

Professioner og værdier i bevægelse – når målet er det aktive patientskab

Michael 2015;12:153–66.

Velfærdsstatens delvise transformation til konkurrencestat skaber nye vilkår og roller for de sundhedsprofessionelle. Mens velfærdsstaten er indrettet med en række ordninger, der beskytter borgerne mod konsekvenserne af global konkurrence, mobiliserer konkurrencestaten sine borgere i bestræbelserne på at styrke nationen i den globale konkurrence. Velfærdsstatens værdier som solidaritet, omsorg for de svageste og lighed for alle i forhold til blandt andet sundhed bliver udfordret af konkurrencestatens menneskesyn, hvor den enkelte er ansvarlig for sit eget liv og fri til at realisere sine egne behov. Disse forandringer har betydning for sundhedsprofessionerne på to måder: dels svækkes professionernes samfundsmæssige prestige og magt, dels ændres det relationelle forhold mellem professionel og borger. Disse forhold kræver, at sygepleje- og omsorgsforskningen øger interessen for betydningen af samfundsmæssige forhold for befolkning og sundhedsprofessionelle.

Indledning

I denne artikel argumenterer vi for, at rammerne for at varetage opgaveløsning inden for sundheds- og sygeplejeområdet er under grundlæggende forandring, og at dette rejser nye faglige og videnskabelige spørgsmål i relation til omsorg og magt. Vi tager afsæt i den nordiske velfærdsstat og dennes delvise transformation til konkurrencestat og argumenterer for, at denne transformation ledsages af forandringer i de sundhedsprofessionelles rolle.

Vi opererer med magt- og styrkeforhold på to niveauer: Dels på mikro-niveau, som vedrører relationelle forhold mellem mennesker; dels på makro-niveau, som vedrører samfundsmæssige forhold. Det er vores vurdering, at sygepleje- og omsorgsforskningen især er optaget af analyser af magt og

omsorg på mikroniveau, om end der foreligger væsentlige analyser af betydningen af de samfundsmæssige rammer for omsorg (1,2).

Vi konkluderer, at ændringer i magtforhold på makroniveau sammen med en række samtidige ændringer i værdier og i udvikling og kommercialisering af medicinsk forskning mv. får betydning for, hvordan vi kan forstå magt- og styrkeforhold i omsorgsarbejdet på mikroniveau. Vi argumenterer for, at sygepleje- og omsorgsforskningen må øge interessen for analyser af omsorg og magt i et makroperspektiv for fortsat at kunne indfange, hvorledes dette udspiller i det aktuelle sundhedsvæsen.

Fra velfærdsstat til konkurrencestat

Den danske professor i komparativ økonomi på Copenhagen Business School, Ove Kaj Pedersen, har i bogen *Konkurrencestaten* (3) beskrevet nogle gennemgribende ændringer, som han mener er sket i de vestlige lande inden for de seneste 25 år. Ændringerne er forårsaget af ændringer i verdensøkonomien og ideen om nationernes konkurrence, der medfører, at staten bliver stadig mere dymanisk og internationalt orienteret. Dette betyder et brud med en tradition, der går 100 år tilbage, og som for alvor foldede sig ud med udbygningen af velfærdsstaten efter 2. verdenskrig. Skønt Pedersens analyser vedrører den danske velfærdsstat, kan bogens pointer anvendes til forståelse af tilsvarende træk ved andre af de vestlige velfærdsstater – ikke mindst de nordiske, der har afgørende lighedspunkter. Selvom Pedersen associerer begrebet konkurrencestat til marxistisk statsteori og fører begrebet tilbage til begyndelsen af 1990'erne, hvor bl. a. Philip Cerny skrev om 'the Competition State', fremstår Pedersens introduktion af begrebet i en dansk kontekst dog som resultatet af Pedersens selvstændige analyse af de forandringer, der er sket i samfundet siden 2. verdenskrig.

Pedersen beskriver velfærdsstaten som et politisk kulturelt projekt, som for alvor vandt frem som ide og organisering efter 2. verdenskrig. Velfærdsstaten skulle forebygge ulighed og forarmelse og deraf følgende ekstremisme og var bygget på en moralsk og eksistentiel opfattelse af fremtidens menneske. Midlet var social lighed gennem dannelse til demokrati og gennem beskyttelse af borgerene mod den internationale konkurrences sociale konsekvenser som f.eks. massearbejdsløshed. Pedersens ærinde er således at vise, at skreddet fra velfærdsstat til konkurrencestat ikke blot vedrører den politiske økonomi, men også den politiske kultur, hvilket medfører dybtgående ændringer i velfærdsstaternes værdier og menneskesyn.

