe med nogle særegne egenskaber, typisk af abstrakt karakter og som kræver udvidet oplæring. Deres arbejdsopgaver kan ikke alene udføres i henhold til rutiner, men kræver situationel vurdering og tilpasning. Positionen som professionel giver særlige privileger, beføjelser og magt. Abbotts definition er relativt inkluderende: *"Professions are exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases"* (1988:7-8). Professionelle udleder praktiske arbejdsteknikker ud fra et abstrakt videns-system, *"det er denne abstraktion, som adskiller professioner fra andre faggrupper og dermed bedst identificerer professioner"* (Antoft 2005:99).

Professionssociologien opstod mere eller mindre af en interesse for lægeprofessionen, så læger fremstår i mange henseender som arketyper på en profession. Der er langt større uenighed omkring sygeplejerskernes status. Sygeplejerskers vedvarende subordination til læger har gjort, at deres status som selvstændig profession ofte er blevet underkendt. I henhold til den bragte teoretiske definition, springer sygeplejerskernes supplerende (og ikke *bare* substitution) i øjnene. Flere danske praktiserende læger nævner,

at de oplever, at sygeplejerskerne rent faktisk kan noget *andet* rent fagligt end dem selv og at sygeplejerskernes håndtering af opgaver ikke udelukkende er determineret af lægernes instruktioner eller oplæring. Sygeplejerskerne har qua deres uddannelse, deres eget abstrakte videns system, hvoraf de selvstændigt kan udlede relevante tilgange og teknikker til en given opgave. Flere af de opgaver hvor udenoms kvalitet er det essentielle, kan sygeplejerskerne udføre på grund af en forudgående erkendelse af generelle sundheds- og egenomsorgs teorier og ikke fordi de har fået minutiøse instruktioner. Opgaverne kan ikke alene udføres i henhold til skabeloner, men kræver individuel vurdering og tilpasning ved hvert anliggende. Denne selvstændige abstraktion gør sig gældende i både deres selvstændige konsultationer og i deres funktion som sparringspartner for de praktiserende læger. Sygeplejersker er derfor ikke blot et biprodukt af lægeprofessionen men en selvstændig profession, som indgår i en professionel relation med lægerne.

Denne professionelle relation mellem sygeplejersker og læger oplevede jeg eksemplarisk hos Lægerne Sløjfen, hvor sygeplejerskerne i deres selvstændige konsultationer udførte faglige vurderinger samt hvordan 'sygeplejerske-læge dialogen' og 'den triadiske relation' supplerede lægens kliniske blik på patienten og effektiviserede processen. Samtidig hjalp sygeplejerskerne patienterne med at oversætte og integrere lægens aktuelle eller tidligere budskab(er) i deres praktiske hverdag.

Jeg mener jf. Abbotts teori, at læger og sygeplejersker er at betragte som to selvstændige professioner, der indgår i et interdependent professionssystem med hinanden samt samfundets øvrige professioner. I dette system praktiserer hver enkel profession aktiviteter i et eller flere opgaveområder og under varierende betingelser. Til tider kan en profession have fuld kontrol over alle opgaver i et opgaveområde, mens det til andre tider udfordres af tilstødende professioner, som hævder sig mere værdige opgaveløbere. Dette kan føre til opsplittelse, deling, overdragelse af opgaveområdet eller, som i sygeplejerskernes situation, subordination (Abbott 1988:23, 90). Eksterne kræfter påvirker professionssystemet ved at situere professionernes aktivitet indenfor temporale strukturer, der afgør udbuddet og karakteren af opgaverne. Der kan løbende blive både færre eller flere opgaver, men kendetegnende er, at professionssystemet er et nulsums-spil struktureret af dominans og magt (Abbott 1988:90, 109). Magt er evnen til at fastholde kontrol med et opgaveområde trods reelle udfordringer: Det er både at vinde og afværge direkte udfordringer samt at undgå at de opstår. Den magthavende har den konservative fordel, at kampe tager udgangspunkt i dennes definitioner af problemer, opgaver, behandlinger og succeskriterier (Abbott 1988:136f). En professions magt er i henhold til Abbott aldrig større end hvad dens klienter understøtter og kan ikke opmagasineres til senere brug.

"Power seems immeasurably strong when least exercised and surprisingly weak when most needed" (Abbott 1988:141f).

Der er ingen tvivl om, at det er de praktiserende læger der for alvor sidder ved bordenden. Det er dem der uddelegerer opgaver til sygeplejersker, udarbejder vejledninger, udstikker instrukser og instansen der vurderer sygeplejerskernes arbejde. Fejl i klinisk udfald bedømmes ud fra lægernes standpunkt fremfor sygeplejerskernes. Ikke desto mindre har sygeplejerskerne haft succes med at overtage flere og flere

opgaver. Et centralt aspekt er, at sygeplejerskernes opgaver ifølge teorien stammer fra den samme opgavepulje (opgaveområde) som lægernes, hvilket vil sige, at de grundlæggende konkurrerer og at sygeplejerskerne besidder en form for magt i kraft af deres opgaver. Særligt i de tilfælde der tidligere er blevet beskrevet som substitution af lægen. Men som vi skal se senere, er almen praksis ikke nødvendigvis at betragte som et entydigt nulsums-spil. En lige så vigtig betragtning er, at almen praksis er under intens påvirkning fra eksterne kræfter. Opgavemængden udvides og forandres kraftigt på grund af bl.a. demografiske, institutionelle og kulturelle omvæltninger. I henhold til Abbott bevares lægernes magt over opgaveområdet kun så længe befolkningen har en oplevelse af, at de kan stå mål med opgaveområdets udvikling. Lægemangel diskursen, svigtende trivsel på grund af arbejdspress, ventelister, lægekonflikten og sygeplejerskernes indtog er indikationer på, at de praktiserende læger aktuelt udfordres af udviklingen.

Opgaver i almen praksis: Jurisdiktion

En vigtig pointe er, at en profession ikke kan sidestilles 1:1 med et opgaveområde. Først er der opgaveområdet, og så er der professioner som søger såkaldt jurisdiktion over dette. Opgaveområder udgøres af den sociale og kulturelle kontekst, men er i midlertidig også delvist konstitueret af skiftende professioners historiske tilstedeværelse i opgaveverdenen. Fokus bør i henhold til Abbott være på opgaveområder, hvor professioner er én af flere influerende faktorer (1988:216f).

Det at have *jurisdiktion* er at besidde en legitim kontrol over en særlig form for arbejde indenfor et bestemt opgaveområde. Denne kontrol er 1) retten til at udføre arbejdet i henhold til professionens vurdering og standarder, 2) afholde andre fra at udføre de pågældende opgaver, 3) dominere den offentlige definition af opgaverne og deres bestanddele, og 4) pålægge konkurrerende professioner at tage udgangspunkt i disse definitioner (Abbott 1988:60). Jurisdiktionelle grænser er konstant til forhandling, både i en opgavenær og i en abstrakt videns kontekst (Abbott 1988:90). Professioner forandres, når en professions egen jurisdiktion ændres eller når en tilstødende jurisdiktion ændres (Abbott 1988:8, 33). Udvidelse sker enten ved, at nye opgaver udbydes eller ved at overtage en anden professions opgaver (Abbott 1988:90). Det at undersøge jurisdiktion er at undersøge "*who had control of what, when and how*" (Abbott 1988:3). Hermed gør Abbott konkret arbejde og fortløbende jurisdiktionelle kampe det primære analyseobjekt (Abbott 1988:112; Abbott 1991a:355f).

Med hensyn til begrebet jurisdiktion lægger Abbott op til en granskning af, hvem der udfører hvilke opgaver og hvem der bestemmer hvordan disse opgaver skal håndteres i almen praksis. Empirien vidner om en udvikling, hvor praktiserende læger er gået fra at udføre noget nær samtlige opgaver, til at sygeplejerskerne nu udfører en voksende andel. Der er dog tale om et sammenfald med en periode med kraftig stigning i opgaver, som er bevirket af almen praksis' kontekst. Som jeg vil komme ind på senere, er det kun en andel af opgaverne – kun dem med nogle særlige karakteristika – som sygeplejerskerne byder ind på og ikke en frontal udfordring af lægernes totale opgaveportofolie. Det store spørgsmål er imidlertid, hvor stor en kontrol sygeplejerskerne i realiteten opnår over deres opgaver.

Ved at sidde med på sidelinjen ved adskillige konsultationer oplevede jeg hos Lægerne Sløjfen, hvordan de erfarne sygeplejersker på flere områder havde gjort sig uafhængig af lægerne og udførte rigtig mange af de

indkomne opgaver mere eller mindre egenhændigt. Den enkelte sygeplejerskes selvstændighed blev forstærket af den kollegiale sparring, der understøttede det samlede hold af sygeplejerskers selvstændighed. Et konkret eksempel som jeg oplevede på den tredje dag i klinikken var, at en mindre erfaren sygeplejerske spurgte en læge til råds, men lægen henviste vedkommende til en af de erfarne sygeplejersker, som tilsyneladende bedre (eller lige så godt) kunne rådgive om procedurerne. Derudover havde sygeplejerskerne deres eget ugentlige møde, hvor bl.a. erfaringer og fagligt materiale blev delt og procedurer blev synkroniseret på tværs. Klinikken havde udnævnt én chef-sygeplejerske som bl.a. koordinerede disse møder, bistod de andre sygeplejersker og var involveret i ansættelse af nye. Sygeplejerskerne havde altså en finger med i spillet med at definere håndteringen af nogle opgaver og det var mit indtryk, at sygeplejerskerne fik lov til at definere nogle opgaver temmelig selvstændigt.

Men om end andet var det fortsat tydeligt, at sygeplejerskernes selvstændighed i høj grad udsprang af den kontinuerlige adgang til læge inddragelse og læringsprocesser, som sikrede den fornødne selvtilid, kompetence og opgavesortering. Det var min oplevelse, at sygeplejerskernes høje selvstændighed i Sløjfen var en konsekvens af det tætte samarbejde med lægerne.

Dokumentstudiet vidner tilsvarende om, at sygeplejersker er glade for deres selvstændige arbejdsopgaver, men lægger stor vægt på adgangen til sparring, supervision og konkrete uddelegeringsinstruktioner omkring det rent kliniske. Det er derfor vanskeligt at betragte sygeplejerskernes arbejde isoleret fra lægernes. Alligevel er der aspekter af deres arbejde, som er mere uafhængige af lægernes involvering end andet. For eksempel bliver der ikke nævnt i litteraturen, at sygeplejersker har vanskeligheder med at levere udenoms kvalitet eller har brug for direkte support fra lægerne i disse henseender. Derudover som det fremgik af tabel 7, involverer op imod halvdelen af sygeplejerskernes opgaver blodprøver, blodtryk, injektion/vaccinationer og BMI mål, opgaver som sygeplejerskerne er specialister i. Lægerne i KOS-analysen angiver netop disse opgaver som helt eller delvis uddelegeret. Det er opgaver, som man kan sige, uden at fornærme lægerne, ikke kræver en lang speciallægeuddannelse; det væsentlige er handelaget og den udenoms kvalitet, der ledsager udførelsen: Fx forklare hvad piger på p-piller skal være opmærksomme på, imens den årlige blodtryk- og vægtkontrol foretages eller berolige de 4 årige børn, der skal have deres MFR 2 vaccination. Tilsvarende kan siges om fx kontrol og vejledning af astma-, blodfortyndende- og insulinbehandling og vejledning indenfor kost, motion, rygning og usikker sex, som så godt som alle sygeplejersker beskæftiger sig med. Her skal en kombination af faglighed, systematik og udenoms kvalitet til.

Der er altså en lang række opgaver som sygeplejerskerne for alvor har budt ind på og overtaget helt eller delvist. Hvis sygeplejerskerne skal tilskrives decideret jurisdiktion, er det omtrent inden for disse. En konsekvens af sygeplejerskernes subordinerede status er dog, at de ikke lader til at opnå fuld jurisdiktion; deres arbejde vurderes fortsat i henhold til lægernes standarder. Det er lægerne, der kontrollerer adgangen til opgaverne, det er lægerne der har den offentlige definitionsret og sygeplejerskerne kan kun i meget lav grad pålægge lægerne at tage udgangspunkt i deres definitioner. Men alligevel – trods sygeplejerskernes begrænsede kontrol over opgaverne og at lægerne har den endelige magt – har lægerne altså mistet *noget* af deres jurisdiktion i og med, at nogle specifikke opgaver i langt mindre grad lander på deres bord. En jurisdiktionel udfordring hvis karakter jeg senere vil komme ind på.

Abbott betoner med jurisdiktions begrebet, at professioner ikke udvikles logisk lineært, så fokus skal være på, hvordan disse er *"growing, splitting, joining, adapting or dying"* (1988:xiii). Professioner er processer og ikke objekter, hvorfor sygeplejerskernes indtog skal ses som en systemisk forstyrrelse, der både *er* og *bringer* forandring med sig (Muzio et al. 2013:714; Gorman & Sandefur 2011:291).

Professionelle opgaver

Det der afgør om en profession får jurisdiktion, er, at de i en vis udstrækning kan tage hånd om givne problemer og opgaver. Kan sygeplejerskerne udføre de opgaver, der er uddelegeret til dem og hvad afgør hvilke opgaver de får?

Abbott finder, at professioner får og opretholder kontrol over et opgaveområde på to måder: Enten ved at beherske bestemte 1) teknikker, der direkte kan løse disse opgaver eller ved at beherske et 2) system af abstrakt viden, hvoraf løsninger til opgaverne kan udledes (Abbott 1988:8). Professioner praktiserer altid en del af begge metoder, men et veludviklet system af abstraktioner fremfor teknikker har en særlig fordel i kampen om jurisdiktion: *"Only a knowledge system governed by abstractions can redefine its problems and tasks, defend them from interlopers, and seize new problems (...) these are the ultimate currency of competition between professions"* (Abbott 1988:9).

Mange af sygeplejerskernes opgaver løses primært ud fra teknikker, fx blodprøvetagning, sårpleje, EKG, blodtryk, injektioner m.v. Men mere vigtigt er, at teknikkerne suppleres af udenoms kvaliteten, som i høj grad udspringer af en mere abstrakt forståelse af sundhed, mennesket og egenomsorg. Andre opgaver, fx livsstilssamtaler, diabetes instruktioner, misbrugssamtaler, visitationer, journalføring m.v., er mere rendyrket abstrakt og har en langt mere flydende opgavegrænse i forhold til nogle af lægernes opgaver. For eksempel i tabel 10, er det særligt abstrakte opgaver, som sygeplejerskerne angiver overfor Dansk Sygeplejeråd som havende uddelegeringspotentiale (fx Forebyggende og livsstilssamtaler, Undervisning og vejledning indenfor kost, motion, rygning og usikker sex m.v.). I henhold til Abbotts teori ville sygeplejerskerne have været en mindre (eller mere kontrollabel) trussel mod lægernes jurisdiktion, hvis ikke de havde dette videns system og blot holdte sig til konkrete teknikker.

Grunden til, at det er abstraktion der kan *"seize new problems"*, er, at opgaver der udføres i almen praksis består af objektive og subjektive kvaliteter. De objektive kvaliteter er givet ved naturbundne eller tekniske imperativer, mens de subjektive kvaliteter reflekterer kulturelle strømninger fra fortiden mod fremtiden. Afstanden mellem én opgaves objektive og subjektive kvaliteter er abstraktionshøjden, som professioner via deres videns system byder ind på. Interprofessionel konkurrence orienteres mod problemets subjektive kvaliteter, da dets objektive modstår rekonstruktion. Argumentet går, at sygesygeplejersker for eksempel har kunnet overtage blodprøvetagning, fordi sygeplejerskernes uddannelses (videns system) gør dem i stand til at forstå opgavens elementer (abstraktionshøjde) og udføre det *bedre* og *mere meningsfuldt* (dvs. mere objektivnært; uden at involvere unødige abstraktioner). Er det virkelig nødvendigt, at kende X antal blodsygdomme, for at tage en blodprøve eller er det nok at kende til teknikken, patientrelationen og blodkarenes natur? Tilsvarende er det et faktum at rygning og astma er en dårlig kombination, men der findes ingen naturlov for, om det er bedst at en sygeplejerske eller en læge adresserer problematikken

overfor patienten – hvem der får opgaven, afhænger af flere ting, men en forudsætning er, at abstraktionshøjden kan mødes af den pågældendes videns system. Der findes altså intet 1:1 forhold mellem problemers objektive og subjektive kvaliteter, men afgøres af tradition og hvilke abstraktioner der sættes i spil (Abbott 1988:36-39).

