

Partnervalg i lægepraksis – kærlighed eller fornuft?

Søren Braskov & Asger Neumann

Det er almen erfaring, at det er ulige lettere at løse fremtidige end fortidige konflikter. Når man først har en konflikt og er blevet vred, såret, skuffet ... så bliver man emotionel, og det er svært ikke at tilskrive modparten »negative« motiver. Der er således meget konfliktprofylakse at hente, hvis vi formår at tale om, hvad der måske kommer, og ikke om, hvad der er sket. Det er i den sammenhæng, at vi opfordrer til, at man i et kommende partnervalg tester mulige konfliktområder. Ved indgåelse af partnerskab er det vigtigt, at parterne ikke er alt for konsensussøgende, men først og fremmest er ærlige over for sig selv og ærlige over for kommende partnere. Forfatterne har udviklet et spørgeskema til at teste udsagn og dermed mulige konfliktområder med.



BIOGRAFI:
Søren Braskov
er psykolog og



Asger Neumann
er psykolog.

Forfatterne har begge arbejdet med organisationsudvikling i bl.a. lægehuse i over 10 år.

De er partnere i Center for Organisationspsykologi i Åbyhøj.

SØREN BRASKOV'S ADRESSE:
Center for Organisationspsykologi, Frichsparken,
Søren Frichsvej 38 K1, 8230 Åbyhøj.
E-mail: sb@cfop.dk

»Det nytter ikke noget. Det er for sent. Måske for nogle år siden kunne konfliktmægling have været en mulighed, men nu skal han bare ud – koste hvad det vil!«. Sådan lød det i telefonen forleden, hvor en af os blev bedt om at hjælpe en kompagniskabspraksis i forbindelse med, at partnerne var gået helt forkert af hinanden. Som ovenstående citat lader forstå, blev det aldrig til noget med et mæglingsforsøg, idet en af parterne var så vred og krænkert, at han ikke kunne se nogen anden løsning end separation.

Ovenstående gav anledning til spørgsmål som: Hvorfor fandt disse kollegaer sammen? Hvad var deres forventninger, og hvordan blev de udtrykt? Eller formuleret i en negation – hvorfor kunne de ikke se, at det aldrig kunne gå? Hvorfor kunne de ikke træffe et bedre partnervalg? Hvorfor skulle det gå så galt?

Med dette som afsæt er *formålet* med artiklen *at hjælpe og optimere den enkelte læges valg af partnere i praksis*. Det vil vi gøre ved bl.a. at præsentere et dialogisk udviklingsværktøj, som vi har skabt og anvendt i forbindelse med praksiskøb og -salg.

Vi håber, at læseren kan blive sine valg af partnere mere bevidst – enten hvis man står over for et partnervalg, eller hvis valget er truffet – og blive mere bevidst om, hvilke faldgruber og vanskeligheder man kan tage højde for og være proaktiv overfor. Det er vores erfaring, at

forventningsafstemning er en centralt vigtig nøgle som konfliktprofylakse.

Fra solopraksis til større lægehuse

De nye regionssammensætninger, mangel på læger, flere kvinder i praksis, fokus på det gode arbejdsmiljø, ønske om subspecialisering, outsourcing af sygehusopgaver til praksis, mere hjælpepersonale, indtjeningsoptimering, større lægehuse, rationalisering m.m. er alle parameter, der indgår i refleksionerne over, hvordan arbejdsmiljøet for den praktiserende læge kan og vil udvikle sig. Der synes dog klart at være en entydig tendens til, at lægen som solopraktiserende er på vej til at blive historie (1).

Derfor vil den praktiserende læge i fremtiden skulle indgå i forpligtende fællesskaber, og derfor bliver partnervalget uhyre vigtigt.

Det skæbnesvangre fællesskab

Arbejdslivet for den partnertilknyttede læge er anderledes end arbejdslivet for den læge, som arbejder inden for en offentlig eller privat institution, hvor man i højere grad kan »tage sit gode tøj« og forlade firmaet. Når vi beskæftiger os med partneropbyggede virksomheder som almen praksis, bliver valget langt mere betydningsfuldt, skæbnesvangert, hvis vi tillader os at bruge et lidt højstemt udtryk. Man kan ikke bare »tage sig gode tøj« og forlade en praksis, som man har sammen med en eller flere.