Velfærdsstatens værdier var solidaritet, omsorg for de svageste og lighed for alle i forhold til samfundsmæssige goder som uddannelse og sundhed. I konkurrencestaten hersker ideen om det opportunistiske menneske. Her

er den enkelte ansvarlig for sit eget liv og fri til at realisere sine egne behov. Det skyldes blandt andet velfærdsstatens høje omkostningsniveau og tilpasningen til «den globale orden» (3 s. 44-46). Dette indebærer, at velfærdsstatens institutioner reduceres og effektiviseres med henblik på at fremme nationens konkurrenceevne på det globale marked. Det er Pedersens påstand, at konkurrencestatens overordnede mål er det samme som velfærdsstatens, nemlig at sikre velstand for borgerne og dermed skabe stabilitet og fred. Men strategien er ændret: Nu gælder det ikke om at beskytte borgerne mod konsekvenserne af global konkurrence, men om at mobilisere borgerne i bestræbelserne på at styrke nationens konkurrenceevne i den globale konkurrence. Den opportunistiske og selvrealiserende person er altså ikke et mål i sig selv, men er det nye middel til at opnå det fælles bedste: at sikre nationens overlevelse i den globale konkurrence. Til forskel fra Jensen og Højrup (4), som også diskuterer forandringerne i velfærdsamfundet med henvisning til Philip Cerny's beskrivelse af 'the Competition State', tager Pedersen således den politiske argumentation om, at den danske udgave af konkurrencestaten er udviklet i bestræbelserne på at sikre velfærdssamfundet, til efterretning. Pedersen er lang fra den første, som peger på, at velfærdsstatens offentlige institutioner de seneste 2-3 årtier er blevet ændret gennem en lang række af reformer og reformideer, hvoraf New Public Management har været en af de helt centrale (5). Pedersen peger som mange andre på, at neoliberalismen indtager en dominerende rolle i den globale politik, også på trods af den økonomiske krise i begyndelsen af dette årtusinde. Men Pedersens bidrag til diskussionerne er, at han ikke stopper ved en kritik eller diskussion af New Public Management. Skønt Pedersen således anlægger et politisk økonomisk perspektiv og specielt interesserer sig for, hvordan tilpasningen til udviklingen i den globale økonomi foregår, er han ikke blot optaget af at analysere og beskrive økonomiske reformer og styringskoncepter, men af at vise, at økonomisk tænkning hænger snævert sammen med kultur og værdier. Således er bogens vigtigste pointe, at nutidens internationale konkurrence er anderledes end efterkrigstidens: der er en menneskeforståelse og en markedsforståelse til forskel.

Økonomi og værdier hænger sammen, og der har altid hersket en værdikamp. Det nye ved konkurrencestaten er, at værdikampen underordnes den samfundsøkonomiske forestilling. Idealet om den eksistentielle person erstattes af idealet om den opportunistiske person, og ideen om den uerstatelige eksistens erstattes af ideen om den rationelle og egennyttige eksistens. De samfundsmæssige fællesskaber skabes ikke gennem demokratisk deltagelse, men gennem arbejdet.

Værdier som lighed, fællesskab, solidaritet og omsorg for næsten fortrænges (delvist) af forestillinger om, at mennesker er drevet af egne interesser og motiveret af tilskyndelser og incitamenter, der stimulerer personen til selvrealisering gennem arbejdet.

Tabel 1 illustrerer vores udlægning af forskelle i velfærdsstatens og konkurrencestatens værdier. Det er vigtigt at understrege, at Pedersen taler om en *delvis* transformation. Det er ikke påstanden, at velfærdsstatens værdier er erstattet af konkurrencestatens, men at der sker en forskydning, og at der finder en værdikamp sted.

Tabel 1: Træk ved velfærdsstat og konkurrencestat. Frit efter Pedersen 2011.

Velfærdsstaten	Konkurrencestaten
Beskytter befolkningen	Mobiliserer befolkningen
Lighed, fællesskab, solidaritet og omsorg for næsten	Den enkelte er ansvarlig for sit eget liv og fri til at realisere egne behov
Den eksistentielle person	Den opportunistiske person
Dannelse	Kompetenceudvikling
Fællesskab gennem deltagelse i demokratiske processer	Selvrealisering gennem arbejde
Re-aktivt sundhedsvæsen	Pro-aktivt sundhedsvæsen