"Through this reshaping of objective facts by subjective means there emerges a fully defined task, irreducibly mixing the real and the constructed" (Abbott 1988:57)

Jo større abstraktionshøjde desto mere 'energi' kræver det at vinde/opretholde kontrol med en opgave. Denne energi afhænger af den rekonstruerende professions videns systems autoritet og om de i sidste ende kan vise sig effektive i praksis (Abbott 1988:40).

Opgavefordelingen mellem sygeplejersker og læger fordeler sig efter abstraktionshøjde: Sygeplejerskernes opgaver har generelt en lavere abstraktionshøjde end lægernes. Sygeplejerskerne varetager dem, dels fordi lægernes yderligere abstraktioner er unødige, men også dels fordi det i nogle tilfælde kan argumenteres, at sygeplejerskernes abstraktioner simpelthen virker tættere på nogle af opgavernes objektive kvaliteter. Det følger, at der er opgaver, hvor det er mindre vigtigt med en biomedicinsk baggrund og at sygepleje i højere grad henvender sig til en patients anliggende. Der er indikationer for dette i litteraturen, for eksempel lader det til, at sygeplejerskers faglighed harmonerer rigtig godt med strukturerede kronikerforløb, hvor de bl.a. roses for systematik og en udvidet udenoms kvalitet relativt til lægerne. Dette ligger i forlængelse af, at der er en opfattelse blandt både læger og sygeplejersker, at patienter drøfter forskellige problemstillinger og på en anden måde hos sygeplejersken end hos lægen.

Et konkret eksempel på denne arbejdsrelation, oplevede jeg den sidste dag hos Sløjfen: En kronisk smertepatient, som fik flere forskellige smertestillende præparater, kom fast til konsultation hos en sygeplejerske. Når lægen så patienten, konfronterede han patienten med, at hans primære problemer var psykiske fremfor fysiske, hvilket patienten modsatte sig. Lægen vurderede, at samarbejdet med patienten bedst foregik med sygeplejersken som primærkontakt. Patienten kom ved sygeplejersken med jævne mellemrum, hvor hun talte, lyttede, støttede og rådgav patienten om "*sunde livsstilsvalg*". Ifølge sygeplejersken var der en god og tillidsfuld relation, som var psykiskstøttende og fremmende for patienten. Lægen var både direkte og indirekte med på sidelinjen og kom særligt på banen ved strengt lægefaglige anliggender. Det var bedre for patienten og lægen undgik mange, lange konsultationer, hvor det biomedicinske alligevel ikke kom til sin ret.

Dette kan tolkes som om, der ikke var en fuldstændig *match* mellem denne patients anliggendes objektive kvaliteter og lægens subjektive kvaliteter. Der var heller ikke nødvendigvis et match med sygeplejerskens subjektive kvaliteter, men det var tydeligt, at patienten oplevede disse mere objektivnære og fremmende for problemet på nogle punkter. Lægen var med ved medicinvalg og vurdering af konkrete smerter, så der var reelt tale om et samarbejde. Men det er et eksempel på, hvordan sygeplejersker løbende overtager flere opgaver ved at demonstrere, at deres subjektive kvaliteter relaterer sig godt til nogle patienters anliggender. Dette er samtidig hvad der giver sygeplejefprofessionens abstraktioner energi/autoritet, som igen åbner op for overtagelse af andre opgaver, som ligger inden for videns systemets abstraktionshøjde.

Som vi ved fra undersøgelser (E.B. 2010:45; Johannesen 2011:26), værner både læger og patienter sig rent faktisk til, at sygeplejersker udfører bestemte opgaver og er tilfredse med udførelsen – dette er Abbotts omtalte 'energi' i en nøddeskal. Det er et opgør med de såkaldte kulturelle strømninger fra fortiden mod fremtiden, hvor vi som samfund har værnet os til, at læger håndterer bestemte opgaver. Hvad der sker er en rekonstruktion af givne objektive kvaliteters relation til subjektive kvaliteter, hvor nogle opgaver ikke blot per automatik forbindes med læger, men nu også med sygeplejersker. Dette har resulteret i, at hvad der opfattes og defineres som henholdsvis læge- og sygeplejeopgaver både af praktiserende læger og patientpopulationen har rykket sig meget indenfor de sidste 10 år i almen praksis (Kjellberg & Buch 2010a:49; E.B. 2010:18-23).

Dokumentstudiet viser, at opgaver der udføres primært med teknikker, var de første der blev overtaget af sygeplejersker, da disse var forholdsvis ukomplicerede for sygeplejerskerne at byde ind på, mens opgaver af tiltagende abstrakt karakter løbende er kommet til. Praksiskommissionens påpegning af, at sygeplejersker fremover med fordel kan bruges mere målrettet i visitationen, er et tydeligt eksempel på, at sygeplejerskernes opgavers abstraktionshøjde øges. Livsstilsamtaler og lignende er abstrakte opgaver, men hvor afstanden mellem abstraktion og de objektive kvaliteter alligevel er relativ lav sammenlignet med de 'hardcore biomedicinske'. Rygere bør stoppe med at ryge, hvilket fordrer en rygestop-proces, som er relativ forudsigelig, men alligevel person afhængig. De egentlige udfordringer ved disse typer opgaver er snarere af kommunikativ og pædagogisk karakter og relaterer sig til udenoms kvalitet. Ved denne type opgaver er det ikke lægernes meget store specialviden inden for biomedicin, sygeplejerskerne primært skal substituere, men deres evne til udenoms kvalitet – hvilket de har vist sig gode til.

Ifølge Abbott, er det karakteristisk for opgaver imellem, at der er en særlig form for konnektivitet, hvor nogle opgaver opfattes som beslægtede grundet objektive kvaliteter, mens andre fremstår beslægtet pga. institutionaliseret kulturel subjektivitet. Det er afgørende for jurisdiktionel succes, at professioner enten tager afsæt i eller får etableret en klar konnektivitet mellem de opgaver de gør krav på. En profession har indflydelse på konnektiviteten, men er samtidig påvirket af eksterne faktorer såsom befolkningens aktuelle ontologi og det øvrige professionssystem. Et eksempel er slægtskabet mellem psykiske og somatiske lidelser, der løbende har varieret i konnektivitet på grund af videns- og samfundsudviklinger (Abbott 1988:108f, 281ff).

Helt banalt, vil uddelegering af én type opgave til en sygeplejerske føre til spørgsmålet: *Jamen hvis dén opgave kan uddelegeres succesfuldt, hvad så med dén og dén, for de minder jo om hinanden.* Dette er udtryk for det Abbott benævner som 'energi'; at en rekonstruktionsproces af opgaver kan skabe en form for snebold-effekt, som følger et spor af konnektivitet. Betragtes det korte historiske oprids tidligere i specialet ses et relativt sammenhængende spor fra 1985, hvor Kirsten Stallknechts fremhævede konsultationssygeplejerskernes rolle i forebyggelsen af folkesygdomme, til i dag, hvor de strukturerede kronikerforløb i store dele af almen praksis står og falder på sygeplejerskernes tilstedeværelse (Se bl.a. Kjellberg & Buch 2010a). Den beskrevne rekonstruktion af relationen mellem objektive og subjektive kvaliteter foregår ikke temporalt og fra patient til patient, men er en længerevarende proces, som løbende bygger ovenpå en allerede etableret konnektivitet.

Opgave konnektiviteten sætter sig igennem, når der lokalt skal afgøres hvilke opgaver, der skal uddelegeres til sygeplejersker, men også i lige så høj grad overfor patienternes forventninger. Jeg overværede nogle få konsultationer med patienter, der var overraskede eller endda skuffede over, at det var en sygeplejerske og ikke en læge, der skulle behandle dem. Sygeplejersken forklarede rutineret, hvorfor patientens anliggende fint kunne håndteres af en sygeplejerske. I det ene tilfælde det ikke blev godtaget af en ældre herre, blev lægen hentet ind og han forklarede patienten bevæggrundene bag uddelegeringen. Dette var situationer – som jeg også genfinder i andre undersøgelser – hvor konnektiviteten bliver sat i spil og bearbejdet. Den ændres ikke over nat og den står over for en kulturel rigiditet. Bare fordi der er logisk-rationelle argumenter, betyder det ikke, at patienten nødvendigvis er enig, forstår eller er tryk. Der er dog en tendens til, at skeptiske patienter (og læger) der ret faktisk oplever sygeplejerskernes håndtering af bestemte typer af opgaver, ændrer deres opfattelse af konnektivitet; det vil sige, at de begynder at finde det meningsfuldt, at det er en sygeplejerske der udfører de opgaver. Det oplevede jeg i Sløjfen og andre undersøgelser melder om tilsvarende (E.B. 2010:45; Johannesen 2011:26; Kjellberg & Buch 2010a:54).

I henhold til Abbott er stigning i opgaver og videns vækst ofte en afgørende 'game-changer' (1988:179). Succesfulde professioner der indoptager store mængder nye opgaver bliver typisk ofre for egen succes (dvs. at de må afgive nogle opgaver). Der er i disse tilfælde både tale om en opgave vækst og en videns vækst (abstraktioner om flere opgaver skal integreres og favnes). Risikoen er dels en intern splittelse fordi folk specialiserer sig og dels en åben flanke til konkurrerende professioner, der kan tilbyde mere "objektivræ" tilgange, da abstraktionshøjden øges pga. videns vækst (Abbott 1988:88). Desuden fører vækst tit til systematisering af professionel viden. Systematiseret viden kan komme til kort ved komplekse problemer, der ikke let lader sig klassificere i snævre kasser uden at kompromittere ens stringente videns system. Desto større vækst desto sværere har den succesfulde profession ved at holde fast på opgaver i bunden og svær kategoriserbare opgaver i periferien af jurisdiktionen (Abbott 1988:110f).

De mange nye opgaver til almen praksis er udtryk for en opgave og videns vækst. For eksempel almen praksis' nye position i sundhedsvæsenet, hvor kun de allermest specialiserede behandlinger skal foregå på supersygehusene. De praktiserende læger vil møde flere forskellige anliggender og skal behandle flere. Dette forstærkes af de generelle sundheds og medicinske fremskridt, som øger levealderen og antallet af kronikere. Det er med andre ord ikke blevet lettere at være praktiserende læge. Opgaveekspansionen har langt fra kun bragt udfordrende biomedicinske opgaver med sig. Ambulante opgaver, opfølgninger, kontroller, livssamtaler, dokumentation og så videre er der blevet væsentlig flere af – opgaver Abbott kalder 'residuale opgaver', da professionens videns system ikke kommer til sin ret. Flere af disse er planlagte og ambulante opgaver, som udfordrer de praktiserende lægers klassiske speciale, som traditionelt set har været de uvisterede patienter. Lægerne er/har været nød til at redefinere deres tilgang, så både visiterede og uvisiterede, avancerede og simple opgaver favnes. Svigtende trivsel og udbrændthed kan i denne henseende ses som en indikation på, at det opleves som svært for lægerne at integrere alle opgaverne. Uddelegering er i flere undersøgelser blevet fremhævet som kærkommen af lægerne i denne henseende. De fleste læger, og særlig den yngre generation, prioriterer faglig udfordring og finder det befriende at nogle af residual opgaverne uddelegeres, så de kan fokusere på det, de selv betegner som "læge-arbejde". Et eksempel er livsstilsamtaler, som i tiltagende grad uddelegeres til sygeplejersker og

gentagende gange fremhæves som uddelegeringspotentiale. Det kan derfor, i henhold til Abbotts teori, tolkes som om, at fx rygestopsamtaler sammenlignet med andre mere strengt biomedicinske opgaver, i mindre grad lader sig konformere til lægernes formelle kategoriseringer, hvorfor kontrol over disse opgaver prioriteres en smule mindre af lægerne. Dette er vand på sygeplejerskernes mølle, da en rekonstruktion af givne opgaver vil møde mindre forsvar/modstand fra lægerne. Læst i dette perspektiv har opgave væksten svækket lægernes kontrol over opgaver i bunden af deres jurisdiktion og understøttet sygeplejerskernes indtog.

Det var min oplevelse, at flere af elementerne i Lægerne Sløjfens koncept var rettet imod at skærme lægerne for så mange residual opgaver som muligt og koncentrere deres indsats om kerneopgaver. Mest tydeligt var deres sygeplejerske-ledte konsultationer, hvor sygeplejersken enten selvstændigt gennemførte behandlinger eller forberedte patienten forud for lægen og afrundede patienten efterfølgende. Der blev lagt meget stor vægt på læringsprocesser, som skulle sikre, at lægen blev inddraget, når det var nødvendigt. De dage jeg fulgte med lægerne rundt ved både direkte og indirekte lægeinddragelse, oplevede jeg, hvordan deres arbejde var meget koncentreret om det lægefaglige og de brugte kun meget kort tid på residual opgaver. Lægerne fremhævede gang på gang, at det var tilfredsstillende at samarbejde med sygeplejerskerne om arbejdsbyrden og at det bidrog til arbejdsglæden.

Ifølge Abbott – både sygeplejersker og læger – er det deres respektive videns-system, der er udgangspunktet for deres professionelle arbejde. Håndtering af en opgave er kendetegnet ved en 1) klassificering af et problem, 2) ræsonnere over det og 3) at skride til handling overfor problemet – i kort form: diagnosticere, udlede og behandle (Abbott 1988:40).

Ved at overvære nær 90 konsultationer, er det blevet meget tydeligt for mig, at Abbotts karakteristik af det professionelle arbejde afspejler sygeplejerskernes tilgang til opgaverne i lægeklinikken Sløjfen. Der var en høj grad af afsøgning efter indikationer, som kunne føre til en klassificering. Sygeplejerskerne lyttede aktivt til patientens sygehistorie og vejledt af abstrakt viden spurgte de ind til emner der kunne kvalificere deres ræsonnement over anliggendet. Dette dannede grobund for, at sygeplejersken kunne skride til handling over for patientens problem, som enten indebar en direkte behandling fra sygeplejerskens hånd eller inddragelse af lægen. I henhold til Abbotts teori kan læge-inddragelse betragtes som en behandling ækvivalent til andre behandlinger, dvs. at ud fra sygeplejerskens klassificering og ræsonnement over patientens anliggende, udledes en behandling, der indebærer læge inddragelse. Det antages altså, at sygeplejersken kan skride til handlinger ved samtlige anliggender, hvilket inkluderer at genkende de problemer, som ligger udenfor deres kompetenceramme. På tilsvarende vis antager praktiserende læger, at de kan genkende anliggender udenfor deres kompetenceramme og som kræver inddragelse af sekundærsektoren.

Det er mit indtryk, at det er mere kategorisk gældende for sygeplejerskerne ved Sløjfen, at de skal genkende anliggender uden for deres kompetence, end de fleste andre sygeplejersker i almen praksis, fordi de modtager helt uvisiterede patienter via den akutte kø. Dog som vi ved fra andre undersøgelser (Poulsen 2009:333; E.B. 2010:33-34; Flensted 2010:25), oplever sygeplejersker i mere *gennemsnitlige klinikker* også

at få patienter ind til deres selvstændige konsultationer, hvis anliggende ikke kan behandles uden en læges inddragelse og skal genkendes som dette af sygeplejerskerne.