Her bliver konflikten meget mere sammenlignelig med den private skilsmisse, hvor vi er smerteligt forbundne med børn, økonomi og nære relationer. I den partnerdefinerede virksomhed er man også smerteligt forbundet med økonomi,

patientunderlag og nære relationer i form af f.eks.: »... hvordan med min 12-mandsforening – kan jeg stadig komme der? Hvad tænker de andre kollegaer i byen om mig? Hvem holder de med? Hvilken udlægning har de hørt?«

Ligesom vi bærer håbet i os om det lykkelige ægteskab, bærer vi også håbet i os om det lykkelige/udviklende partnerskab. Vi træder ind i fællesskabet med håbet om at blive accepteret og respekteret. Vi håber på at kunne bevare vores autonomi, og vi håber på, at fællesskabet belønner os. Forhåbentlig tror vi også, at vi belønner fællesskabet med noget, og de fleste af os er godt klar over princippet »noget for noget«. Man kan ikke forvente at få i pose og i sæk – der skal ydes noget tilbage. Men det må være essentielt, at vi træder ind i et fællesskab, fordi vi tror, at det er til gavn for os. I ægteskabet får vi intimitet, status, børn, sex m.m., og i partnerskabet får vi nærtstående kollegaer, ansvarsfordeling, bedre økonomi, kollegial støtte m.m.

Ligesom valg af partner i ægteskabet har forandret sig over tid, således har også partnervalget i almen praksis forandret sig. Valg af partner i ægteskabet er i vores kultur primært styret af nogle meget ubevidste mekanismer, som vi udtrykker os i et emotionelt sprog om. Vi begrundet partnervalg med: »Jeg blev forelsket«, »jeg faldt for hende«, »det føltes bare så rigtig« etc. og sjældent med: »jeg analyserede mig frem til, at hun er et godt parti«, »jeg tror, at hun vil være god til at klare regnskaberne derhjemme« etc. Partnervalget i praksis har også igennem de senere år undergået en forandring fra, at den tilkommende læge blot skulle være lykkelig over, at nogen ville have hende

ind i deres praksis til, at det i dag i langt højere grad handler om, hvorvidt pågældende læge, læger eller praksissen er så attraktiv, at nogen vil vælge den.

Med dette vilkår i mente eksisterer der aktuelt en situation, hvor man på den ene side skal byde sig til (gøre sig attraktiv) for en kommende partner og på den anden side (som kommende partner) kan og bør tillade sig at se sig godt for i sit praksisvalg. Det vilkår giver chancen for at optimere valg af partnere, så partnerskabets overlevelseshancer bliver bedre og bliver en kilde til glæde og faglig udvikling til gavn for den enkelte læge som det primære og sekundært også til gavn for de patienter, som lægen skal tage sig af.

Formodentlig er partnervalg i almen praksis ikke så emotionelt begrundet som et kærestevalg. Alligevel er det tankevækkende, hvor uformuleret og ureflekteret mange læger er om deres partnervalg til praksis. Det er for os en ikke usædvanlig erfaring som proceskonsulenter i lægehuse.

Vores fokus i denne artikel er den enkelte læge og dennes arbejdsliv, og ikke spørgsmålet om, hvorvidt der reelt opnås en rationalisering, bedre patienttilfredshed, subspecialisering etc., idet vi er af den overbevisning, at formår vi at skabe gode arbejdsrelationer og -betingelser, evner vi som mennesker at løse de vanskeligheder og konflikter, som hverdagen nu engang består af.