Pedersen beskriver hvorledes staten og dens institutioner er blevet tilpasset konkurrencestatens samfundsøkonomiske forestilling. De offentligt ansatte skal arbejde så effektivt som muligt og gøre det med den højst mulige produktivitet, samtidig med at det, de producerer, skal have optimal effekt på de private virksomheders konkurrenceevne. For at bringe det offentlige ressourceforbrug under kontrol er økonomistyringen søgt centraliseret gennem en lang række statslige reorganiseringer. Statens legitimitet opnås ikke, som det tidligere var tilfældet, gennem borgernes medbestemmelse og parternes inddragelse, men ved dens evne til at skabe konkurrence og til effektivt at udnytte de ressourcer, der er stillet den til rådighed. Med folkeskolen som eksempel viser Pedersen, hvordan konkurrencestatens behov for, at borgeren står til rådighed og bidrager til at styrke nationen i den globale konkurrence, kan aflæses i skolepolitikken. En tilsvarende analyse af udviklingen i sundhedsvæsenet vil givetvis vise tilsvarende mønstre, idet konkurrencestaten vedrører alle samfundets institutioner. Helt overordnet søger konkurrencestaten, ifølge Pedersen, aktivt at mobilisere befolkningen og virksomhederne i at deltage i den globale konkurrence, at gøre den enkelte

ansvarlig for sit eget liv og at fremme dynamik gennem «den uendelige reform» (3 s. 12 og s. 206). Det betyder bl.a., at befolkningen i højere og højere grad skal tage ansvar og være selvforvaltende i forhold til egen sundhed, og at sundhedsvæsenet skal være proaktivt i stedet for reaktivt i forhold til befolkningens sundhed.

Sundhedsprofessioner og borgere – Historisk tilbageblik

På baggrund af Pedersens samfundsdiagnose vil vi nu vende os til spørgsmålet om magt og omsorg og diskutere, hvordan velfærdsstatens delvise transformation til konkurrencestat påvirker forholdet mellem patienter og sundhedsprofessionelle, og hvilke nye typer af spørgsmål om magt og omsorg dette rejser. For at tydeliggøre på hvilke måder forholdet er under forandring, må vi først se på, hvad der historisk set har kendetegnet sundhedsprofessionerne.

I takt med udviklingen af velfærdsstatens institutioner fra midten af det 20. århundrede voksede en række, hovedsagligt kvindelige, erhverv frem. Mange af disse har efterhånden opnået professionsstatus og benævnes ofte som velfærds-, omsorg-, relations- eller semiprofessioner (6, 7, 8). Når vi i det følgende anvender ordet sundhedsprofessionelle, refererer vi til disse erhverv.

Der hersker langt fra enighed om, hvad professioner er, og hvordan de kan beskrives. Dog har de såkaldte 'professionsvenlige' teorier haft en afgørende betydning for den generelle forståelse af professioners rolle. Disse teorier hæfter sig ved professionernes samfundsstabiliserende funktioner, som for de klassiske professioners vedkommende drejede sig om sundhed (læger), lov og ret (jurister) og sandhed (præster). Med professionaliseringens 2. og 3. bølge (11) fulgte blandt andet opgaver som dannelse (bibliotekarer), opdragelse (pædagoger), uddannelse (lærere), pleje og omsorg (sygeplejersker) osv. Professioner har historisk set været karakteriseret ved, at de har varetaget deres opgaver og ansvar gennem forvaltning af specialiseret kundskab i en kollegial organiseringsform og med en politisk legitimitet til at gennemføre et samfundsoptag gennem udøvelse af professionel dømmekraft – også kaldet fagligt skøn (9). Professionerne har endvidere haft et samfundsmæssigt mandat, som for en dels vedkommende har været udtrykt gennem statsautorisation. Hertil kom en høj grad af autonomi i arbejdstilrettelæggelse, udførelse og kvalitetsvurdering. Mange professionsteorier beskriver professionernes virksomhed som præget af altruisme og tillid i forholdet mellem den professionelle og borgeren. Endelig vil vi nævne, at den specialiserede viden, som professionerne har bygget deres virke på, historisk set har været monopoliseret eller i al fald beskyttet og præget af et særligt professionelt sprog, som har gjort det utilgængeligt for menigmand.

Disse træk ved professionerne har givet anledning til beskrivelser af det professionelle arbejde som magtfuldt: at være forvalter af en særlig viden og have retten til ud fra denne viden at afgøre, hvad der er det bedste for 'den anden' (10). Altruismen er altså nært forbundet med magt, og forholdet mellem professionel og borger kan dermed også beskrives som præget af paternalisme, asymmetri og formynderi. Dette ændrer dog ikke ved, at der generelt set har været en positiv opfattelse af professionerne, både hvad angår deres stabiliserende samfundsbidrag og uegennyttige relation til borgeren. Ikke mindst inden for professionerne selv er en sådan selvforståelse udbredt, og det er vores opfattelse, at sundhedsfaglige diskussioner om omsorg og magt ofte foregår inden for rammerne af denne forståelse af professioner.