Denne proces kalder Abbott også kolligering, som er at indsamle brudstykker, som tilsammen kan give et billede af det pågældende problem. Denne proces baserer sig på abstraktioner og regler for hvilke former for information, der er relevant og validt. Klassificering sker ved at relatere det kolligerede billede til en samling af formel strukturerede arketyperiske problemer. Dette er et klassificeringssystem, som er professionens interne kortlægning af juridiktionen og grundlaget for ræsonnement og valg af behandling. Kolligering er orienteret mod problemets objektive kvaliteter, men er struktureret af de subjektive kvaliteter, hvilket gør denne proces variabel. Som Abbott skriver, findes der flere plausible kolligeringer og klassificeringer, men at den professionelles kunst er at finde den *rigtige* jævnføre den pågældendes professions videns-system (Abbott 1988:41-42). Dette er ikke altid let i almen praksis, hvorfor et eksklusions kriterium indlejres i processen på grund af feltets ekstraordinære abstraktions kompleksitet og epistemologiske vanskeligheder. Et givet sæt af symptomer korrelerer ofte med flere klassificeringer. Abbott påpeger derfor, at sundhedsprofessionelle anvender *diagnosticerende behandling*, som ofte er bredtfavnende behandlinger eller behandlinger valgt probabilistisk. Disses udfald, både positive og negative, bidrager til kolligeringen og indsnævrer klassificeringsmulighederne.

Abbott påpeger, at en for lav grad af abstraktion mellem kolligering, klassificering og behandling (sammenhængen er for let at udlede) undertiden vil føre til krav om uddelegering, stats intervention eller juridisk udfordring. Heraf følger, at specialiseret abstrakt arbejde er lettere at sikre juridisk over end simpelt arbejde (Abbott 1988:46-51). I henhold til Abbott kan simpelt arbejde dog forsvares med to argumenter, "*that such routine cases may be indistinguishable from less routine ones*" (Abbott 1988:51) eller med "*the gradient argument*", som byder, at de som har juridisk over alvorlige versioner af et problem også bør have det over mildere versioner, for at forebygge de alvorlige (Abbott 1988:101).

Både lægerne og sygeplejerskernes kolligering er kontingent af deres respektive videns system, og om de skrider til handling på en adækvat måde afhænger af den viden de har til rådighed. En logik der følger commonsense. Sygeplejersker betragtes som mindre vidende end læger, hvoraf den sporadiske skepsis mod at blive behandlet eller visiteret af en sygeplejerske kan tænkes at komme af. Det store spørgsmål er imidlertid, hvor gode sygeplejerskerne (og lægerne) er til at klassificere anliggender, der kræver (special)læge-inddragelse eller sagt med andre ord, hvor gode de er til at opfange, at en patient fejler noget, de ikke selv er kvalificerede til at behandle egenhændigt.

Ved Lægerne Sløjfen blev der i samtaler med personalet gentagende gange fremhævet, at det var sygeplejerskernes tætte relation til lægerne, igennem supervision, læringsprocesser, dialog og lignende, der sikrede deres evne til at inddrage lægen på de rigtige tidspunkter. Hertil er det vigtigt at have in mente, at selvom det uvisiterede og forskelligartede er almen praksis speciale, forekommer der mange relativ forudsigelige og rutinebetonede konsultationer. Som en af lægerne fra Sløjfen sagde til mig, "*det er jo ikke kun sjældne fugle*". Sygeplejerskernes opgaver er alle disse almindelige anliggender, som de ser og håndterer rigtig mange gange. På samme måde som Dorte Gannik fremhæver lægefaget som

erfaringsbaseret (2004:40f), opbygger sygeplejerskerne ligeledes en væsentlig erfaring og viden om disse mere almindelige anliggender. De bliver tilmed superviseret af læger og guidet af kliniske vejledninger, som kan bidrage med viden, der er mindre erfaringsbart. Sygeplejersker besidder derfor en væsentlig ekspertise indenfor deres opgaver, som alt sammen kvalificerer kolligeringen og klassificeringen af anliggenderne. Ved for eksempel en vaccinationsinjektion følger kolligering og behandling et rigid flowchart, hvor en række definerede punkter gennemløbes. Ved kronikere sker en fortløbende gen-kolligering som guides af standardiserede modeller. Flere anliggenders symptomer er så generelle, at mere eller mindre ensartede diagnosticerende behandlinger er første valg. Patienter der klager over et betændt sår eller almindeligt udslæt behandles relativt ensformigt, før eksotiske infektioner eller hudsygdomme tages i betragtning. Der findes en lang række opgaver i almen praksis, hvor det er relativt simpelt at udlede hvilke handlinger der skal følge hvilke symptomer. Dertil kommer, at blodprøver, blodtryk, EKG, urinprøver og lungefunktionstest er meget typiske kolligeringsredskaber og er quasi-obligatorisk ved en lang række kontaktårsager. Kolligeringsopgaver udgør majoriteten af sygeplejerskernes opgaver, fordi kolligering og simple behandlinger kan adskilles fra den lægefaglige vurdering, i to til tre separate arbejdsgange, og er derfor en oplagt niche for uddelegering.

I lyset af Abbotts teori er det tvivlsomt, at lægerne kunne få lov til at udføre alle opgaverne i almen praksis – inklusiv de simpleste opgaver – under de eksisterende vilkår, taget i betragtning, at der er kommet så mange flere af disse simple opgaver. En smule tendentiøst kunne lægekonflikten tolkes som en reminder om, at læger skal bruge deres tid på reel lægearbejde.

Arenaer for jurisdiktionelle kampe

Der er i henhold til Abbott tre steder som professioner hævder eller gør krav på juridiktion: 1) Retssystemet, som kan tildele formel kontrol over et opgaveområde, 2) den offentlige sfære, hvor professionernes image skabes, samt 3) arbejdspladsen hvor konkret arbejde udføres og koordineres (Abbott 1988:60). Retssystemet og den offentlige sfære er på sin vis bundet sammen via demokratiet. Abbott påpeger, at *"claims made in the workplace blur and distort the official lines of legally and publicly established jurisdictions"* (Abbott 1988:60).

Uden det systematisk er undersøgt i mit dokumentstudie, finder jeg, at lægerne sidder tungt på den offentlige jurisdiktion og fremstår nærmest som den totale danske almen praksis udadtil. Adskillige institutionelle og akademiske aktører (fx KORA, OECD, Dansk Sygeplejeråd m.fl.) forsøger via argumentation at legitimere sygeplejersker i almen praksis, men det er uvist hvor bredt budskaberne kommer ud. De overenskomster der åbnede op for sygeplejerskernes selvstændige konsultationer under lægeansvar, er en betydningsfuld forskydning i den retslige jurisdiktion, men efterlader fortsat lægerne med den totale retslige magt. Jeg finder, at det er i de konkrete arbejdsgange i klinikkerne udviklingen i almen praksis for alvor sætter sig igennem.

Ifølge teorien, vil et offentligt og retsligt krav om jurisdiktion grundlæggende være en påstand om, at en professions håndtering af et givent opgaveområde er mere "objektivt" eller "mindre subjektiv" end konkurrerende professioners tilgang til opgaverne. Det vil sige, at diagnose, ræsonnement og behandling af

et givet problem lægger sig tæt op af problemets objektive kvaliteter uden hverken for meget eller for lidt abstraktion. I denne relation, er den vigtigste mekanisme i den offentlige jurisdiktion, at befolkningen finder resonans og sympati for dele af en professions abstraktioner og terminologi (Abbott 1988:60).

Sygeplejersker vinder ofte forståelse for uddelegering nedefra og op; ved at forklare skeptiske patienter bevæggrundene og ikke mindst ved at demonstrere deres duelighed. De fleste af de patienter som tilses af behandlerteams udviser tilfredshed og udtrykker sympati for, at det nok er mere adækvat med en sygeplejerske fremfor en læge ved specifikke opgaver. Når det kommer til stykket, har det ikke været offentlige krav for jurisdiktion, der har været afgørende for sygeplejerskernes overtagelse af bestemte opgaver. De har ikke været på charmeoffensiv i medierne, til konferencer eller på uddannelsesinstitutioner for at overbevise folk om, at de er mere berettigede opgaveløsere end lægerne. Det der i højere grad har været afgørende, er at sygeplejerskerne i praksis har demonstreret deres berettigelse i konkrete arbejds-sammenhænge; når de blev hentet ind af lægerne på grund af opgave overlast. Den efterfølgende teoribid af Abbott er derfor mest relevant i forhold til at forstå, hvordan lægernes jurisdiktion opretholdes og hvordan dette er styrende for sygeplejerskernes muligheder. For selvom sygeplejerskernes opgaver ikke er "vundet" i den offentlige jurisdiktion, skal de fortsat legitimeres heri.

Påstande fremført i den offentlige sfære er hovmodige, positivistiske udsagn for professionens egen kompetence og videns-system. Dette bunder i en quasi-pragmatisme, hvor videnskabsteoretiske forbehold så vidt muligt efterlades i den akademiske kontekst og fokus rettes i stedet mod '*faktisk*' effektivitet og målbare resultater indenfor konkrete opgaver (Abbott 1988:62, 194). Der antages en idealtypisk opgave-verden med opgaveområder med tydelige grænser og indeholdende helt objektive opgaver. Der anstiftes et billede og en diskurs af professioner som værende en homogen masse af lige kvalificerede aktører. Hvor alle læger og alle advokater er identiske, og differentiering mellem specialisering, anciennitet og uddannelse er fraværende (Abbott 1988:61; Gorman & Sandefur 2011:286).

Succesfulde offentlige krav og det deraf afledte offentlige professions-image er sejlivet og idealistisk, og forandrer sig langsomt – ofte langt langsommere end professioners faktiske praksis og videns-system. Tilsvarende er retslig jurisdiktion kendetegnet ved dens distance, træghed og firkantede forskrifter, hvorfor den er blind for intern differentiering og praksisnære tiltag (Abbott 1988:61-63). Abbott fremhæver at trods faktummet, at læger og advokater i dag oftere end ikke arbejder i organiserede fællesskaber snarere end i selvstændige solo-praksisser, vedholdes dette sidstnævnt image af professionerne fortsat – både af professionen selv, befolkningen og systemet. "*This archaism [arkaisme på dansk] is self-consciously maintained, since it provides the older professions with a legitimating link to the romanticized past. Professions that lack this history cannot cultivate it*" (Abbott 1988:61, min fremhævning).

Blandt andet i referaterne fra de regionale visionsmøder afspejles almen praksis' forankring i ideen om den klassiske familielæge, som hyppigt blev anvendt som referencepunkt for debatterne. Dette skyldes naturligvis, at der er meget betydningsfulde kvaliteter og erfaringer ved familielæge konceptet, som af god grund fastholdes og videreføres. Abbotts teori giver imidlertid anledning til at mistænke, at referencepunktet til tider er unødigt idealiseret, hvilket kan give en blind plet for nylige, faktiske og nødvendige

udviklinger. Dette kan være problematisk, fordi der er noget immanent modstridende mellem familielæge idealet og fremvæksten af behandlerteam-konceptet. Sidst nævnte bryder med ideen om den totale kontinuitet mellem patient og familielæge. I de nævnte referater er ordet behandlerteams ikke nævnt en eneste gang. Familielæge idealet bifaldes imidlertid heller ikke entydigt. Ved møderne fremhæves en metafor, en såkaldt flotille hvor forskellige praksistyper tolereres, og der er enighed om at raske patienter og ikke-lægelige opgaver skal uddelegeres. I tillæg er der udtalt uenighed om, hvorvidt familielæge begrebet er forældet og skal udskiftes med 'din læge'. Bl.a. cirkulerede debatten om spørgsmålet, *"holder illusionen om egen læge, når patienten har den opfattelse, at de kommer til mange forskellige i virkeligheden?"* (VP 2014:17). Dette kan tolkes som, at nogle læger internt i lægeprofessionen mere eksplicit er begyndt at betragte familielæge idealet som en arkaisme, der dårligt afspejler praksis og som ikke nødvendigvis er et ideelt fundament at imødegå de aktuelle udfordringer på (flere opgaver, arbejdsvilkår m.v.). Enigheden om at større praksistyper og at uddelegering er nødvendig, indikerer i sig selv et mindre men bredere opgør med familielæge arkaismen.

Jeg har ikke direkte undersøgt den offentlige opfattelse af almen praksis og hvor udbredt tilslutningen til arkaismen er i befolkningen, men jeg tager lægernes opslutning om den som indikation på, at den lever i bedste velgående hos deres patienter. De tidligere omtalte skeptiske patienter, som jeg både mødte i Sløjfen og i litteraturen, havde meget eksplicit forventninger til at *"gå til lægen"* med oprindelse i familielæge arkaismen. Derudover finder to undersøgelser, at det kun er unge uddannede under 30 år der ikke fremhæver kontinuitet og et personligt forhold til lægen som centrale egenskaber ved almen praksis – sandsynligvis på grund af bedre helbred og uden en decideret medicinsk forhistorie (Nørøxe et al. 2014:6f; Hetlevik & Gjesdal 2012). Som Lars Foged beskriver, er der en tendens i Danmark til at tænke praktiserende læger i forlængelse af Matadors dr. Hansen eller andre skildringer af familielægen (Foged 2003). Det er en sejlivet ide, som potentielt har en blind vinkel for udviklingen både internt i lægestanden, hvor lægerne simpelthen ikke ønsker familielægens arbejdsbetingelser længere, og eksternt, hvor almen praksis' systemiske rolle i sundhedsvæsenet fordrer en anden mere bredtfavnende rolle end tidligere. Den nye fremvoksende organisering i behandlerteams risikerer derfor at fremstå offentligt som et politisk fravalg af familielægen, hvor skiftende strukturer, viden, adfærd og lignende faktorer falder i baggrunden. Arkaismen om familielægen bliver på en måde dén sygeplejerskerne konkurrerer med, med hensyn til at vinde indpas og legitimitet i almen praksis fremfor lægerne, der i en vis udstrækning selv er interesseret i at få implementeret sygeplejerskerne.

Abbotts argument følger, at professioner henter legitimitet ved at koble deres abstraktioner og arbejde med aktuelle samfundsværdier såsom rationalitet, logik, selvrealisering, effektivitet, retfærdighed, skønhed, succes, altruisme, frihed, nationalisme og lignende (Abbott 1988:104, 185f).

"American medicine, which has increasingly relied on the culture's male values of heroism and efficacy to legitimate its interventionist health care, has faced serious challenges from competitors justifying their own presence in the healthcare field with the female values of nurturance and forethought" (Abbott 1988:188).

Konkurrence mellem professioner sker ofte ved at referere og opnå resonans ved andre kulturelle værdier end den dominerende konkurrent (Abbott 1988:192).

Som nævnt ovenfor tilbyder sygeplejerskerne en tilgang, der er en anelse anderledes end lægernes, som både kan substituere og supplere lægerne. Det er bl.a. fra Praksiskommissionens side blevet påpeget, at mange af almen praksis' nye opgaver er af en anden karakter end tidligere (fx ambulante), og at disse i flere tilfælde henvender sig mere direkte til sygeplejerskernes faglighed. I tillæg til de nye typer af opgaver er der sket en ændring i måden hvorpå folk går til lægen og forholder sig til de budskaber de får. Relationen mellem patient og læge har forandret sig, hvor tidligere tiders paternalistiske relation er udskiftet af en mere personlig relation: gensidig forståelse og blik for det individuelle. Set under én hat, fordrer opgaverne i almen praksis i mindre grad rå videnskab og i højere grad 'udenoms kvalitet' og systematik, sammenlignet med tidligere. Dermed ikke sagt, at det biomedicinske ikke længere er det bærende element, men at det i mindre grad kan stå alene. Set i dette lys, henvender almen praksis sig i større udstrækning til nogle andre værdier end det rent biomedicinske; værdier som jeg andet steds, har forsøgt at indfange under fællesbetegnelsen 'udenoms kvalitet'. Sygeplejersker er som sagt gode til dette element og henter en betydelig del af deres legitimitet herfra.