Man kan stille sig selv spørgsmålet, hvad der kommer først: Har vi det godt med hinanden, så har vi et godt arbejdsmiljø – eller: Skaber vi gode arbejdsbetingelser, har vi det godt med hinanden? Her er selvfølgelig ikke tale om noget enten eller, men inden for organisations-

psykologien er erfaringen, at virksomheder, der lykkes, i højere grad er bundet op på mennesker, det kan lide hinanden (2). Tidligere mente man, at det primært var opgaven (målet), der var det vigtigste, og så måtte man finde de mennesker, der skulle til for at løse opgaven.

Måske er der også en meget tættere sammenhæng mellem, hvordan vi tænker familie, og hvordan vi tænker praksisorganisering. Således refererer *Lars Foged* formanden i PLO, *Henrik Dibbern*, for at konkludere på baggrund af DSI-rapporten om lægehuse, at der synes at være et udbredt ønske om at være organiseret i en praksis, hvor man er 3–5 læger – altså en »familie«, hvis vi kan tillade os at tænke sådan (3). Nu har en af os i en anden artikel her i Månedsskriftet argumenteret for vigtigheden af at skelne imellem »familieorganisering« og »arbejdsorganisering« (4), hvad vi stadig finder centralt, men det er psykologisk interessant, at lægen i almen praksis primært ønsker at organisere sig i netop den organisationsstørrelse. En af faldgruberne i netop den organisering er, at man måske ikke er sig nok organisatorisk bevidst. Der kan let opstå en meget løs organisering, hvor de involverede i praksis mere eller mindre bevidst falder i eller bliver påført bestemte roller, som det jo sker i en familie. Man er: lillebror, den praktiske, den kloge, den ansvarlige, den der skal tages hånd om etc.

Men netop fordi vi har denne tilbøjelighed, når vi organiserer os, er det vigtigt at sikre sig, at partnerskabet ikke alene hviler på sympati og empati, men også på fælles værdier, holdninger og mål.

DUP-testen som konfliktforebyggelse

Lad os dog for et øjeblik vende tilbage til konfliktbegrebet. Når der i den daglige drift opstår frustrationer eller uoverensstemmelse, løses dette typisk ved en udramatisk samtale, hvor forhold bliver udredt, misforståelser rettes og modsætninger konkretiseres. Der findes et kompromis, eller der drøftes frem til en konsensus. Men iblandt findes der ikke en løsning, som opløser uoverensstemmelsen, og uoverensstemmelsen vil måske gentage sig, uden at der findes en løsning. Her vil en konflikt være i anmarch.

Vi kan i sådanne situationer have en tendens til at opfatte den andens adfærd som et udtryk for, hvordan den andens personlighed og motiver grundlæggende er. Fra attribueringsforskningen (5) ved vi, at mennesker har en tendens til at se egen adfærd som begrundet i den *aktuelle situation* man står i, og en tendens til at se egne grunde som *sagligt forankrede* (5). Samtidig har vi en tendens til at se andres adfærd som udtryk for netop *personlighed og karakter og ikke situationel saglighed*. Fra konfliktforskningen ved vi, at dette kan udvikle sig til en opfattelse af ens partner som styret af destruktive motiver rettet mod »mig«, og der vil være en tendens til at opfatte partnerens adfærd som en bekræftelse af dette negative billede. Så det, der starter som en saglig uoverensstemmelse, bliver til en mistillidsfuld konflikt med en gensidig dæmonisering.

Hvorfor er dette relevant at nævne her? Det er relevant, fordi vi på den måde kan komme til at overse en værdifuld og konstruktiv mulighed for sammen med en partner at få undersøgt og finde forkla-

ringen på en uoverensstemmelse og er heri at være enige om at fastholde et sagligt perspektiv. At fastholde et sådant sagligt perspektiv kan imidlertid være vanskeligt, da modsætninger eller frustrationer i forhold til et andet menneske typisk afstedkommer følelser. Følelser har en tendens til at gøre det vanskeligere at fastholde en struktur og en styring af en salighed.