Ikke desto mindre er denne opfattelse i de senere år kommet under pres, og professionerne er kommet i en «responsiv» rolle (6), idet patienter, pårørende, politikere, administratorer, medier og interesseorganisationer i stigende grad forventer, at de professionelle viser større respekt for borgerne og deres behov og på baggrund af deres faglige viden indgår i forhandlinger om, hvordan opgaverne løses bedst. Således er det ikke blot det medicinske hegemoni, som er blevet udfordret af de nye sundhedsprofessioner. I de senere år har de tekniske professioner (11) bestående af højtuddannede vidensarbejdere inden for teknologi, finans og ledelse organiseret sig i faglige organisationer og hævdet samfundsmæssig legitimitet med henvisning til, at de varetager vigtige funktioner i forhold til at sikre f.eks. organisatorisk effektivitet, styring af offentlig budgetlægning og national konkurrenceevne. Denne forskydning af indflydelse og dermed svækkelse af sundhedsprofessionernes relative magt, fik næsten symbolsk udtryk i 2007, da den første ikke-lægelige chef for Sundhedsstyrelsen i Danmark blev udpeget. Den nye chef var cand. scient. pol. (4).

Disse forskydninger i professionernes relative magt er i nogen grad foregrebet af de såkaldte kritiske professionsteorier, som ikke har fokuseret på forholdet mellem den professionelle og borgeren, men på professionernes indbyrdes styrkeforhold og deres rolle i forhold til andre grupper i samfundet (12). De kritiske professionsteorier ser professionalisering som en erhvervsgruppes strategi til at tilkæmpe sig en samfundsmæssig position. Gennem blandt andet krav om formaliseret uddannelse, autorisation og kundskabsmonopol har professionerne tilkæmpet sig kontrol over et område ved at udelukke andre fra adgang til det arbejdsområde og til de goder, der følger med. Professionerne har dog mistet deres relative prestige i takt med, at flere og flere har fået tilkæmpet sig et højt uddannelsesniveau og professionsstatus. Kritiske stemmer har spurgt, om professionerne, i deres iver

efter at opnå prestige, har været sig deres ansvar bevidst. Argumentet er, at de forvalter store samfundsressourcer og tager beslutninger, som griber ind i menneskers liv, og at de under påberåbelse af altruistiske motiver i lige så høj grad har været optaget af at varetage egne interesser. I takt med velfærdssamfundets økonomiske ekspansion har sådanne spørgsmål lagt pres på professionerne og deres virke.

Tilbage til nutiden og spørgsmålet om magt og omsorg

Med denne karakteristik af professionerne og Ove Kaj Pedersens påstand om, at velfærdsstatens delvise transformation til konkurrencestat er et vilkår, som vi ikke kan komme udenom, vender vi nu tilbage til spørgsmålet om magt og omsorg og spørger: hvordan kommer disse ændrede forhold til udtryk i forhold til professionerne – specielt hvad angår magt og omsorg? Vi vil i det følgende pege på to træk, som vi mener er helt centrale: På makroniveau er professionerne i den klassiske forstand under forandring, og deres samfundsmæssige magt er svækket. På mikroniveau er relationen til borgeren eller patienten ændret fra at gøre det, som patienten ikke magtede, til at støtte patienten til at magte det selv og dermed udøve aktivt «patientskab» (13).

Her skal vi igen understrege, at der ikke er tale om, at velfærdsstatens værdier er erstattet af konkurrencestatens, men at balancen imellem dem i disse år forskydes. Dermed udfolder omsorgsarbejdet sig i et spændingsfelt mellem konkurrerende værdier. Når vi i det følgende peger på de to træk, som vi mener er helt centrale, når vi skal belyse spørgsmålet om, hvordan de ændrede forhold kommer til udtryk i forhold til det sundhedsprofessionelle arbejde, er det således væsentligt samtidig at gøre opmærksom på, at velfærdsstatens forståelse af den professionelle og relationen mellem sundhedsprofessionel og patient fortsat i nogen grad er gældende.

Svækkelse af professionernes samfundsmæssige magt

Der er ingen tvivl om, at konkurrencestatens strategi om at mobilisere befolkningen og samfundets institutioner til at indgå i den globale konkurrence har betydet en svækkelse af professionernes autonomi og position (14, 15). I Danmark sker dette gennem en øget politisk styring som f.eks., kvalitetsreformen af hele den offentlige sektor og et stigende dokumentationskrav til de professionelle. Professionernes autonome ret til at tilrettelægge arbejdet og vurdere kvalitet er i høj grad udfordret af eksterne krav i form af akkreditering, kvalitetsmodel, vedvarende effektiviseringskrav (16) og omorganisering af sundhedsvæsenets opgaver (17). De offentlige institutioner forvaltes gennem mål- og rammestyring med en tendens til, at

målfastsættelsen sker fra overordnet politisk hold. Samtidig inddrages de offentlige institutioner i højere grad som medansvarlige for nationens konkurrenceevne.