Ved Sløjfen oplevede jeg, hvordan sygeplejerskerne i indledningsfasen mærkede patienten an og kom omkring patientens sygehistorie på en meget personcentreret facon. Lægen kunne herefter inddrages ved behov og kunne relativt hurtigt pejle sig ind på anliggendet ud fra sygeplejerske-læge dialogen. Lægens tid med patienten var fokuseret omkring den lægefaglige diagnose og behandling – naturligvis suppleret af udenoms kvalitet. Men på grund af sygeplejerskens forberedelse af patienten, kunne lægen fokusere mere entydigt på det lægefaglige og indtage en mere "paternalistisk" rolle end sygeplejersken. Efter lægens exit afrundende sygeplejersken, ved bl.a. at oversætte, omformulere, opsummere, perspektivere eller sætte lægens diagnose i mere direkte relation til patientens livsverden.

Sat på spidsen kan det siges, at dele af den stigende fordring på udvidet udenoms kvalitet (og residual opgaver) er blevet uddelegeret til sygeplejersker, resulterende i at lægen får lov til at være mere 'Læge med sort L'.

Ifølge Abbott nyder én værdi ekstra stor pondus generelt i samfundet, nemlig effektivitet. Det er det primære ankepunkt for udfordrende professioner, men i sundhedssektoren står det naturligvis aldrig alene. Effektivitet inddrages i en form for "*as efficient as necessary*", i kombination med videnskabelige og moralske værdisæt (Abbott 1988:194f; Muzio et al. 2013:700).

"Professions are forced to keep a weather eye to treatment costs. Professions can easily price themselves out of markets" (Abbott 1988:48).

Effektivitet og håndfaste resultater er et elementært grundvilkår i sundhedssektorens legitimitet, da dets grundlæggende og klassiske legitimerende værdi ikke er abstrakte og diffuse principper om lykke eller frihed, men "*absence of disease*". Et resultat hvis manifestation lægerne selv hævder, de direkte kan observere og fastslå. Dette skyldes ikke mindst, at professionen selv har defineret succeskriterierne og

begreberne herfor (Abbott 1988:185). Legitimering via effektivitet har en tydelig tendens til at blive afkrævet målbare outputs og resultater (Abbott 1988:145).

De danske praktiserende læger nyder en lukrativ liberal særstatus i sundhedsvæsenet, som begunstiger dem større slægtsskab med private erhvervsfolk end offentlige ansatte. En niche de netop har tilkæmpet sig med henvisning til klassiske liberalistiske argumenter om effektivitet og rentabilitet. Almen praksis' eksistensberettigelse, som vi kender det i dag, baserer sig på, at den er en billig og effektiv løsning på et vitalt samfundsbehov. Der er tale om to gensidige behov; lægerne vil have en god forretning, mens samfundet vil have dækning af givne sundhedsydelser. Mange af de nye opgaver almen praksis har fået i de seneste år, presser lægerne økonomisk (og ikke mindst mht. trivsel), ved bl.a. at være tidskrævende og uden en stringent biomedicinsk løsning. Selvom udenoms kvalitet altid har været en del af lægearbejdet, er denne del svulmet op, samtidig med at planlagte kontrolforløb og ambulante opgaver er tilgået i betragtelige kvantiteter. Helt banalt er der en tendens til, at hver enkelt læge kan håndtere færre patienter egenhændigt end tidligere (Kjellberg & Buch 2010b:428). Dette forløber parallelt med, at der modsat er en meget stærk fordring på, at almen praksis øger deres kapacitet og leverer flere sundhedsydelser pr. læge. Dokumentstudiet synliggør, at implementering af uddelegering til sygeplejersker delvist kan imødekomme udfordringen med kapaciteten, samtidig med, at den er rentabel for lægerne og har potentiale til at forbedre trivslen for lægerne. Effektivitet er derfor et meget væsentligt aspekt ved sygeplejerskernes indtog i almen praksis: Et debarn de har med lægerne.

Abbott finder en generel diskrepans mellem hvad magtfulde professioner fremfører offentligt/retslige og deres faktiske organisering af arbejdet: Blandt andet en stiltiende tilgang til intern differentiering, uddelegering og arbejdsdeling.

"The public fiction survives that only doctors can do certain kinds of things, when nurses and others are in fact doing them all over the professional world" (Abbott 1988:68).

Abbott forklarer denne kontrast med strategiske hensyn hos professionerne; at de har en egeninteresse i at vedligeholde det stiliserede image, som den offentlige og retslige jurisdiktion antager og agter. *"If the public knew the extent of workplace assimilation, it would profoundly suspect professionals' claims of comprehensive jurisdiction"* (Abbott 1988:66).

Selvom alle større aktører på området fremhæver sygeplejerskerne som en vigtig ressource aktuelt og fremadrettet, ser man meget sjældent praktiserende læger, Danske Regioner eller PLO gå offentlig ud og sige, at sygeplejerskerne er dem der får almen praksis til at hænge sammen eller i det mindste har en væsentlig aktie heri. Et aspekt min empiri desværre dårligt dokumenterer, men tages tavsheden herom i 2013-lægekonflikten og det opsummerende konsensus-dokument fra Visionsprocessen (VP 2015) i betragtning, finder jeg indikation herfor i dets fravær.

Abbott pointerer dog, at jurisdiktionelle forandringer har en tendens til at bevæge sig fra arbejdspladsen til den offentlige bevidsthed, for til sidst at slå rod i den retslige grundstruktur (Abbott 1988:139). Almen praksis har ikke fulgt denne sekvens stringent, fordi sygeplejerskers indtog tog sit afsæt i den retslige

struktur og ikke alene på arbejdspladsen. Dette skyldes at sundhedsvæsenet er effektivt reguleret og først med de nye overenskomster blev sygeplejerskerne for alvor lukket ind. Denne retslige åbning er dog sket i skyggen af det altstedsnærværende offentlige billede af "familielægen". Trods dette, er det min overbevisning at det er i de reelle arbejdsdelinger i klinikkerne rundt om i landet, at sygeplejerskernes reelle indtog skal identificeres og forstås. Tages Abbotts sekvens alvorligt, vil konkrete arbejdsdelinger om nødvendigt nå offentligheden på sigt. Fra flere kanter (fx Gannik 2004; Foged 2003), er der længe blevet varslet, at der er optræk til et reelt opgør med arkaismen om familielægen – et opgør bestemt ikke ført an af sygeplejerskerne alene, men også af lægerne selv og institutionelle aktører. Som sagt ser jeg sygeplejerskernes indtog som ét særlig manifest symptom på denne proces.

Intern differentiering og uddelegering

Abbott mener, at professioner er langt mindre homogene i deres konkrete arbejdsmiljøer, end de giver udtryk for, på grund af en meget stor variation i det professionelle arbejde nu til dags (Abbott 1988:82, 117; Muzio et al. 2013:708).

Særlig relevant for almen praksis, finder jeg en mekanisme som Abbott beskriver som 'professionel regression', der kommer af en intern prestige rangering. En professions elite individer – de der agtes højest blandt kollegaer – er dem der arbejder med så rendyrkede og komplicerede professionelle opgaver som muligt. Professionens elite individer har derfor en tendens til at søge mod eller skabe positioner, hvor der fokuseres på behandling af kritiske tilfælde, videns tunge problemer, akademiske bidrag eller rådgivende funktioner (Abbott 1988:118f, 237f). Frontlinjefunktioner, hvor klienter for alvor møder de professionelle, er ikke kendetegnet af denne rendyrkede faglighed, da "*professional knowledge must be compromised with client reality*" (Abbott 1988:118). Arbejdet er så at sige ufiltreret og indeholder ikke-professionelle, rutineprægede, residuale og lavpraktiske opgaver. Konsekvensen af professionel regression er en overrepræsentation af unge eller mindst kvalificerede individer i frontlinjefunktionerne.

"The frontline service that is both their fundamental task and their base for legitimacy becomes the province of low-status colleagues" (Abbott 1988:119).

Abbott argumenterer for, at det er de professionelle der arbejder direkte med klienter, offentligheden prioriterer og at de meget sjældent ser værdien i de tilbagetrukne elite-individer. En stor del af professionens offentlige jurisdiktion (image, legitimitet m.m.) vil af denne grund basere sig på professionens *bund* fremfor *top* (Abbott 1988:118f). Det er en mere eller mindre uundgåelig tendens, som bliver problematisk når den vertikale differentiering bliver for stor. Ved at søge mod fladere strukturer intern i professionen kan en større repræsentation af professionens faglighed opnås. Dette kan gøres ved at uddelegere opgaver fra "bunden" af ens jurisdiktion til subordonerede. Således vil frontlinjefunktionerne repræsentere professionen bedre, som i sidste ende vil forstærke jurisdiktionen.

Udviklingen taget i betragtning mener jeg, at praktiserende læger let kan risikere en tendens ala den Abbott beskriver med udtrykket professionel regression, hvis uddelegering til sygeplejersker modsættes lokalt. Som nævnt flere gange, omfatter mange af de nye opgaver i almen praksis simple procedurer,

tidskrævende konsultationer og ambulante opgaver med streng systematik og meget formidling, hvor det biomedicinske ikke for alvor kommer til sin ret. Danske praktiserende læger klager allerede over, at de let risikerer at bruge en masse unødigt tid på raske patienter, forklare almene sundhedsråd, kontrollere, anvende teknologi (EKG, blodtryk, blodprøver, urinstiks m.v.), sætte klistermærker på prøver, udføre administrative opgaver og skrive lange journaler. I forlængelse af Abbotts teori, kunne man let forestille sig, at der i en flerlæge klinik uden sygeplejersker ville være en intern differentiering, hvor fx den yngste læge får en større andel af lavprestige opgaver (blodprøver, kronikerkontroller m.v.) og modsat vil klinikkens erfarne læge(r) betjene de mere rendyrkede lægefaglige tilfælde. Som Abbott påpeger, er dette næsten uundgåeligt og vil forekomme i en vis udstrækning lige meget hvad. Pointen er, at den vertikale afstand mellem klinikkens læger vil være meget større uden sygeplejersker end med. Hvis ikke dette forekommer internt, men at alle opgaverne er retfærdigt fordelt mellem klinikkens læger, vil det forekomme på tværs af klinikker. Lægerne fra klinikkerne uden uddelegering og internt hierarki vil beskæftige sig med langt flere opgaver af lavprestige, residual eller lav-professionel karakter end deres kollegaer i klinikker, hvor uddelegering og hierarki praktiseres. Dette er den professionelle regression, hvor der vil være nogle praktiserende læger, der arbejder væsentlig mere rendyrket professionelt end andre læger – en risiko for en polarisering imellem 'elite lægerne' og 'lægerne på gulvet'. Hvorvidt dette er empirisk gældende er desværre ikke undersøgt i dette speciale, men er jævnført teorien den logiske konsekvens. I henhold til Abbott er risikoen, at det offentlige begreb "praktiserende læge" vil have en tendens til at afspejle 'lægerne på gulvet' og svække den overordnede kontrol over professionelle landvendinger og kerneopgaver, som "elite lægerne" udfører. Sagt på en anden måde vil professionel regression føre til, at professionen associeres i højere grad med simple opgaver, som gør det sværere at opnå legitimitet omkring mere abstrakte opgaver. Dertil vil det betyde en større sårbarhed overfor konkurrerende professioner, da simple sundhedsopgaver er lettere at udfordre end abstrakte. Ydermere vil en skæv deling af prestige mellem læger medføre, at yngre læger vil få en længere vertikal karrierestige; ikke fordi den er blevet højere, men fordi de skal starte længere nede på stigen. Tages den unge, ambitiøse generation af yngre læger i betragtning (ligesom flere fra den eksisterende generation), som prioriterer faglige fællesskaber og "lægearbejde", harmonerer udviklingen henimod professionel regression dårligt.

I dette perspektiv giver uddelegering af opgaver fra "bunden" god mening, da det kan modvirke professionel regression. Uddelegering til sygeplejersker bliver på denne måde en beskyttelse af professionen ved at reducere den vertikale afstand mellem læger og sikre at "praktiserende læger"-imaget rent faktisk afspejler de komplekse og komplicerede opgaver, som deres videns system beretter.

Abbott minder om, at der for enhver profession løbende sker en udvikling i viden og opgaver, som ændrer nogle opgavers status: Opgaver, der tidligere blev betragtet som ædelt professionelt arbejde, ender som rutine og lav-prestige residual opgaver. Abstraktionsniveauet stiger helt generelt i opgaveverdenen, hvorfor lægerne må følge med. Opgaver *bør* derfor nogle gange falde, så at sige, ud af bunden på professioner, så fokus kan rettes mod kerneopgaver og at nye landvindinger kan kultiveres (Abbott 1988:25, 127).

"Success confers the power to delegate, which further enhances success" (Abbott 1988:10).

I henhold til Abbott, er uddelegering af rutine opgaver til subordinerede en typisk strategi hos professioner med voksende jurisdiktion eller ved pludselig opsving i opgaver. De kan hverken betjene dem effektivt eller opretholde deres legitimitet uden uddelegering (Abbott 1988:25, 127).

"It is clear that several professions have nearly lost jurisdiction because sudden expansions in demand found them committed to standards that would not permit rapid expansion. (...) The only defense in such conditions is rapid and effective creation of subordinate groups to handle the business" (Abbott 1988:84). "An area of rapid change can be almost deliberately separated from the main body of professional activity, thereby leaving a much more constant, and more controllable, remainder" (Abbott 1988:182).

For mig er der ingen tvivl om, at det der for alvor lukkede sluserne op for sygeplejerskernes indtog var nødvendighed; opgaver væltede ind og lægerne måtte i stigende grad erkende, at de ikke kunne følge med og at de brugte uforholdsmæssigt meget tid på rutine, lav-prestige og ikke-lægelige opgaver. En tendens som ofte omtales som lægemangel, men som i virkeligheden er en overflod af opgaver. Praktiserende læger i Vestjylland og på Mors var de første til at skride til handling, men der var reelt set tale om et generelt problem. Igen er lægekonflikten et godt eksempel, hvor Danske Regioner bogstavelig talt truede med at fratage lægerne en del af deres autonomi, fordi de ønskede en organisation der var mere effektiv. Med andre ord var lægerne ved at miste jurisdiktion, fordi de som profession klamrede sig til et forældet familielæge ideal og havde derfor vanskeligheder ved at tilpasse sig situationen – en krise for professionen der formentlig ikke er afsluttet endnu. Sygeplejerskernes indtog kan ses som et af flere pragmatiske tiltag fra lægernes side, hvor de i opløbet har forsøgt at imødegå situationen. Om end et relativt udtalt tiltag, da det ikke eksplicit er blevet adresseret som et fælles strategisk satsningspunkt af DSAM eller PLO (se bl.a. VP 2015). Uddelegering er drevet lokalt og forekommer meget ujævnt på tværs af klinikker og landsdele. Det har været og fortsat er et kontroversielt tiltag, som sideløbende med udbredelsen af flerlægepraksis materialiserer opløsningen af familielægen som organiseringsform.

Lægerne Sløjfen er ingen undtagelse. Deres koncept er en reaktion på både et lokalt stigende lægebehov og den professionelle regression. Klinikken er beliggende i et social udsat område, som der fra kommunalt hold forsøges udviklet, hvilket betyder flere og ikke færre patienter med tiden. Derudover er nabo klinikker lukket, hvilket har overdraget store patientgrupper og stillet krav til kapaciteten hos Sløjfen. De ledende læger nævnte gentagne gange arbejdsglæde og faglig udfordring i forbindelse med konceptets struktur. De fandt det fagligt tilfredsstillende at de langt mere entydigt kunne fokusere på læge-arbejde. Jeg oplevede, at patienterne ved alle konsultationer med læge-inddragelse blev mødt af 'elite læger', hvor lægerne kunne få lov til at agere 'Læger med stort L'. Ved simple anliggender mødte patienterne sygeplejersker, som efter min vurdering fik tilsvarende anerkendelse, fordi de også håndterede opgaver, der svarede til deres faglighed.