Det er almen erfaring, at det er ulige lettere en løse konflikter i fremtiden end i fortiden. Når man først har en konflikt og er blevet vred, såret, skuffet ... så kan det være svært ikke at tilskrive »modparten« motiver, som attribueringsforskningen dokumenterer. Når vi taler om værdier, holdninger og mål som grundlag for mulige konflikter i fremtiden, er vi endnu ikke emotionelle. Vi kan være uenige endog meget uenige, men det er stadig på et analytisk/intellektuelt plan. »Jeg er uenig med dig – men jeg er ikke vred på dig ...« vil være et udtryk, der vil kunne indramme en sådan uenighed. Når vi konflikter om, hvad der er sket, har vi udtryk som: »Jeg er så vred over, hvad du har gjort ... jeg ved slet ikke, om jeg kan have tillid til dig igen ...«.

Der er således meget konfliktprofylakse at hente, hvis vi formår at tale om, hvad der måske kommer, og ikke om, hvad der er sket. Det er i den sammenhæng, at vi opfordrer til, at man ved et kommende partnervalg tester udsagn og dermed mulige konfliktområder.

Dialogisk værktøj til undersøgelse af partnerskabsgrundlag (DUP)-testen er et forsøg på at teste målsætninger, faglighed samt etiske og æstetiske problemområder. Den kan være et redskab til at sikre en struktur i drøftelsen af de mere grundlæg-

gende holdninger og værdier, som lægen har i forhold til sit fag, sin praksis og sit samarbejde. Den kan være med til at sikre, at man taler om de saglige forhold, som man er mere eller mindre enige om, og diskuterer personlighed og motiver. Dette opløser på ingen måde de uoverensstemmelser, der måtte være, men de kan fastholde en samtale om ligeværdig forskellighed i opfattelser. Er forskellighederne for store, kan det skabe grundlag for en stillingtagen til enten et kompromis, eller at man skal undgå indgåelse af partnerskab med hinanden. Ikke på grund af antipati og mistillid, men fordi man vil noget forskelligt.

DUP er en screeningstest, hvor vi har brugt *Motts* udbygning af *Lewitts* model som ramme (6). Formålet med testen er som udgangspunkt, at den skal kunne være med til at illustrere forskelle og ligheder imellem partnere (dig og dine partnere) i forhold til holdning til emner som økonomi, faglighed, patienter, medarbejdere og samarbejde. Formålet er endvidere, at den skal kunne skabe et overblik over, i hvilket omfang der er samklang eller forskellighed parterne imellem. Testen kan ikke stå alene, men skal danne udgangspunkt for en dialog parterne imellem om de holdninger, overvejelser og prioriteringer, der ligger til grund for de testbesvarelser, som hver enkelt partner udfylder.

Indholdet og forløbet af denne test og dialog kan supplere parternes beslutningsgrundlag på et mere konkretiserende og kvalificerende niveau. I andre tilfælde kan dialogen være med til at fungere som redskab for udvikling og forbedring af partnerskabssamarbejdet og klinikfællesskabet. Til brug ved indgåelse

af partnerskab er det vigtigt, at parterne ikke er på frierfodder og alt for konsensusøgende. Men det er tanken, at man med brugen af testen og dialogen tillader sig selv at være ærlig. Ærlig over for sig selv og ærlig over for kommende partnere. En sværere øvelse end det måske lige lyder som – men det er her, at parterne kan have gavn af proceskonsulenten, hvis opgave ikke er at være konsensusøgende og hjælpsom i forbindelse med de besværligheder, der forekommer, men derimod at være hjælpsom med at være afdækkende og konfronterende. Anderledes forholder det sig, hvis man som proceskonsulent arbejder med et eksisterende fællesskab. Her er opgaven selvfølgelig den stik modsatte – nemlig at være hjælpsom og løsningsorienteret. Vi har i den forbindelse udarbejdet et andet dialogredskab kaldet PUS – *partnerudviklingssamtaler*. Med PUS-værktøjet forsøger vi at generere dialoger, der kan være nødvendige og udviklende for et eksisterende partnerskab. Det er partnerskabets »MUS-samtale« så at sige. Men den og de problematikker vil vi vende tilbage til i en senere artikel.