Den offentlige sektors institutioner er således ikke blot udfordret økonomisk; de bliver også i stigende grad gjort medansvarlige for nationens konkurrenceevne. Sundhedssektoren skal ikke alene mobiliseres til selv at være mere effektiv og produktiv ved at producere bedre og flere sundhedsydelser; den skal også bidrage til at mobilisere befolkningen i den globale konkurrences navn. Samtidig peger flere forskere på, at det offentlige sundhedsvæsen i stigende grad udfordres af, at det kun udgør én af flere spillere på 'sundhedsmarkedet' (14, 18). Sundhed vil i stigende grad udgøre et marked for kommercielle virksomheder, og befolkningen vil i stigende grad blive tilbudt sundhedsydelser direkte fra private aktører og dermed udenom de offentligt ansatte sundhedsprofessionelle. Der er således mange samtidige interesser og bevægelser, der driver udviklingen frem og forårsager ændringer i de sundhedsprofessionelles rolle.

I den offentlige debat, som også de sundhedsprofessionelle deltager i som borgere, stilles der krav om, at de offentlige institutioner kan godtgøre deres prioriteringer og virke. Den almindelige borger, som er mindre autoritært indstillet end tidligere generationer borgere, forventer således i stigende grad at blive mødt som ligeværdig i et fleksibelt og serviceorienteret sundhedsvæsen. Denne demokratiseringstendens gælder også de professionelles særlige viden (vidensmonopolet), der i kraft af befolkningens generelt høje uddannelsesniveau og internettets udbredelse er blevet tilgængelig på en helt anden måde end tidligere. Dermed er professionernes rolle som dem, der vidste bedst og dermed havde autoritet, også udfordret.

De samme forhold, som har forårsaget disse ændringer i professionernes samfundsmæssige prestige og magt, har også betydning for de professionelles rolle på mikroniveau, idet forholdet mellem borger og sundhedsprofessionel også er under forandring.

Ansvarliggørelsen af den enkelte og det aktive patientskab

Som nævnt peger Ove Kaj Pedersen på, at et af de centrale træk ved konkurrencestaten er, at den søger at mobilisere den enkelte og gøre denne ansvarlig for sit eget liv. Samtidig iværksættes tiltag til at gøre sundhedsvæsenet mere proaktivt med forebyggende indsatser. Det betyder, at den sundhedsprofessionelles rolle i stigende grad bliver at vejlede, motivere og hjælpe den enkelte til at magte rollen som patient.

Denne politisk initierede tendens er blevet mulig og understøttet af udviklingen i den medicinske forskning. Den fremtrædende engelske pro-

fessor i sociologi, Nicolas Rose, beskriver i lighed med Pedersen en tendens til, at kravet til individernes ansvar for at forvalte deres egne anliggender intensiveres i de vestlige demokratier. I bogen «Livets politik» (18) kobler Rose ikke kun den tendens til ændringer i den globale økonomi, men er specielt optaget af udviklingen i og kommercialiseringen af den medicinske forskning. Rose tager afsæt i et skifte i de sundhedspolitiske mål: I det 18. og 19. århundrede var målet en sund befolkning. Sundhedspolitikken var optaget af fødsels- og dødsrater, sygdomme, epidemier, kontrol med vand, kloakering, fødevarer, gravpladser og boligforhold. Til forskel herfra er vore dages sundhedspolitik optaget af at forme og optimere menneskets vital-kapacitet. Dermed har vi, ifølge Rose, bevæget os ind i det, han kalder den biologiske ansvarligheds tidsalder, idet udviklingen i den biomedicinske forskning har gjort, at vi i stigende grad er begyndt at forholde os til os selv som somatiske individer. Dette gælder for eksempel hjernen, som vi, i takt med udviklingen i den biomedicinske forskning, er begyndt at forstå som et organ på molekylniveau og dermed på lige fod med andre organer. Sygdomme, som tidligere blev forklaret med henvisning til psykologiske eller sociale belastninger, forklares nu med henvisning til molekylære tilstande. Dette fritager dog ikke den enkelte for ansvar – tværtimod. Biologi er ikke blot skæbne, men også en mulighed. At opdage det biologiske grundlag for en sygdom er ikke at resignere over skæbnen, men at åbne for et håb, som ikke blot knytter sig til eksperternes sofistikerede interventioner, men også til at den enkelte tager de nødvendige forholdsregler, der skal til for at en sygdomsdisposition ikke udvikler sig til egentlig sygdom.