Abbott mener, at velorganiseret uddelegering oftest er til stor fordel for den dominerende profession. Det har en positiv effekt på dennes økonomiske indtægt, den offentlige opfattelse af professionens effektivitet

og modvirker professionel regression ved at fokusere professionens energi på stabile kerneopgaver og landvendinger (Abbott 1988:72). Eksterne autoriteter er ofte stærkt medvirkende til at katalysere en subordinationsproces, da disse ofte prioriterer effektivitet og konkrete resultater stærkere end de professionelle (Abbott 1988:170). Jeg skal ikke kunne sige, om OECD, KORA og andre eksterne autoriteter direkte har katalyseret processen, men de har i hvert fald aktivt understøttet bevægelsen henimod behandlerteams. Senest har Danske Regioner og PLO efterspurgt folkevalgte politikeres involvering i de nært forestående overenskomstforhandlinger (DR 2015a). Dette kan i henhold til teorien tolkes som et erkendt behov for en ekstern katalysator, der kan transcendere den forblindende arkaisme og tradition på området.

Arbejdspladsassimilation

Et vigtigt aspekt, Abbotts teori synliggør, er at subordination ikke alene er en effekt af den dominerende professions strategiske initiativ og eksterne aktørers indblanding – som jeg indtil nu har prioriteret – men også slutresultatet af reelle kampe nedefra og op om residuale opgaver og jurisdiktion. I henhold til teorien er implementering af subordinerede sygeplejersker en immanent trussel (trods dets positive aspekter) mod lægernes konkrete jurisdiktion på arbejdspladsen (Abbott 1988:71-72). Det kræver en kompleks symbolsk orden og vedvarende indsats af ekskluderende og tvangsmæssige handlinger at opretholde dominans over subordinerede grupper (Antoft 2005:103).

"Jurisdiktionel battles between subordinates and superordinates are fought within the professionally dominated segments of worksites and within the professional organizations themselves. The distinction between this 'internal' jurisdictional conflict and the 'external' one assumed heretofore is subtle but important" (Abbott 1988:82, min fremhævnning).

For Abbott er subordinering ikke en stabil og neutral konfiguration, så selvom arbejdsdelingen udadtil iscenesættes som havende klart definerede grænser, sammenblandes opgaver i realiteten på arbejdspladserne - langt mere end professionerne selv vil stå ved. Både vertikalt og horisontalt flyder opgaverne i forskellig grad mellem professionerne. Praktiske og logistiske årsager ligger til grund for, at dominerende og subordineredes opgaver i praksis kommer til at overlappe, hvilket fører til vidensdeling mellem professionerne. For eksempel oplærer lægerne – bevidst eller ubevidst – sygeplejersker i visse tilgange, viden eller teknikker qua deres samarbejde. Abbott kalder dette '*arbejdsplads-assimilation*', hvor subordinerede "*learns on the job a craft version of a given professions' knowledge system*". Dette betyder ikke, at sygeplejerskerne slås i hartkorn med lægerne, men ifølge Abbott tilegner de sig viden og færdigheder via arbejdspladsassimilation, der i realiteten ligestiller deres faktiske evne til at diagnosticere, ræsonnere og behandle nogle specifikke opgaver (Abbott 1988:65-66).

"In the jurisdictional system of the workplace, it is the real output of an individual, not his credentialed or noncredentialed status, that matters. Since some professionals are much more talented than others, the best of the subordinates often excel the worst of the superordinates; certain individuals in closely related professions end up knowing far

more about a professions' actual work than do a fair number of its own practitioners" (Abbott 1988:66). *"The central argument against workplace assimilation holds that subordinates lack the theoretical education necessary to understand and use what they know by assimilation. This is often a fiction, since the theoretical education in the dominant profession is often irrelevant to practice. The practicing physician has no use whatever for his fading knowledge of biochemistry"* (Abbott 1988:68).

Abbott mener, at der eksisterer en meget udbredt fejltolkning, at alle sygeplejersker *per se* ved mindre end alle læger om alle sundhedsfaglige problemer, alene på baggrund af deres subordinære status fremfor deres faktiske meritter (Abbott 1988:72).

Resultatet af arbejdsplads-assimilation kan føre til, hvad Abbott kalder 'behandlings-substitution': Den subordonerede profession accepterer den dominerende professions diagnose og behandling, men kræver jurisdiktion med reference til effektivitet og egne særegne værdier (Abbott 1988:224). Dette betyder i praksis, at sygeplejersker løbende vil overtage flere af lægernes opgaver. Den dominerende professions magt kan forhale denne proces, men succes med konkrete opgaver rummer en særlig legitim magt, fordi den udspringer af den mest frie og reelle form for interprofessionel konkurrence (Abbott 1988:136-139; Antoft 2005:109).

Det er kendetegnende for både læger og sygeplejersker, at de beskriver den praktiske uddelegeringsproces som en dynamisk mesterlære, hvor de gensidigt involverer sig i processen. Det er tydeligt, at en given ejerlæge *'ikke bare lige'* implementerer sygeplejersker i sin klinik, men at det kræver en vedvarende investering i oplæring, ledelse, koordinering og supervision. Sygeplejerskernes sygeplejeuddannelse anses klart for at være forudsættende, men ikke tilstrækkelig i sig selv. Den enkelte læge er nødt til at dele noget af professionens viden og oplære sygeplejersken i at anvende denne viden. Det fremstår tydeligt, at selv erfarne sygeplejerskers selvstændige konsultationer favner så stor en opgavevariation, at de jævnligt konfronteres med opgaver der ligger uden for deres aktuelle kompetenceramme, hvorfor lægen løbende må konsulteres eller inddrages på forskellig vis. Arbejdsplads-assimilation er et uundgåeligt element i både sygeplejerskernes indførelse og i det fortløbende arbejde i almen praksis. Flere klinikker supplerer med mere formaliserede former for assimilation, fx faste møder, fælles udarbejdelse af vejledninger og kurser.

For eksempel i Sløjfen var det meget tydeligt for mig at observere, når jeg var med rundt i klinikken, at læringsaspektet blev prioriteret højt ved både formelle og uformelle sammenhænge. Den nære kontakt til lægerne var uden tvivl hjørnestenen i sygeplejerskernes faglige udvikling, hvor de gang på gang fik muligheden for selvstændigt at vurdere konkrete anliggender og ved tvivl få lægens vurdering og supervision af dette efterfølgende. Den indledende fase med patienten, var en selvstændig udforskning af både kendte og ukendte problematikker. Ved kendte anliggender fik sygeplejersken endnu en anledning til at sætte sin viden i relation til virkeligheden, mens sygeplejersken måtte ved ukendte anliggender reflektivt generalisere fra sin teoretiske baggrund og viden om lignende kendte tilfælde, for at forberede sig til sygeplejerske-læge dialogen og den triadiske relation. Selvom det ikke var og aldrig blev sygeplejerskens opgave at diagnosticere en given kompleks sygdom, foretog de altid en selvstændig men uofficiel og måske

uudtalt diagnose, som så blev bekræftet, korrigeret eller afvist af lægen. En proces der fangende beskrives af Kolb (2000) som erfaringsbaseret læring; igennem en dialektisk læringsproces giver abstrakte begreber subjektive erfaringer struktur. Læring opfattes her som en dialektisk proces, hvor feedback processer (viden, supervision, sparring m.v.) nuancerer umiddelbare sansede oplevelser, som gør den næste lignende oplevelse mindre umiddelbar (Kolb 2000:49-50, 55). Kort sagt raffinerer reelle observationer og erfaringer med patienter sygeplejerskernes forståelse, særligt når de akkompagneres af understøttende feedback fra lægerne eller ekspertsystemer (fx svar fra blodprøver).

Uddelegering af opgaver, minder altså ikke om en fjernstyret Tayloristisk uddelegeringsproces med isolerede rutineopgaver, men snarere en fortløbende, gensidig og professionel videns-udveksling. Denne arbejdsplads-assimilation, som helt tydeligt har været en central drivkraft i sygeplejerskernes indtog, ligner dem ikke med lægerne, men som jeg tidligere har argumenteret, er nogle af opgaverne i almen praksis af en sådan karakter, at sygeplejerskerne kan, eller i det mindste kan lære, at håndtere dem *mindst* lige så godt som lægerne. Dansk Sygeplejeråds medlemsundersøgelser giver en indikation på, hvordan denne arbejdsplads-assimilation forløber. De spørger direkte ind til, om sygeplejerskerne selv vurderer, at de over tid kan overtage flere af lægernes opgaver: Fra 2008 til 2012 er der godt nok færre der svarer ja, hvilket kan indikere, at vi nærmer os en form for mætning, men det er dog fortsat godt hver fjerde sygeplejerske der mener, at der er opgaver som kan overtages. Supplerende er der læger der vurderer, at der fortsat er potentiale for yderligere uddelegering. Blandt andet fremhæves børneundersøgelser, forebyggelseskonsultationer og hjemmebesøg som egnede opgaver for sygeplejersker (E.B. 2010:55; VP 2014:9; Praksiskommissionen 2008:50). Disse påpegede uddelegeringspotentialer indikerer, at arbejdsplads-assimilation sandsynligvis kan fortsætte. Dette forstærkes yderligere af den konsolideringsproces, hvor nye opgaver løbende integreres i sygeplejerskernes videns system og den offentlige bevidsthed. I relation til tidligere nævnte konnektivitet, ændres der i disse tider – både hos sygeplejersker, læger og patienter – opfattelse af, hvad der er sygeplejerske- og læge-arbejde. I takt med at det løbende bliver en selvfølge (legitimitet), at sygeplejersker udfører nogle bestemte opgaver, vil *hvad* der opfattes som uddelegeringspotentialer også rykke sig. Arbejdsplads-assimilation har derfor formentlig en selvforstærkende effekt.

Når Abbott betegner subordineredes nedefra og op konkurrence som "*subtle*", karakteriserer dette godt sygeplejerskernes indtog, da det på mange måder forgår i direkte samarbejde med lægerne og i overensstemmelse med lokale interesser. Det er uigennemskueligt hvilken effekt indtoget vil have for lægeprofessionen på den lange bane og om sygeplejerskerne på et tidspunkt vil udfordre lægernes jurisdiktion mere direkte. Den nylig oprettede konsultationssygeplejerske efteruddannelse i Kolding kan indikere en konsolidering og at sygeplejersker har en udvidet interesse og sult efter flere kliniske opgaver i praksis. Dette er dog fortsat i forlængelse af lægernes vilje, som ved visionsmøderne netop efterspurgte specifikke uddannelsesmuligheder for sygeplejersker (VP 2014). Moderorganisationen Dansk Sygeplejeråd har som erklæret ambition, at almen praksis er et af deres nye prioriteringsområder. Der er flere ting, der tyder på en tiltagende selvbevidsthed blandt sygeplejersker om, at de leverer et efterspurgt produkt og er med til at løfte en samfundsmæssig udfordring. Hos Lægerne Sløjfen blev der ikke lagt skjul på, at sygeplejerskerne bærer en stor del af æren for, at klinikken kan løfte dets populationsansvar, hvilket bl.a.

materialiserer sig i lønninger der overskrider overenskomsten. Det kunne hypotetisk tænkes, at de praktiserende læger på et tidspunkt blev konfronteret med, at de tager for meget af den offentlige ære for almen praksis' succes. Set i dette lys er sygeplejerskerne en reel trussel til lægernes dominans på opgaveområdet og man kan sagtens forestille sig en fremtid, hvor konsultationssygeplejersker påkræver sig offentlig jurisdiktion i forbindelse med konkrete kroniker- og livsstilsvejledningsopgaver.

Udstyr og vejledninger: Kommodificering

Udvikling af ny teknologi kan på kort tid skabe eller fjerne specifikke opgaver samt have skelsættende indvirkning på opgaveløsning (Abbott 1988:183). Det der kendetegner teknologisk udvikling er en kommodificering af professionel viden. Genstande og ekspertsystemer kommer derved til at udfordre professionelles jurisdiktion. Dette forudsætter et niveau af kunstig intelligens (diagnostiske algoritmer) som formår at absorbere professionel viden og i sidste ende diagnosticere og kunstigt ræsonnere over et givent problem. De kan ikke nødvendigvis autonomt løse opgaver, men drastisk omvælte den 'professionelle diagnose, ræsonnement og behandling'-proces (Abbott 1988:146, 182).

Et åbenlyst eksempel i almen praksis er blodprøver, som i kombination med diverse analysemaskiner kan kolligere og klassificere blodets indhold i forhold til nogle materialitetsværdier og dikotome kategorier. Blodprøvesystemet har ikke bemyndigelse til selvstændigt at udskrive behandling eller svar på baggrund af testresultater, men må fortolkes og ekspederes af enten sygeplejersker eller læger. Blodprøvesystemet overflødigdgør ikke lægerne, men det ændrer ved, hvad det kræver at håndtere bestemte opgaver. Gorman & Sandefur argumenterer ligeledes for, at problemspecifikke faglige guidelines på tilsvarende vis reducerer lægers eneret med bestemte opgaver (Gorman & Sandefur 2011:282).

Abbott understreger, at kommodificering i det store billede har styrket efterspørgslen på professionelt arbejde, men essensen ved kommodificering er i sidste instans at absorbere ekspertise og dermed arbejde fra professionelle. Kommodificering er en meget reel trussel, men kan tæmmes ved integration. Professioner med opgaveområder med kraftig forskning og teknologisk udvikling kan opnå en mere stabile jurisdiktion ved at gøre tekniske og objektivrære opgaver mindre konstituerende for deres profession – for eksempel via uddelegering (Abbott 1988:149, 183f; Gorman & Sandefur 2011).

Sundhedsfeltet er generelt et område der investeres kraftigt i og hvor flere aspekter af den professionelle viden lægerne før var ene om at besidde, nu er delvis absorberet i forskellige genstande og ekspertsystemer. Den lægefaglige viden medieres til sygeplejerskerne igennem redskaber, instrumenter, strukturerede kronikerforløb, flowcharts, skriftlige vejledninger, internet opslagsværk, kommunikationsværktøjer og lignende, hvilket gør det muligt for sygeplejerskerne at udføre professionelt arbejde, som tidligere krævede langt mere abstrakt viden. Abstraktionshøjden for disse opgaver er formindsket og i enkelte tilfælde reduceret fra viden til teknikker. Som beskrevet ved afsnittet om kolligering kan visse genstande åbne op for en opsplittelse af en opgave i flere arbejdsgange, der kan frigøre lægetid. Arbejdsplads-assimilation og kommodificering har en tendens til at forstærke hinanden: introduktion af bestemte redskaber i kombination med instruktion gør uddelegering muligt i visse tilfælde. Skriftlige vejledninger er ikke tilstrækkelige i sig selv, men i kraft af, at lægerne både instruerer sygeplejerskerne, er

tilgængelig for spørgsmål og superviserer dem, kan opgaverne uddelegeres. Det er tydeligt, at en stor andel af de opgaver sygeplejerskerne udfører i de danske klinikker, netop er struktureret af forskellige genstande og ekspertsystemer. Ikke alene muliggør kommodificering at sygeplejerskerne praktisk *kan* udføre opgaver, det gør dem også bedre sparingspartnere for lægerne: Fx er sygeplejerskerne systematiske i forhold til vejledninger, hvor de i samtale med lægen kan tale via vejledningen og derved bidrage til, at man kommer hele vejen rundt. På samme måde bidrager internet-opslagsværk, hvor sygeplejerskerne kan tjekke forud for samtale med lægen.

Almen praksis som arbejdsorganisation

Som uddelegering i almen praksis er et godt eksempel på, så kræver effektiv og dækkende håndtering af professionelle opgaver i stigende grad en organisation af forskellige professioner – modsat tidligere, hvor opgaver oftere *kunne* håndteres egenhændigt. Dertil er det karakteristisk, at de tiltagende bliver afhængig af fysisk kapital såsom dyre faciliteter og udstyr for at bevare effektivitet og succes. En tendens der fordrer arbejdsorganisationer, hvor dette kan deles (Abbott 1988:73-74).