DUP-testen er bygget op som en klassisk spørgeskemaundersøgelse, hvor man ved afkrydsning erklærer sig mere eller mindre enig i et udsagn dvs. besvarer uenig/enig med: meget uenig = 1; uenig = 2; hverken uenig eller enig = 3; enig = 4 og meget enig = 5.

Testen består af 22 spørgsmål fordelt på fire områder: Første område handler om den *opgave*, som man mener, klinikken skal løse. Her er spørgsmål, som handler om holdning til forretningsmål, de lægefaglige opgaver og holdninger til, hvordan patienter bør mødes. Andet område hand-

Uenig/enig (1-5)	For mig	For min partner(e)
<i>Udsagn:</i>		
Organisering		
(11) Lægerne skal gerne have hvert deres »speciale«		
(12) Lægerne må kontraordinere i forhold til andres patienter uden at informere hinanden		
Faglighed		
(17) Klinikken bør være indrettet stilfuldt og signalere kvalitet		
(20) »Alternative« behandlingsmetoder skal fremmes i klinikken		

Tabel 1. Uddrag af DUP-testen. Hele testen kan rekvireres ved henvendelse til forfatterne eller Center for Organisationspsykologi.

ler om de *aktører*, der er involveret i klinikken, med spørgsmål om holdninger til personaleledelse, -uddannelse og trivsel. Tredje område handler om klinikken *organisering*, med spørgsmål, der retter sig mod forventninger til internt samarbejde – lægerne indbyrdes og personaleorganisering. Sidste område handler om de redskaber eller den *faglighed*, man bruger for at løse klinikken opgave – holdning til klinikudstyr, medicinsk teknologi og metoder. Endelig er der mulighed for at tilføje spørgsmål som besvareren finder vigtige og savner i testen.

Spørgsmålene er tilrettelagt, så de undersøger det overordnede og netop holdningsmæssige og tilstræber, at man ser bort fra isolerede og konkrete begivenheder. I Tabel 1 er nogle eksempler fra hvert område fra testen.

I besvarelsen skal man foruden at svare for sig selv ligeledes gætte på, hvad man tror, kommende kollegaer vil svare. Det er vores indtryk, at mange forsøger at arbejde sammen i nogle måneder, inden man endelig skriver kontrakt om praksis-

fællesskab (hvad der også er rigtig fornuftigt!), og derfor har de fleste et mere eller mindre kvalificeret gæt på, hvad man tror ens kollegaer tænker. Man kan således forestille sig, at man tænker om sine kollegaer, at de vil svare 5 (høj) på at »indtjeningen skal være høj«, men at kollegaerne selv svarer 2 (moderat) til dette spørgsmål.

Her er det ikke tanken, at den ene eller den anden har ret. Det interessante er, hvorfor den kommende partner tænker, som han gør, og hvad der giver anledning til dette, hvis de kommende partnere ikke tænker sådan om sig selv. Den dimension er også et forsøg på at konfrontere hinanden med en åbenhed og ærlighed. Det er jo netop ikke sådan, at vi skal være enige om alt, for at vi kan have et ordentligt partnergrundlag. Et ordentligt partnergrundlag kræver, at man først og fremmest tør stå ved egne oplevelser, tanker og værdier – herunder, hvordan man oplever andre. Såvel som kommende partnere skal turede stå ved deres og ikke forsøge at »smigre« den kommende

partner ind i fællesskabet ved et »idealiseret« billede af egen praksis. Hvis man har en praksis, hvor man f.eks. synes, at det er ødselt at bruge en hel »urinstiks«, hvis man nu kan klippe den i to dele, så man kan »fordoble« indtjeningen på samme test (som en af os hørte om forleden), så stå ved det. Lad din kommende kollega forstå, hvordan dine prioriteringer ser ud. Sådant er det måske også for din kommende kollega, og så er alting jo godt. Men hvis din kommende kollega ikke tænker sådan, så siger det sig selv, at det er op ad bakke, hvis man ser meget forskelligt på noget så fundamentalt og dagligdags, som igen og igen vil forekomme i klinikken.