Denne fordring til den enkelte om at forholde sig proaktivt til sundhedsrisici kalder Rose for en «somatisk etik» (18 s. 317-325). Somatiseringen af etikken udstrækker sig også til sindet: De molekylære fænomener betragtes som determinanter for menneskers sindsstemninger, ønsker, personligheder og patologier. Og menneskers adfærd forsøges formet gennem forskellige tiltag, som Rose kalder en «ethospolitik» (18 s. 56). Ethospolitik beskæftiger sig med selv-teknikker, ved hjælp af hvilke mennesker bør vurdere og handle i forhold til sig selv og gøre sig selv bedre, end de er. Dette sker under vejledning af alle former for terapeuter, eksperter og konsulenter. Dette drives blandt andet frem af den stigende kapitalisering af lægevidenskaben og en stigende økonomisk interesse, som er orienteret mod optimeringsmål.

Alt dette betyder, at det «biologiske borgerskab» (18 s. 179) er ved at tage form. Sundhedsoplysning og biologisk uddannelse af borgeren er en national prioritet, som skal gøre borgeren bedre i stand til at engagere sig og handle aktivt i forhold til sig selv. At udøve borgerskab er at være aktiv.

Grænserne mellem offentlige og private interesser udviskes, og den faktiske eller potentielle patient må prøve at forstå sin sygdom, samarbejde med sundhedsprofessionelle for at nå frem til det bedste behandlingsprogram, engagere sig i selvtæknikker for at fremme restitutionsprocessen og indtage den forebyggende, optimerende eller behandlende medicin, som anbefales.

En af Roses pointer er, at de biologiske forestillinger om borgerskab ikke blot kommer 'ovenfra'; dvs. fra politikere og sundhedsprofessionelle. De kommer også 'nedefra': dvs. fra befolkning, patientorganisationer mv. i form af f.eks. krav om behandling eller støtteforanstaltninger. Således vokser det biologiske borgerskab frem i et komplekst samspil mellem regeringernes rationaler, industriens interesser, forskeres interesser, patientorganisationers interesser osv.

I den biologiske ansvarligheds og den somatiske etiks tidsalder er det altså i stigende grad den enkeltes ansvar at vedligeholde og optimere sin sundhed til gavn for nationen, mens det er de sundhedsprofessionelles opgave at støtte, coache og motivere mennesker til at påtage sig dette ansvar. I Danmark ser vi Roses pointer afspejlet i politiske strategier, som i høj grad fokuserer på den enkeltes ressourcer (health literacy) og livsstil (KRAM-faktorer) (19) som afgørende for sygdomsudvikling og -mestring, og som stimuleres af industri og andre interessenter, som patientforeninger og andre interesseorganisationer, der ser henholdsvis nye markeder og muligheder for indflydelse for deres medlemmer.

Nye former for magt og omsorg på det relationelle niveau

Hvad er det så for en omsorg, der skal ydes, og hvad er det for en magt, man udøver som professionel i konkurrencestaten og den somatiske etiks tidsalder? Vi har indtil nu peget på, at forskellen fra tidligere består i, at professionernes magt på makroniveau er svækket, og at vægten i de sundhedsprofessionelles rolle på mikroniveau ændres fra at handle og tage beslutninger på vegne af patienterne til at påvirke og styrke patienterne til selv at kunne handle og tage beslutninger for derigennem at kunne påtage sig et 'aktivt patientskab' – og med mange andre interessenter, som f.eks. producenter af teknologier til træning, selvmonitorering og selvbehandling, som medspillere. Den sundhedsprofessionelle indgår altså som en væsentlig aktør i velfærdsstatens delvise transformation, idet opgaven er at få borgeren eller patienten til at påtage sig det aktive patientskab og at magte rollen som patient; herunder at tilrettelægge borgerens kontakt med sundhedsvæsenet, så den enkeltes og dennes netværks ressourcer bringes i anvendelse i så høj grad som muligt. Fordringen til den sundhedsprofessionelle er altså ikke længere i så høj grad at tage vare på 'den anden', men at motivere og styrke

den anden til at tage vare på sig selv. Med en omskrivning af Løgstrups etiske fordring, som Kari Martinsen i en lang række centrale sygeplejefilosofiske tekster har behandlet, kan man sige, at den etiske fordring til de sundhedsprofessionelle i dag ikke i så høj grad kommer af, at man 'har noget at den andens liv i sin hånd', men at man skal støtte den anden i at 'tage sit liv i egne hænder'.