Velegnede lokaler og det rette udstyr er afgørende parametre for danske klinikkers succes. Faciliteter som kan danne rammerne for arbejdsdeling mellem flere læger og uddelegering til praksispersonale – herunder sygeplejersker, som næsten altid har deres eget konsultationsrum. Der skal medregnes plads og udstyr til øget laboratoriearbejde, akut- og ambulant behandling. Lægerne i de større byer kæmper med små faciliteter og har ikke råd til at flytte til større erhvervslokaler, mens dem uden for de større byer er begrænset af frykten for at brænde inde med dyrt købte faciliteter. Fra politisk hold har man erkendt, at hvis udviklingen mod behandlerteams og flere opgaver til almen praksis skal understøttes, må lægernes egen-risiko herved reduceres. Dette ses bl.a. ved kommunale og regionale investeringer i dertil dedikerede faciliteter, som udbydes på lejevilkår. De læger, der er længst med uddelegering og arbejdsdeling, er dem med nye faciliteter. Lægerne Sløjfens udvidede uddelegering og organisatoriske fleksibilitet mht. praksis-drift er bl.a. muliggjort af deres store rummelige og velegnede faciliteter, som er stillet til rådighed på lejevilkår.

'Arbejdsorganisationer' med professionelle er kendetegnet ved en gensidig afhængighed, hvor én professions arbejde er afhængig af en andens tilstedeværelse, indsats og/eller råd, og vice versa (Abbott 1988:73-74, 106, 156, 172). I disse tilfælde er "*professional knowledge encoded in the structures of organization themselves*" (Abbott 1988:325). Det er i kraft af organiseret samarbejde, at de formår respektivt at hævde jurisdiktion og udføre det pågældende arbejde.

Flere punkter i analysen indtil nu, har argumenteret for, at praktiserende læger *bedre* kan løfte opgaverne og (populations-)ansvaret ved at indgå i behandlerteams (arbejdsorganisation). Argumentet følger, at det er i den lokale arbejdsconfiguration den nødvendige kapacitet og kompetence ligger *gemt* og at den ikke kan opsplittes i henholdsvis læge- og sygeplejerske praksisser (jo, lægerne kunne teoretisk set godt selv udføre samtlige opgaver i almen praksis selv, men ikke uden at regionerne ville være nød til at gribe ind på grund af manglende dækning og effektivitet). Det er delvis på grund af sygeplejerskernes egen faglighed, men også delvis på grund af den konkrete struktur der er skabt i arbejdsorganisationen, hvor lægerne hele

tiden er til rådighed direkte, medieret og indirekte, at sygeplejerskerne kan løfte en stigende mængde af de opgaver der trænger sig på i almen praksis. På tilsvarende vis, er de praktiserende læger *afhængige* af sygeplejerskerne i arbejdsorganisationen, hvor sygeplejerskerne modvirker, at lægerne ikke begraves i tidskrævende blodprøver, samtaler om *banal* sundhed, journalføring, detaljerede kronikerforløb og andre opgaver hvor biomedicinen alligevel ikke kommer til sin ret. Sat på spidsen bliver arbejdsorganisationen garant for det professionelle arbejde; at lægerne rent faktisk beskæftiger sig med læge-arbejde. Dertil supplerer sygeplejersken endda lægen i større eller mindre udstrækning som sparringspartner og fagperson, hvilket ikke kun understøtter, men potentielt også opkvalificerer den samlede leverede service – for ikke at forglemme den positive effekt på lægernes arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering.

Afsnittet om Lægerne Sløjfens koncept eksemplificerer, hvordan kapaciteten og kompetencen i praksis reelt kan være indskrevet i selve arbejdsorganisationens struktur fremfor atomiseret i isolerede professionelle. Sygeplejerskerne kan kun gøre det, de gør, fordi de er indlejret i et organisatorisk koncept og ditto med lægerne. Som sygeplejerskerne levende beskrev for mig og som også var mit indtryk ved observation, var sygeplejersker aldrig alene. Selvom patienten måske kun fysisk havde mødt dem, var lægen alligevel *tilstede* i konsultationen, medieret igennem læringsprocesserne, kommodificering, supervision, læge-inddragelse og kollegial-sparring. Professions-perspektivet er i dette tilfælde ikke tilstrækkeligt, da det ikke er den enkelte professionelle der udfører opgaven, men nærmere organisationen som sådan.

Abbott skelner mellem to typer af professionelle i arbejdsorganisationer: De autonome professionelle, som er ledet af en fra samme profession, eller selv er leder, mens de heteronome professionelle er ledet af en, som ikke kommer fra samme profession (Abbott 1988:125; Abbott 1991b). Multiprofessionelle arbejdsorganisationer reducerer professioners evne til separat at skabe stileret offentlig jurisdiktion, hvorfor arbejdsplads jurisdiktion og konkrete resultater bliver vigtigere (Abbott 1988:150-153, 166). Dette ændrer betingelserne for interprofessionel konkurrence, hvilket kan være til sygeplejerskernes fordel.

Lægerne og deres videns system er i dette perspektiv stadig en autonom profession, hvor sygeplejerskerne bliver de heteronome. Dermed ikke sagt, at sidstnævnte er udelukkende heteronome og uden autonomi. Ligeledes er lægerne, i kraft af arbejdsorganisationen ikke rendyrkede autonome. Alene i kraft af sygeplejerskernes daglige arbejde med patienter i selvstændige konsultationer vil de foretage selvstændige klassificeringer, ræsonnementer og behandlinger; nok i overensstemmelse med faglige vejledninger og lægelige instruktioner, men alligevel i rollen som sygeplejerske og ikke læge. Arbejdspladsassimilation er en overførelse af viden, men ikke en forvandlingsproces til læge. Dertil kommer, at udviklingen henimod større praksisfællesskaber med understøttende praksispersonale (dvs. arbejdsorganisationer) og flere ambulante opgaver introducerer en fordring på en større grad af formalisme og faglig ensartethed (VP 2014; Praksiskommissionen 2008:9). En udvikling der går i retning af et ændret virke for de praktiserende læger, hvor de i mindre grad vil opleve samme uindskrænkede autonomi som individuelle professionelle. Praksispersonalets overenskomster, skriftlige vejledninger, faglige instruktioner og flowcharts samt årshjul, kompagni-kontrakter, netværks-praksis, strukturerede kroniker-forløbs-skabeloner, akkrediteringer, datafangst og lignende, lægger en strukturerende ramme ned over de praktiserende lægers praksisdrift. Men som Abbott påpeger, er der tale om en ny type for autonomi i form af ledelse af lokale arbejdsorganisa-

tioner, som nok adskiller sig fra de klassiske professions autonomi, men som rummer en værdi og magt, der endnu ikke rigtig er erkendt (pga. den sejlivede idealisering af familielægen).

En udbredt, men konservativ tilgang til overgangen til professionelle arbejdsorganisationer er forfaldshistorier om deprofessionalisering, proletarisering og managerkultur, som eftersigende ophæver de professionelles kerneværdier og deres professionaliseringsprojekt. Her ser man forskellige former for institutionalisering af ekspertise som antagonistiske og gensidig udelukkende (Muzio et al. 2013:702f, 710; Entwistle & Matthews 2015:1). Abbott abonnerer ikke på dette perspektiv. I stedet understreger han, at professionssystemet er én af flere måder at institutionalisere ekspertise på og at disse forskellige måder er sameksisterende men i konkurrence med hinanden. Professionssystemet altstedsnærvær i industrialiseringen og moderniseringen skyldes historiske forhold og ikke en universal gyldighed. Professionssystemet er et system i et større system af forskellige former for institutionaliseret ekspertise – hvor kommodificering og arbejdsorganisationer er de næstmest fremtrædende (Abbott 1988:323f). Det er i denne henseende, at Abbott lægger kimen til at overskride sin egen teori om professionssystemet. Han introducerer kommodificering og arbejdsorganisationer, men præsenterer for eksempel ikke *"arbejdsorganisations-systemteorien"*.

"I am much more confident about my interpretation of professionalism around 1900 than about my interpretation of professionalism now" (Abbott 1988:323)

Abbotts vægtning af subordinering som en ustabil konfiguration (settlement) og udsigten til 'behandlings substitution' eller fusion mellem professioner peger på, at professionssystemet på sin vis er et underliggende system, som løbende vil vedstå og genoprette sig selv (1991b:36ff). Udviklingen er så at sige professions-drevet, hvor professioner er agenter, der forsøger at indpasse sig på *bedst mulig måde* under givne omstændigheder – hvis det i perioder er i arbejdsorganisationer, så gør de det. I denne relation indrømmer Abbott, at hans teori uforvarende antyder professioner som selvstændige agenter (Abbott 1988:317; 1991a:380). Som en konsekvens af dette, drukner det organisatoriske blik til tider, hvilket ikke retfærdiggør udviklingen i almen praksis, som både er et udtryk for konkurrence, men også et udtryk for samarbejde og en ny form for stabilitet (Abbott 1991b).

I arbejdsorganisationsformen må jurisdiktionelle definitioner og den kognitive videns strukturs rigiditet reduceres for at være tilpas fleksibel til at indgå i fællesskaber (Abbott 1988:154). Forståelse af professionelle arbejdsorganisationer må derfor ikke overse *"the possibility of the co-existence, co-penetration, sedimentation, and hybridization of different institutional, managerial, occupational, and organizational logics"* (Muzio et al. 2013:703, tilsvarende i Entwistle & Matthews 2015:5). Både logikker og strukturer fra kommercielle virksomheder, hvor effektivitets-, samarbejds- og ledelseslogikker står stærkt, lånes af de professionelle arbejdsorganisationer, hvor de sammenblandes med traditionelle *"logics of ethics and public service"* fra professionssystemet (Muzio et al. 2013:700). Ifølge både Muzio et al. og Abbott findes der talrige eksempler på professioner, der succesfuldt har gennemgået denne proces, uden at de som selvstændig profession er forvitret (Muzio et al. 2013:710; Abbott 1991b:36ff).

Udviklingen henimod behandlerteams i almen praksis inkorporerer en række logikker i almen praksis: Flerlægepraksis med støttepersonale gør mindst én af lægerne til arbejdsgiver og chef i tillæg til rollen som professionel fagperson. Ledelse og koordinering kan ikke direkte deduceres fra professionens videns system og abstraktioner, men må hentes andet steds. Parallelt vil flere læger indgå under lønarbejdervilkår, hvilket stiller krav til indordning, men giver en fleksibilitet i arbejdslivet, som er efterspurgt. Dertil kommer, at sygeplejerskers faglighed er forskellig fra lægers, så uddelegering indebærer oversættelse af lægernes faglighed til sygeplejerskernes, og vice versa. Lægerne skal ikke blot mestre deres egen professions viden, men også evne at videregive det og supervisere udførelsen. Denne arbejdspladsassimilation gør sygeplejerskerne til en hybrid, men fjerner ikke deres særegenhed i forhold lægerne. Samarbejdet i behandlerteams har udvisket faggrænserne men langt fra fjernet dem. Dokumentstudiet viser, at forskellene faktisk opfattes som en værdi i sig selv. Den ene profession reducerer ikke nødvendigvis den anden, men indgår i stedet i en konstruktiv samorden af multiple logikker og værdier. Som tidligere påpeget henvender almen praksis' aktuelle opgaver sig netop til forskellige logikker og værdier; for eksempel ved præ-visiterede kronikerkontroller er systematik og udenoms kvalitet særlig vigtig, mens det kliniske biomedicinske blik er afgørende ved de uvisiterede patientkontakter.

De rigtig effektive danske klinikker (Kjellberg & Buch 2010a; Kjellberg et al. 2008; Praksiskommissionen 2008:201) består af en (om end asymmetrisk) sameksistens og balancering af forskellige logikker (ledelse, sygepleje, biomedicin, udenoms kvalitet, økonomi m.v.) og ikke af én monolitisk professionslogik. Det er min vurdering, at selvom sygeplejerskerne højst sandsynligt er en meget reel trussel mod lægernes jurisdiktion og løbende vil gøre krav på flere og flere opgaver, er de samtidig garant for lægernes fortsatte jurisdiktion og professionelle udvikling. Fx på landsplan er det min vurdering, at de praktiserende læger kun har været i stand til at opretholde deres legitimitet på grund af arbejdsorganisations-formen, med hensyn til at sikre opgavedækning. Dette afspejles i – trods Abbotts udgangspunkt i nulsums spil, magt og konkurrence – at lægerne rent faktisk selv har været de ledende aktører i sygeplejerskernes indtog.

Som tidligere nævnt vil det være besynderligt hvis arkaismen, at læger er almen praksis, overlever og at sygeplejerskerne ikke over tid får andel af æren for almen praksis' centrale rolle i sundhedsvæsenet – taget deres faktiske indtog i betragtning. Aktuelt ses diskursen om behandlerteams og sygeplejersker i almen praksis så småt (DR 2015b, 2015c, 2015d) og i de nærtforestående overenskomstforhandlinger mellem PLO og Danske Regioner (og staten?) (DR 2015a) vil lægernes fortsatte krav om jurisdiktion syntes mærkeligt afkoblet, hvis sygeplejerskerne ikke nævnes i relation til de mange nye opgaver – heldigvis har nyligt fratrådte Sundhedsminister Nick Hækkerup allerede inddraget sygeplejerskerne i debatten (DR 2015b).

Kritisk diskussion af specialets analytiske blik

Specialet giver ikke en holistisk forståelse af almen praksis' totale eksistens, men bidrager med ét hermeneutisk perspektiv. Der er argumenteret for, at det ikke er *'et hvilket som helst perspektiv'*, men et perspektiv set igennem en aktuel og betydningsfuld tendens. Kendetegnende for specialet er, at kun én teori er sat i spil, hvilket på ingen måde yder fuld retfærdighed overfor almen praksis' kompleksitet. Dermed ikke sagt, at specialet ikke bidrager med et relevant perspektiv, men at tolkningen af specialets

konklusioner bør integreres i en helhedsforståelse af almen praksis – som jeg i øvrigt ikke selv hævder at besidde. For at imødekomme dette, vil jeg her forsøge at fremhæve nogle af de begrænsninger min fremstilling har haft samt nuancere hvor mit bidrag indskrives sig.

Specialet har haft en hang til at antyde en "*nødvendighedens-politik*", hvor omstændighederne næsten påberåber en fremtidig ej fravigelig sti for almen praksis. En antydning som jeg dels vil stå ved, i kraft af, at demografiske (fx flere ældre), sundhedsmæssige (fx flere kronikere), institutionelle (fx centralisering) og teknologiske (fx kommodificering) udviklinger rummer, i mine øjne, en quasi-determinerende inerti. Jeg har tilladt mig den frihed, at betragte Danmarks 320.545 medicinerede diabetikere og den 16% stigning (2010-2040) i antallet af 65+ årige som *faktum*. Naturligvis kan fx supersygehusene rulles tilbage og antallet af kronikere reduceres ved at ændre i grænseværdier og diagnosekriterier, men jeg finder ikke belæg i litteraturen for at tage højde for dette. Specialet har derved en realisme (dvs. konstituerende fortolkninger jf. hermeneutikken), som naturligvis teoretisk kan dekonstrueres og relativiseres i vildskab.

Jeg mener dog, at en fair anke mod specialet er, hvorfor disse premisser logisk slutter ved sygeplejerskernes indtog. Dette har gennemgående været specialets søgsmål at sandsynliggøre og argumentere for dette, men der er naturligvis alternativer:

- Opruste almen praksis, så læger udfører alle opgaver.
- Videreudvikling af opgaver til fx hjemmeplejen, hospitalerne, ambulatorierne m.fl.
- Reducere efterspørgslen på sundhedsydelser ved fx sundhedspædagogisk indsats.
- Oprettelse af ny institution imellem almen praksis, hjemmeplejen og hospitalsvæsenet. Fx regionsklinikker med sygeplejersker.