Det er også vigtigt, at man som kommende partner tør stå ved, hvad man har set og hørt. Man har (som kommende partner) set, at urinstiksene blev klippet i to dele. Eller man kan konstatere, at de kommende partnere åbenbart mere er til Stryhns leverpostej til frokost end til seranoskinke fra delikatessen. Det er måske på den baggrund, at man scorer den kommende partner højt på udsagnet om, at »indtjeningen skal være høj« for at nævne et andet eksempel. Det er måske en forkert opfattelse. Forkert i den vurderendes perspektiv. Det kan det meget vel være. Vi tolker på hinanden ud fra, hvad vi ser og hører. Det er kun i dialogen, at den enkelte kan blive klogere på, om vedkommende virkelig er meget nøjeregnende og måske lidt af en gnier, hvis vi bruger eksemplet med urinstiks. Det kan være, at vedkommende, som har den praksis, tænker »økologisk« om sig selv og har et princip om aldrig at bruge mere end højst nødvendigt, hvilket i vedkommendes egen selvopfattelse vil betyde

noget helt andet end at være en gnier og nøjeregnende.

Det er vores erfaring, at det hjælper at have formulerede »generelle« udsagn at arbejde sig igennem frem for blot en åben dialog. DUP-testen giver en smule personlig afstand. Det er ikke den enkelte, som ønsker at anklage eller såre den anden med nærgående udsagn, men »testen«, som beder os om det, og det er anderledes. Vores erfaring er, at selvom det er en krævende proces og forskelligheder tydeliggøres, hjælper testen med til, at det bliver i en form, hvor ingen bliver personligt ramt eller såret. Der har måske vist sig nogle tydelig holdnings- og interesse modsætninger, og det gør ikke den ene eller den anden til et bedre menneske endsige en bedre læge. Men spørgsmålet om, hvorvidt netop disse mennesker skal arbejde sammen, skal evalueres. Både hver for sig og med hinanden. Det er vores erfaring, at det er bedre at skilles her end flere år efter, hvor partnerne er dybt involveret i hinanden.

Det er naturligvis naivt og urealistisk at tro, at hvis kommende praksispartnere blot tager DUP-testen, kan det ikke gå galt. Her er ingen garantier – desværre. Livet leves forlæns og forstås baglæns, som *Kierkegaard* har sagt. Men udgangspunktet er bedre undersøgt. Forventningsafstemningen er mere klarlagt. Men som ægteskabet kan misrygtes, sådan kan også partnerskabet. Partnerskabet kræver opmærksomhed, og man vil også have brug for at komme i »parterapi« indimellem, både som profylakse og i konkrete vanskelige situationer.

Lad os til slut komme med nogle almene råd, der, selvom de er lette at give, kan de være svære at efterleve:

- Hellere ærlig nu end senere
- Stol på hvad du ser og mærker
- Du er ikke ved at blive ansat, men køber butikken
- Test dine kommende kollegaer i konfliktløsning (interessemodsætninger)
- Kompromis er ikke altid den bedste løsning – gå efter *win-win*.

Partnervalg i praksis – kærlighed eller fornuft? skrev vi i artiklens overskrift, men vi håber, at vi har illustreret, er der ikke er tale om et *eller* men om et *og* – altså både kærlighed *og* fornuft.

Økonomiske interessekonflikter:
ingen angivet.

LITTERATUR

1. Kjellberg PK, Buch MS, Olsen KO et al. Små og store lægehuse – et komparativt casestudie. DSI rapport. København: DSI, 2008
2. Collins J. Good to great. New York: Harper Business, 2001
3. Foged L. Store eller små lægehuse contra store og små lægehuse. Lægen i Midten nr. 3, 2008:15–8.
4. Braskov S. Når samarbejde i praksis skrander. Månedsskr Prakt Lægeger 2004;82:1–13.
5. Franzoi SL. Social psychology. Columbus, Ohio: N.T McGraw-Hill, 2006.
6. Mott L. Systemudvikling. Det menneskelige aspekt. København: Handelshøjskolen, 1992.