Det er vores påstand, at den sundhedsprofessionelles rolle dermed ikke er mindre magtfuld end tidligere, men magten kommer til udtryk på en ny måde. Den magt, som var forbundet med den klassiske forståelse af professionerne, hvor den professionelle havde rollen som ekspert og dermed den, der 'vidste bedst', er svækket. Det betyder imidlertid ikke, at deres virke er mindre forbundet med magt. Sundhedsprofessionerne er i høj grad spundet ind i magtrelationer og indgår i lige så høj grad som tidligere i den statslige styring af befolkningen. Mange har med inspiration fra Michel Foucault (20, 21) analyseret, hvorledes den statslige styring i de moderne demokratier opererer som en blød, disciplinerende og subtil magtform uden synlig magtanvendelse (22, 23). Denne pastorale eller 'governmentale' styring, mener vi, er fortsat en væsentlig styringsteknologi, men målet for styringen har ændret sig. Mens målet for velfærdsstatens styring var befolkningens velfærd, er målet for konkurrencestatens styring at sikre statens konkurrenceevne. Hvor det i velfærdsstaten handlede om at opdrage den enkelte til at 'gøre sin pligt og kræve sin ret' i forhold til fællesskabet, handler det i konkurrencestaten om at optimere sit bidrag til fællesskabet for at kunne bidrage til statens konkurrenceevne. De mange teknologiske hjælpemidler, som udvikles med henblik på at øge menneskers selvforvaltning stiller sammen med politiske og organisatoriske værdier og idealer om øget patientinvolvering krav til den enkelte patients egen aktivitet og (med)ansvar. Således er det fortsat meningsfuldt at betragte sundhedsvæsenets aktører som moderne hyrder, hvis opgave det er at lede mennesker til at lede sig selv (24). Som sådan bryder konkurrencestaten ikke afgørende med styringsmekanismerne i det moderne, demokratiske styreform, men er snarere med til at intensivere den.

Udviklingen af nye patientroller og idealer kan dog også ses som udtryk for en reel demokratisering af de offentlige institutioner, som ikke knytter sig direkte til konkurrencestaten, men som måske i højere grad kan tilskrives en generel bestræbelse på at udligne sociale forskelle gennem uddannelse til alle. Således er målet med konkurrencestaten, som tidligere nævnt, ikke afgørende forskelligt fra velfærdsstatens: at skabe social og økonomisk stabilitet og undgå ekstremisme. Der er mange tegn på, at tidligere tiders autoritære forhold er under opløsning, og at forholdet mellem professio-

nelle og borgere er mere ligeværdigt, inddragende og serviceorienteret. Ej heller er der tvivl om, at mange vil befinde sig meget bedre med den nye, aktive patientrolle, som på mange måder kan ses som frigørende i forhold til tidligere tiders passive og umyndiggørende rolle, og som passer til den måde, borgere i konkurrencesamfundet dannes til selvansvarlige borgere.

Men selvom mange borgere må forventes at befinde sig godt med en aktiv patientrolle, mener vi, at der er forskel på at blive inddraget og respekteret som borger i demokratiserede institutioner og at blive pålagt rollen som selvforvaltende patient med ansvaret for egen skæbne. Det er vores vurdering, at det langt fra er alle borgere eller patienter, der kan imødekomme samfundets forventninger om at 'magte' denne form for patientrolle. Mange vil af fysiske, psykiske eller sociale årsager ikke være i stand til at tage ansvaret selv. Der kan lægges stort pres på patienterne og deres netværk, når de fordres større ressourcer, selvstændighed, viden, ansvar og overblik, end de er i besiddelse af (25, 26). Det betyder, at på trods af ændringerne i relationen med borgerne vil diskussionen om professionel paternalisme givetvis fortsat være aktuel, blot i en ny form. Og der vil fortsat være behov for kompenserende sygepleje (27) og svag paternalisme (2, 28).

Nye fordringer til professionerne

Hermed er vi kommet frem til at konkretisere, hvilke nye faglige og videnskabelige spørgsmål i relation til omsorg og magt inden for sundheds- og sygeplejeområdet, som professionerne må forholde sig til. Meget tyder på, at de økonomiske forhold fortsat vil spille en væsentlig rolle i sundhedsvæsenets udvikling. F.eks. har den danske professor i uddannelsesforskning Katrin Hjort i sin seneste bog (14) argumenteret for, at selve det affektive arbejde – det vil sige arbejdet med mennesker – er på vej til at blive et nyt område for en kommercialisering, som vi kun har set begyndelsen til. Det stiller nye fordringer til de professionelles etiske refleksivitet og kritiske diskussion af perspektiverne i dette nye vilkår for arbejdet med mennesker. Derfor mener vi, at der er behov for at rette fokus på betydningen af de samfundsmæssige bevægelser og mekanismer og konsekvenserne for mennesker. Det er f.eks. nødvendigt at re-aktualisere de etiske diskussioner inden for sygepleje og sygeplejeforskning og at opruste interessen for etiske spørgsmål på makroniveau. Hidtil har de etiske diskussioner primært fokuseret på etiske spørgsmål og dilemmaer vedrørende den enkelte og det relationelle forhold mellem borgere og sundhedsprofessionelle. Disse vil fortsat være aktuelle – ikke mindst i lyset af intensiveringen af anvendelsen af de 'bløde magtformer', som udbredes med henblik på at øge patienters selvforvaltning. Vi mener, det desuden bliver vigtigt at styrke de sundhedspro-

fessionelles opmærksomhed på de samfundsmæssige udfordringer med henblik på at kunne forholde sig analytisk og reflektivt til de samfundsmæssige transformationer og at påpege effekterne af disse for patient- og befolkningsgrupper. Det betyder, at sundhedsprofessionelle også må kunne forholde sig til og argumentere for økonomiske konsekvenser af sundhedsmæssige problemstillinger.