Det er dog et centralt argument i specialet, at der rent institutionelt og kulturelt er blevet bygget en '*motorvej*', som har udlagt et relativt entydigt spor. De forestående overenskomstforhandlinger er betydningsfulde, men repræsenterer i denne metafor nærmere, hvordan denne motorvej skal reguleres. Dermed ikke sagt, at hvad specialet lægger op til nødvendigvis vil ske, da drastiske ændringer naturligvis kan foretages politisk. Jeg vedkender at specialet har været blind overfor indikationer for disse andre alternative scenarier. Dette kan være afstedkommet af en selektions bias eller en reel konsekvens af, at disse alternativer sjældent gør sig gældende i litteraturen.

I denne relation fremstår specialet – trods dets vægtning af forandring og konflikt – som en relativ konservativ videreførelse af status quo. Analysen beskæftiger sig ikke med større sundheds-filosofiske refleksioner om, hvilket serviceniveau der giver '*mening*' i almen praksis eller hvordan det eksisterende system kan transcenderes. Specialet er derfor uden et stærkt normativt fundament, der kan danne grundlag for at vurdere hvilke opgaver der "*burde*" håndteres af læger eller sygeplejersker. Ydermere er sådanne overvejelser politiske og handler om indretningen af samfundet: Hvor god service og velfærd skal samfundet (inkl. almen praksis) tilbyde? Hvor skal grænsen slås? Skal velfærdssamfundet gentænkes? Spørgsmål som folk, fagfolk og folkevalgte aktuelt stiller sig selv, men som min analyse giver ringe svar på. Min analyse tager den institutionelle indretning for givet og antager, at de opgaver der nu engang er i opgaveområdet, må håndteres i relativ forlængelse af det eksisterende system.

Mere specifikt i relation til specialets teoretiske perspektiv, har analysen kun i begrænset omfang beskæftiget sig empirisk med den offentlige diskurs af sygeplejerskerne i almen praksis. I stedet har jeg fokuseret på det udførte arbejde og arbejdsfordelingen i klinikkerne. En væsentlig indvending er, at jurisdiktion i høj grad handler om definitionsret og regulativ indflydelse på de pågældende opgaver. Hvorvidt sygeplejersker vitterligt har jurisdiktion, der strækker sig udover ren ekspedering af konkrete opgaver, er ud fra dette speciales empiri fortsat uafklaret. Jeg har argumenteret for, at sygeplejerskerne logisk set (dvs. jf. teorien) burde opnå mere reel jurisdiktion over de opgaver de selvstændigt håndterer. Spørgsmålet er, om vi hypotetisk set kan forestille os en DR2 Tema om diabetes, hvor det er en sygeplejerske og ikke en læge, der primært interviewes om diabetikers livsstilstilpasning? Eller en formel debat mellem læger og sygeplejersker om normal-grænseværdier for specifikke blodprøveresultater? I henhold til indeværende speciales argument, så er svaret ja. Hvorvidt det allerede er tilfældet eller om der er små indikationer på en bevægelse i den retning, har jeg ikke undersøgt. Det er imidlertid interessant, om teorien kommer til kort og at lægerne i almen praksis formår – hvad lægerne i sygehusvæsenet i vid udstrækning formåede – at skabe en så stærk og stabil subordination, at definitionsretten forbliver på lægernes hånd, selvom de ikke selv håndterer opgaverne. Til dette ville et magtperspektiv være relevant, som fx Antoft (2005) supplerer Abbotts teori med, for at få et bedre blik for lægernes kontrol over sygeplejerskerne. Dele af den øvrige professionssociologi har et mere udtalt fokus på professioners magt (fx Freidson 1970). Et perspektiv heraf kunne være, at lægerne rent faktisk udvider deres magt i samfundet, ved at indføre uddelegering og kontrol over større og større arbejdsorganisationer. Et aspekt Abbott selv åbner op for, med vægtningen af den "*nye type autonomi*" i arbejdsorganisationer (Abbott 1988:125; Abbott 1991b).

Desuden har jeg ikke beskæftiget mig med udviklingen i beslægtede institutioner og om de udfordrer almen praksis opgaveområde. Psykiatrien, hjemmeplejen, kommunale sundhedstilbud, socialrådgivere, private sundhedsudbydere, alternative behandlingsformer, frivillige foreninger og offentlige fællesskaber kunne man sagtens forestille sig, byder ind på almen praksis' svulmende (magtfulde og lukrative) opgaveområde. Specialet har entydig fokuseret på sygeplejerskernes indtog og har været blind over for andre konkurrenter til lægernes jurisdiktion. Fx Lægevagten, hjemmebesøg og akuttelefonen har været fraværende i mit speciale, selvom den på mange måder repræsenterer en af almen praksis frontlinjer mht. at redefinere sin aktuelle position. Disse arenaer har fornyligt aktualiseret sygeplejerske-læge dikotomien, fx fordi sygeplejersker foretager telefonvisitation ved akuttelefonen. Dette er et eksempel på, hvordan mit speciale til tider har overfokuseret på de konkrete klinikkens organisering, som den eneste arena for forskydninger. Der er sammenhænge på tværs af arenaer og udviklings-momentumet er ikke forbeholdt almen praksis. Jeg har endda tilladt mig indenfor almen praksis' egne mure at reducere den professionelle relation til læger og sygeplejersker, hvorved jeg overser deres samtidige eksistens, samarbejde og kamp med lægesekretærer, praksisadministratorer, laboranter, farmaceuter, diætister, bioanalytiker og socialrådgivere. Lægesekretærer udgør en særlig personalekategori, da de længe har ledsaget lægerne administrativt og optræder i stort antal i branchen. De får i tiltagende grad uddelegeret kliniske opgaver, som på nogle områder er sammenfaldende med sygeplejerskernes (Kjellberg & Buch 2010a:50; E.B. 2010:19-21; KOS 2008:20).

Specialet risikerer at tegne et billede af sygeplejerskernes indtog som mere isoleret end det nødvendigvis er (Kjellberg & Buch 2010a:50).

På trods af disse fremhævede begrænsninger, finder jeg *ikke* mit eget speciale uden merit. Den bidrager til et felt, hvor der efter min opfattelse, eksisterer en latent fortrængning eller en manglende erkendelse af momentumet, omfanget og karakteren af sygeplejerskernes indtog. En meget forståelig tendens set i lyset af Abbotts pointer. Alligevel kan jeg ikke lade være med at undre mig over, taget professionssociologiens klassiske interesse og andre OECD-landes opmærksomhed for emnet i betragtning, at der ikke findes flere dedikerede artikler om de danske forhold. Derfor mener jeg, at indeværende speciale indskrives sig både i en klassisk teori-tradition, en international forskningsbølge og et nationalt forskningstomrum. Af samme grund, er specialet ikke gennemgribende unikt, da det lægger sig op af en stor udenlandsk og klassisk arv. For at illustrere hvordan specialet både lægger sig side om side med, samt forlænger fremtrædende perspektiver, vil jeg kort redegøre for McKinlay & Marceau (2002) ofte citerede¹¹ analyse af udviklingen af den amerikanske almen praksis og diskutere centrale forskelle og ligheder.

McKinlay & Marceaus udgangspunkt er den monopolistiske professionssociologis fokus på professionel autonomi, hvoraf deres analyse har fået karakter af en tabsfortælling. Artiklens titel er symptomatisk: *"The end of the golden age of doctoring"* og udtryk som: *"assembly-line medicine"*, *"abandoning a sinking ship"* og *"Taylorism appears to have finally caught up with American medical care"* (McKinlay & Marceau 2002:389-390). Mere interessant nævner forfatterne 8 skyldige faktorer for denne transformation:

- 1) Statens prioriteringer har forskudt sig, fra at opdæmme markedskræfterne til at understøtte og udbrede disse (neo-liberalisme). Resulterende i, at lægernes opgaveområde i større grad evalueres i henhold til *"objektive"* konkurrence-kriterier såsom effektivitet, patienttilfredshed og klinisk datafangst.
- 2) En bureaukratisering og korporatisering af almen praksis: Langt flere flerlægepraksisser, med en kraftig stigende andel af læger på lønarbejdervilkår. En korporativ struktur implementeres, som prioriterer kontrol og effektivisering.
- 3) En tiltagende konkurrence fra andre sundhedsfaglige professionelle, som overtager opgaver som tidligere blev udført af læger. *"Studies comparing the performance of NPCs [Non-physician clinicians] and physicians show that there are few differences in any clinical outcome, but NPCs are considerably less expensive and patients often prefer the quality of care they offer. Lower costs and customer satisfaction are imperatives in the new medical marketplace"* (McKinlay & Marceau 2002:392).
- 4) Globaliseringen og informations revolutionen har bragt grænseløse ekspert-systemer og institutioner som svækker den lokale autonomi. Verdensbanken, WTO, OECD og WHO er eksempler, som skaber diskurser og information der udfordrer nationale organisationers evne til at definere opgavefeltet. Tilmed har patienter fået adgang til sundhedsfaglig information, der

¹¹ For eksempel henviser William C. Cockerham til artiklen indledningsvist i hans allestedsnærværende bog: *Medical Sociology* (2014).

reducerer lægernes autoritet. Udviklingen har også øget den digitale registrering, som giver centrale aktører magt via viden om lægerne.

- 5) En epidemiologisk forandring i den offentlige opfattelse af kroppen; syglighed skal også forebygges eller leves med fremfor alene at helbrede. Sundhed og en opmærksomhed på kroppen er blevet moralske imperativer. Læger har sværere ved at hævde monopol over monitorering-, vejlednings- og forebyggelsesopgaver, hvilket lukker andre sundhedsprofessionelle ind i branchen.
- 6) Ændringer i læge-patient forholdet og et tab af autoritet. Biomedicinsk viden er ikke længere tilstrækkelig; overtalelse, motivation, strategisk kommunikation eller manipulation bliver i tiltagende grad vigtige kompetencer.
- 7) For stort udbud af læger har svækket lægernes (markeds)position.
- 8) Lægerne har mistet troen på faglig organisering og bakker ikke længere op om landsforeningen. En konsekvens af deres manglende evne til at opdæmme den beskrevne udvikling.

Ifølge McKinlay & Marceau er det en selvforstærkende effekt, der vil fortsætte degenereringen af almen praksis – ikke kun i USA, men som global tendens (2002).

Det skal understreges, at jeg ikke deler McKinlay & Marceau pessimisme og normative udgangspunkt, men finder slående ligheder mellem deres analyse og indeværende speciale. De slår ned på aspekter, som er meget lig de aspekter jeg har fremhævet. Punkterne 1-6 genfinder jeg tydeligt i udviklingen i Danmark. En interessant forskel er, at USA oplevede et overskud af læger (punkt 7) i kontrast til den danske diskurs om lægemangel. Imidlertid har jeg ikke berørt punkt 8 eksplicit, men tumulten intern i PLO (fx mange formands skift) i forbindelse med lægekonflikten kan så småt indikere en lignende dansk udvikling. Selvom jeg har beskæftiget mig med, at praktiserende læger i tiltagende grad evalueres efter kvantificerende logikker (punkt 1), har specialet ikke trukket det op på et samfunds niveau og perspektiveret det til ideologiske forskydninger i statsapparatet. Et sådan perspektiv kunne bidrage til at overkomme den ovenfor nævnte begrænsning, hvor tilstødende institutioner ikke er blevet taget i betragtning. I punkt 4 rækker McKinlay & Marceau ligeledes længere ud end jeg har gjort, ved at pointere, at viden og abstraktioner i stigende grad skabes i internationale mega-institutioner fremfor at være professions-drevet. Selvom Abbott har fået mig til at se udenfor almen praksis, kan analysen have gavn af et endnu bredere blik.

Min største anke mod McKinlay & Marceaus analyse er, at de er blinde for flere af de positive aspekter ved udviklingen, såsom at læger efterspørger nye arbejdsvilkår; fleksibilitet, faglige fællesskaber, mindre ikke-lægeligt arbejde, arbejds glæde m.v. Deres teoretiske perspektiv mangler nogle af Abbotts perspektiver på intern differentiering og faglig dynamik internt i professionen og betydningen af legitimitet i befolkningen. Aspekter min analyse i større udstrækning indfanger.

Jeg mener derfor, at mit speciale har en plads i forskningsfeltet og kan indgå i en faglig dialog; Specialet taler dets sprog og har noget på hjerte.

Konklusion

Specialets har stræbt efter at analysere udviklingen i almen praksis i lyset af sygeplejerskernes indtog og fortolke dette indtogs karakter igennem en professionssociologisk optik.

Jeg finder, at sygeplejersker er solidt integreret i almen praksis og at alt tyder på, at sygeplejerskernes indtog vil fortsætte de kommende år. Det er i de konkrete arbejdsrelationer udviklingen for alvor sætter sig igennem, hvor sygeplejerskerne har meget at byde ind med. De kan både substituere og supplere lægerne ved rigtig mange lejligheder. Mange af de udfordringer almen praksis står overfor kan bl.a. imødegås ved inddragelse af sygeplejersker (fx opgave-overlast, svigtende trivsel, arbejdsvilkår, rentabilitet m.v.).

Livsstilssamtaler, kronikkerkontroller og ambulante opgaver har altid været en fast bestanddel af arbejdet som praktiserende læge, men mængden af disse typer opgaver er svulmet voldsomt op. Der er både kommet flere svære opgaver, men også langt flere simple opgaver. Mange opgaver henvender sig til udenoms kvalitet, håndlag for bestemte teknikker og systematik, hvilket sygeplejerskerne har vist sig rigtig gode til at levere. Samtidig er det opgaver der praktisk talt tager lang tid og hvor lægernes biomedicinske pondus sjældent kommer til sin ret. Det er derfor opgaver der udfordrer klinikkernes samlede kapacitet og lægernes position. Sat meget på spidsen risikerer lægerne i klinikker, der ikke uddelegerer til sygeplejersker, at blive 'læger på gulvet'. Det vil sige, de vil bruge meget tid på simple opgaver, som er relativt lidt lægefaglige. Mens de læger der har uddelegeret opgaver, vil fremstå som 'elite læger' der beskæftiger sig med mere rendyrkede lægefaglige opgaver. Som mærkaterne antyder, vil der være en prestige forskel, men hvad værre er, vil 'lægerne på gulvet' potentielt svække lægeprofessionens legitimitet og kontrol, ved at stække effektiviteten og associere læger med simple opgaver. Set i dette lys kan karakteren af sygeplejerskernes indtog ses som en reaktion på en forskydning i almen praksis' opgaveportofolie, hvor lægerne har lukket sygeplejerskerne ind i almen praksis af nød.

Jeg finder indikationer på, at implementeringen af sygeplejersker har højnet den service klinikkerne kan tilbyde. Dette gøres ved at lægerne rent faktisk fokuserer på lægearbejde og agerer 'læge med stort L', samtidig med, at sygeplejerskerne kan fokusere på de simple lægefaglige opgaver. Dertil kommer nogle konstruktive interaktioner mellem sygeplejersken og lægen, som bidrager positivt til klinikkens samlede kompetence og arbejdsmiljø. For eksempel er det nyttigt for lægerne med sparringspartnere, som de kan vende problematikker med.