Litteratur

1. Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano; 1989.
2. Martinsen K. *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano; 1993.
3. Pedersen OK. *Konkurrencestaten*. København: Hans Reitzel; 2011.
4. Højrup T, Jensen UJ. Moderne fællesgoder eller postmoderne kynisme? Mellem velfærdsstat og konkurrencestat i teori og praksis. I: Thorgaard K, Nissen M, Jensen UJ (red.) *Viden, virkning og virke – forslag til forståelse af velfærdspraksis*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag; 2010.
5. Greve C. *Reformanalyse. Hvordan den offentlige sektor grundlæggende er blevet forandret i 00'erne*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag; 2012.
6. Hjort K. *De professionelle: forskning i professioner og professionsuddannelser*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2004.
7. Rask Eriksen T, Jørgensen A. (red.) *Professionsidentitet i forandring*. København: Akademisk Forlag; 2005.
8. Moos L, Krejsler J, Fibæk Laursen P. (red.) *Relationsprofessioner: lærere, pædagoger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, socialrådgivere og mellemledere*. København: Danmarks Pædagogiske Universitet; 2008.
9. Grimen H, Molander A. Profesjon og skjønn. I: Molander A, Terum LI (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
10. Molander A, Terum LI. Profesjonsstudier – en introduktion. I: Molander A, Terum LI (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
11. Rasmussen M. *Læring og vejledning i praksis*. København: Akademisk Forlag; 2014.
12. Fauske H. Profesjonsforskningens faser og stridsspørgsmål. I: Molander A, Terum LI (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
13. Kjær P, Reff A. *Ledelse gennem patienten: nye styringsformer i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag; 2010.
14. Hjort K. *Det affektive arbejde*. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2012.
15. Riiskjær E. *Patienten som partner: en nødvendig idé med ringe plads*. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2014.
16. Vallgård S, Krasnik A. (red.) *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. København: Nota; 2013.
17. Pedersen KM, Petersen NC. (red.) *Fremtidens hospital*. København: Munksgaard; 2014.
18. Rose N. *Livets politik: biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. 1. udgave. Virum: Dansk Psykologisk Forlag; 2009.
19. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. *Risikofaktorer og sundhed i Danmark*. Udarbejdet for Statens Sundhedsstyrelse af Danmarks Institut for Folkesundhed; 2006.

20. Foucault M. *Discipline and punish: the birth of the prison*. New York: Vintage; 1995.
21. Foucault M. Governmentality. I: Burchell G, Gordon C, Miller P (red.) *The Foucault effect: Studies in Governmentality*. London: Wheatsheaf; 1991.
22. Frederiksen K. *Uddannelse til ordentlighed: at lære sygepleje gennem 200 år*. Ph.D.-afhandling. 1. udgave ed. Viborg: PUC; 2005.
23. Frederiksen K, Kristensen JE. Når udviklingsmuligheder bliver til udviklingstvang – udvikling som pædagogisk, eksistentiel og økonomisk mantra. I: Bjerg K, Bønløkke M, Kobow E, Zeitler U (red.) *Perspektiver på udvikling*. Århus: Udviklingsinitiativet for Sygeplejerskeuddannelsen i Århus Amt; 2004.
24. Knutsen I, Ruud, Foss C. Caught between conduct and free choice – a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patients. *Scand J Caring Sci* 2011 03;25(1):126-133.
25. Sahlsten MJ, Larsson IE, Plos K, Lindencrona CS. Hindrance for patient participation in nursing care. *Scand J Caring Sci* 2005 09;19(3):223-229.
26. Danske patienter. <http://www.danskepatienter.dk/tema/parorende/parorende-bliver-syge> (besøgt 29. januar 2015).
27. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. 2. udgave. New York: McGraw-Hill; 1980.
28. Martinsen K. Omsorg i sykepleien – en moralsk udfordring I: *Fokus på sygeplejen*, Munksgaard; 1990.

*Kirsten Beedholm og Kirsten Frederiksen
 Institut for folkesundhed
 Aarhus Universitet*