Uddelegering af de pågældende opgaver gøres praktisk muligt, ved at lægerne og sygeplejerskerne engagerer sig i lokale arbejdsstrukturer, hvor viden, kommunikation og opgaver flyder mellem dem. Dette er afgørende, fordi de fleste af de uddelegerede opgaver ikke kan rutineres efter firkantede skabeloner, men må ledsages af forskellige faglige skøn fra gang til gang. Sygeplejerskerne indgår i en kontinuerlig oplæringsrelation, hvor lægen løbende superviserer, kontrollerer og oplærer sygeplejerskerne i klinikken. Helt afgørende er, at sygeplejersken aldrig er *alene* med en patient, da lægen altid er tilgængelig på den ene eller anden måde. Jeg finder, at sygeplejerskerne er gode til at genkende anliggender der overstiger deres kompetence og kræver lægeinddragelse. Forskelligt udstyr og ekspertsystemer medierer lægelig viden til sygeplejerskerne som kan bistå dem. Det fremgår tydeligt i dokumentstudiet, at uddelegeringen er

startet med simple opgaver, som primært blev løst med teknikker, men senere er begyndt at inkludere mere og mere abstrakte opgaver. Opgaver kommer også til i takt med, at flere opgaver opsplittes i to eller tre arbejdsgange, hvor kolligering, lægelig vurdering og behandling udføres separat. Det er læringsprocesser lokalt i klinikkerne der løbende kvalificerer sygeplejerskernes selvstændige udførelse og samtidig skaber grobund for yderligere uddelegering. Hvad der opfattes og defineres som henholdsvis læge- og sygeplejeopgaver har allerede rykket sig meget både i lægerne, sygeplejerskerne og befolkningens bevidsthed. Der har klart været tale om en indkørings- og tilvænningsproces, som er nået langt og som fortsat er i gang. Sygeplejerskernes legitimitet hentes langt overvejende nedefra og op, fra opgave til opgave i den praktiske udførelse og ikke på storskala i den offentlige sfære. Det skyldes lægernes traditionelle dominans på feltet og sygeplejerskernes subordinære status. Karakteren af indtoget skal delvis forstås i relation hertil: Sygeplejerskerne overtager i princippet opgaver fra lægernes opgavepulje og lægger selv enkelte til, hvilket kan tolkes som en professionel invasion, men i kraft af, at lægerne kontrollerer adgangen, definitionsretten og at sygeplejerskerne kun kan gøre, det de gør, fordi de er indlejret i en organisatorisk struktur med lægerne, er sygeplejerskernes egentlige kontrol over deres opgaver stærkt begrænset. Alligevel har sygeplejerskerne en voksende aktie i almen praksis' effektivitet og opretholdelse af lægernes position, hvilket alligevel giver dem en vis kontrol over opgaverne, når det kommer til stykket. Lægernes magt kan vel og mærket kun bevares, så længe befolkningen har en oplevelse af, at lægerne kan stå mål med opgaveområdet udvikling. Der er altså tale om en gensidighed, hvor lægerne og sygeplejerskerne holder hånden under hinandens positioner.

Sygeplejerskerne har fået en større plads i offentlighedens bevidsthed, men det er uvist om sygeplejerskerne fremadrettet kan opnå egentlig eller delvis definitionsret. Jeg har argumenteret for, at et forestående opgør med familielæge arkaismen sandsynligvis vil skabe plads for sygeplejerskerne i det offentlige image af almen praksis. Det er min oplevelse, at det snarere er *ideen om familielægen* fremfor de faktiske praktiserende læger sygeplejerskerne aktuelt brydes med.

Litteraturliste

- Abbott A** (1988): "The system of professions: An Essay on the Division of Expert Labor", The University of Chicago press.
- Abbott A** (1991a): "The order of Professionalization: An empirical analyze", Sage Publication.
- Abbott A** (1991b): "The future of professions: Occupation and expertise in the age of organization", Research in the sociology of organizations.
- Andersen J & Hovgaard G** (2007): "Metodekombination med sociologisk fantasi", i Fuglsang L, Hagedorn-Rasmussen P og Olsen PB (red.): Teknikker I samfundsvidenskaben. Roskilde Universitetsforlag.
- Antoft R** (2005): "Demenshåndtering - magt og forhandling i interprofessionelle relationer", Ph.D. afhandling, Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet.
- Beaulieu MD et al.** (2008): "Family practice: Professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada", Social Science & Medicine.
- Berg-Sørensen A** (2012): "Hermeneutik og Fænomenologi", i Jacobsen MH, Lippert-Rasmussen K & Nedergaard P (red.): Videnskabsteori – I statskundskab, sociologi og forvaltning. Hans Reitzels Forlag.
- Bojlén S & Gannik D** (2001): "Almen praksis på åbent hav – vidensekspllosion, teknologisk udvikling og befolkning", Ugeskrift for læger.
- Bojlén S** (2009): "Praksissygeplejersker på sygebesøg", Månedsskrift for Praktisk Lægegering.
- Bonsall K & Cheater FM** (2008): "What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? a literature review". Journal of Nurse Studies.
- Breinholdt, M** (2002): "Sekretærer og sygeplejersker på lægearbejde", Danmarks Amtsråd nr. 16.
- D.R.** (2007): "Almen praksis - i Fremtidens Sundhedsvæsen", Danske regioner.
- DR** (2015a): "Læger og regioner til politikerne: Hjælp os", artikel af Thomas Klose Jensen på dr.dk, Danmarks Radio.
- DR** (2015b): "Lægemangel får læger til at ansætte sygeplejersker og fysioterapeuter", artikel af Christopher Bering Baden på dr.dk, Danmarks Radio.
- DR** (2015c): "Nordjysk læge er ene om 4.400 patienter: Det er en meget stor opgave", artikel af Thomas Klose Jensen på dr.dk, Danmarks Radio.
- DR** (2015d): "Bioanalytikere [og sygeplejersker] klar til at overtage blodprøver fra læger", artikel af Christine Nørgaard på dr.dk, Danmarks Radio.

- DSAM** (2008): "Praksisorganisering – Spørgeskema blandt 330 almen medicin specialestuderende". Dansk Selskab for Almen Medicin, <http://fyam.dsam.dk/flx/forside/nyheder/?ItemId=22>.
- DSR** (2008): "Konsultationssygeplejerskernes arbejdsområde og vilkår ansat i en almen lægepraksis", Notat, Dansk Sygepleje Råd.
- DSR** (2010): "Konsultationssygeplejersker – nøglespillere i fremtidens sundhedsvæsen", Dansk Sygeplejeråd.
- E.B.** (2007): "Kronisk syges oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet", Enheden for brugerundersøgelser.
- E.B.** (2010): "Fra lægehus til behandlerteam - Erfaringer med og holdninger til brugen af praksispersonale i almen praksis i Region Hovedstaden", Enheden for Brugerundersøgelser.
- Ehrenreich B** (2011): "Fremtidsperspektiver for almen praksis", i: Ehrenreich B, Maagaard R & Vedsted P (red.) "Klinikpersonale i Almen Praksis", Munksgaard Danmark.
- Ehrenreich B, Maagaard R. & Vedsted P.** (2011): "Klinikpersonale i Almen Praksis", Munksgaard Danmark.
- Entwistle T & Matthews E** (2015): "For society, state and self: juggling the logics of professionalism in general practice appraisal", *Sociology of Health & Illness*.
- Flensted AE** (2010): "Konsultationssygepleje – et uopdyrket land: En empirisk undersøgelse af hvilket indhold og hvilke handlemåder, der kendetegner fem konsultationssygeplejerskers praksis", Speciale, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
- Foged L** (2003): "Er der en fremtid for det langvarige, personlige læge-patient-forhold i almen praksis?", i: Etisk Råd (red.) Læge-patient-forholdet Refleksioner og visioner. Etisk Råd.
- Foged L, Poulsen L & Poulsen M** (2011): "Almen praksis som arbejdsplads for ansatte og ejere", i: Ehrenreich B, Maagaard R & Vedsted P (red.) "Klinikpersonale i Almen Praksis", Munksgaard Danmark.
- Freidson E** (1970): "Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge", University of Chicago Press.
- Gannik D** (2004): "Kvalitet i almen praksis – Praktiserende lægers syn på fagets essens, vilkår og udvikling i Viborg Amt", Forskningsenheden for Almen Praksis, Lægekredsforeningen for Viborg Amt.
- Gorman EH & Sandefur RL** (2011): "Golden Age, Quiescence, and Revival: How the Sociology of Professions Became the Study of Knowledge-Based Work", *Work and Occupations*, Sage Publications.
- Grøn L** (2006): "Krop og hverdag i forandring: sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdagsliv", Vejle Amt, Sundhedsforvaltningen.
- Grøn L, Obel J & Bræmer M** (2007): "Tovholder i praksis. En antropologisk undersøgelse af alment praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder", Dansk Sundhedsinstitut; 2007.

- Haarder B** (2011): "Flere kolleger og nye muligheder i almen praksis", Månedsskrift for Almen Praksis.
- Hammersley M** (1996): "Feltmetodikk: grunnlaget for feltarbeid og feltforskning", Ad Notam Gyldendal.
- Hansen J, Madsen MH & Kjellberg PK** (2008): "Effektiv organisering af almen praksis. Erfaringer fra udlandet", Dansk Sundhedsinstitut.
- Heje HN, Olesen F & Vedsted P** (2010): "Patienternes vurdering af de praktiserende læger - Sammenhæng med praksistype", ugeskrift for læger.
- Hetlevik O & Gjesdal S** (2012): "Personal continuity of care in Norwegian general practice: a national cross-sectional study". Journal of Scandinavian Primary Health Care.
- Hunderup J, Holst-Hansen C, Fjerbæk M, Dolmer AM & Lentz M** (2003): "Sygeplejersker i almen praksis – hvorfor har en del praktiserende læger i Aalborg ansat en sygeplejerske og andre ikke?", Månedsskrift for praktisk lægegering: Tidsskrift for praktiserende lægers efteruddannelse.
- Jensen FI** (2008): "Hovedkonklusioner fra rejse til England og Holland for repræsentanter fra Region Syddanmark", Region Syddanmark.
- Johannesen E** (2011): "Konsultationssygeplejersker i almen lægepraksis: en undersøgelse af arbejdsopgaver, patienttilfredshed og økonomiske konsekvenser", Specialeafhandling, Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab.
- Kjellberg J & Buch MS** (2010a): "Kapacitet i fremtidens almen praksis - Muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner", DSI Rapport, Dansk Sundhedsinstitut (i dag: KORA).
- Kjellberg J & Buch MS** (2010b): "Kapacitet i fremtidens almen praksis Muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner", artikel i journal: Organisation og ledelse af praksis.
- Kjellberg PK, Buch MS & Olsen KR et al.** (2008): "Små og store lægehuse. Et komparativt casestudie", Dansk Sundhedsinstitut.
- Kolb DA** (2000): "Den erfaringsbaserede læreproces", Roskilde Universitetsforlag.
- KOS** (2008): "Kontakt og Sygdomsmønsterundersøgelse", Forskningsenheden for Almen praksis og Afdelingen for Almen Medicin, Aarhus Universitet.
- Kristiansen S & Krogstrup HK** (1999): "Deltagende observation – Introduktion til en forskningsmetodik", Hans Reitzels Forlag.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, & Sibbald B** (2005): "Substitution of doctors by nurses in primary care", Cochrane Database System Review.
- Linzer M et al.** (2009): "Working conditions in primary care: physician reactions and care quality", In journal of Annals of Internal Medicine.

- Maagaard R & Schmid, J** (2011): "Opbygning og organisering af en almen praksis", i: Ehrenreich B, Maagaard R & Vedsted P (red.) "Klinikpersonale i Almen Praksis", Munksgaard Danmark.
- McKinlay JB & Marceau LD** (2002): "The end of the golden age of doctoring", International Journal of Health Services.
- Mundinger MO et al.** (2000): "Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians", The Journal of the American Medical Association.
- Muzio D, Brock DM & Suddaby, R** (2013): "Professions and Institutional Change: Towards an Institutional Sociology of the Professions", Journal of Management Studies.
- Naylor MD & Kurtzman ET** (2010): "The Role Of Nurse Practitioners - In Reinventing Primary Care", In journal of Health Affairs.
- Nørøxe KB, Moth G, Maingland HT & Vedsted P** (2013): "Could the patient have been seen by a nurse; a questionnaire based survey of GP and patient views in Danish general practice", BMC Family Practice.
- OECD** (2013): "OECD reviews of health care quality: Denmark. Executive summary, assessment and recommendations", Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD.
- Ohman-Strickland PA et al.** (2008): "Quality of Diabetes Care in Family Medicine Practices: Influence of Nurse-Practitioners and Physicians's Assistants", Journal of Family Medicine
- PLA** (2003): "Gennembrud i samarbejdet mellem sygeplejersker, bioanalytikere og læger i almen praksis", Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening.
- PLO** (2005): "Praksistælling 2005", Praktiserende Lægers Organisation.
- PLO** (2013a): "Lægepopulationen og lægepraksispopulationen", Praktiserende Lægers Organisation.
- PLO** (2013b): "Praksistælling 2013", Praktiserende Lægers Organisation.
- Poulsen L** (2009): "Praksispersonalets deltagelse i det kliniske arbejde", Månedsskrift for Almen Praksis.
- Poulsen L, Gilså-Hansen D & Munck A** (2006): " Praksispersonalets kliniske arbejde", APO, Audit projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis.
- Praksiskommissionen** (2008): "Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen", Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Riis O** (2000): "Metoder på tværs - Om forudsætningen for sociologisk metodekombination", Sociologisk Laboratorium.
- Sørensen LK** (2012): "Konsultationssygeplejersker i almen praksis", Dansk Sygeplejeråd.

- Sørensen LK** (2014a): "Notat 1. Sygeplejerskers varetagelse af selvstændige konsultationer i almen praksis", Dansk Sygeplejeråd.
- Sørensen LK** (2014b): "Notat 4. Konsultationssygeplejerskers varetagelse af forløbsprogrammer for kronikere", Dansk Sygeplejeråd.
- Scheel ME** (2005): "Interaktionel sygeplejepsis. 3. udgave", Gyldendal Akademisk.
- Seale C, Anderson E, Kinnersley P** (2005). "Comparison of GP and Nurse Practitioner consultations", The British Journal of General Practice.
- SSI** (2014): "Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede", Bevægelsesregisteret 2012, Statens Serum Institut og Danmarks Statistik.
- Steuten L** (2006): "Evaluation of disease management programmes for chronically ill." Ph.D. thesis, Maastricht.
- Styregruppe for Tværoffentligt Samarbejde (STS)**. (2008): "Henvisningsmønstret i almen praksis i Danmark". Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Sundhedsstyrelsen** (2013): "Lægeprognose. Udbuddet af læger og speciallæger 2012-2035", Sundhedsstyrelsen.
- Szecsényi J et al.** (2011): "Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction?", BMJ Journals.
- Vedsted P** (2011): "Det danske sundhedsvæsen", i: Ehrenreich, B, Maagaard, R & Vedsted, P (red.) "Klinikpersonale i Almen Praksis", Munksgaard Danmark.
- Vedsted P et al.** (2005): "Almen lægepraksis i Danmark", Månedsskrift for praktisk lægegerning.
- Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, Bro F & Kamper-Jørgensen F** (2005): "Almen Lægepraksis i Danmark". Månedsskrift for Praktisk Lægegerning.
- Vinge S** (2006): "LÆGELIV – de første år: En professionssociologisk diskussion", Institut for Sundhedsvæsen.
- Vinge S** (2010): "Ledelse og udvikling i almen praksis -et pilotstudie om de ledelsesmæssige udfordringer i et lægehus i udvikling", Dansk Sundhedsinstitut.
- VP** (2014): "Samlede forslag til visionsprocessen", Visionsprocessen for Almen Praksis, www.visionsprocessen.dk, Dansk Selskab for Almen Praksis (DSAM) & Praktiserende Lægers Organisation (PLO).
- VP** (2015): "Resume af visionsprocessen for almen praksis 2022: Din læge - nøglepersonen i dit sundhedsvæsen", Visionsprocessen for Almen Praksis, www.visionsprocessen.dk, Dansk Selskab for Almen Praksis (DSAM) & Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Walker L (2006): "Practice nurses – Working smarter in general practice", Journal of Australian Family Physicians.

Wensing M, van den HP, Akkermans R, van D &, Grol R (2006): "Physician workload in primary care: what is the optimal size of practices? A cross-sectional study", Journal of Health Policy.

Wensing M, van den HP, van DJ, Grol R & Szecsenyi J (2009): "General practitioners' workload associated to practice size rather than chronic care organization", Journal of Health Policy.

Yngre Læger (2013): "Efterspørgslen på læger 2012-2035", Yngre Læger 5746 PS/HM.