

Resumé af Masterafhandling

Spædbarnsvenlige Initiativ uegnet til Kvalitetsreformen

I en ny afhandling fra Århus Universitet om obligatoriske standarder i forbindelse med Kvalitetsreformen, konkluderer jordemoder Karen Marie Strand-Holm at Det Spædbarnsvenlige Initiativ, synes, at føre til et større fokus på efterlevelse af retningslinierne til fordel for den enkelte kvindes behov og ønsker i den konkrete situation når det gælder amning.

Regeringen bebuder en kvalitetsreform i den offentlige sektor, som skal sikre, at kvaliteten af den offentlige service indrettes med udgangspunkt i borgernes ønsker og behov. I forlængelse af denne kvalitetsreform har Danske Regioner formuleret et oplæg til en model for fremtidens danske sundhedsvæsen. Brugernes behov og forventninger danner også fundament her, idet der skal udvikles en model for det "Brugerdrevne Sundhedsvæsen", hvor der kun findes et fikspunkt: Det enkelte menneske.

Initiativet til forbedring af den brugeroplevede kvalitet skal samtidig være solidt forankret i videnskabeligt dokumenterede retningslinier og standarder for det enkelte patientforløb, organiseret gennem "Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet".

Masterafhandlingen søger derfor at belyse, hvordan jordemoderen kan bidrage til en praksis, der har den enkelte kvindes behov og ønsker i fokus under samtidig hensyntagen til obligatoriske standarder for god klinisk praksis. Kvalitetsudviklingsprogrammet "Det Spædbarnsvenlige Initiativ" er et eksempel på sådanne obligatoriske standarder.

Eksempliceret ved en mors erfaring med "Det Spædbarnsvenlige Initiativ", synes regeringens fremtidsvision, om at højne den brugerorienterede kvalitet, imidlertid at blive svær. Mennesket synes ikke at kunne standardiseres i sine behov og ønsker, fordi menneskelivet som sådan og det enkelte menneskes oplevelse af sin livssituation er individuel og præget af omskiftelighed og uforudsigelighed. Obligatoriske standarder for spædbarnsernæring, som "Det Spædbarnsvenlige Initiativ" lægger op til, synes, for jordemoderens vedkommende som sundhedsprofessionel, at føre til et større fokus på efterlevelse af retningslinierne for praksis til fordel for den enkelte kvindes behov og ønsker i den konkrete situation.

Obligatoriske standarder for praksis i sundhedsvæsenet, eksemplificeret ved "Det Spædbarnsvenlige Initiativ", synes i højere grad at imødekomme økonomiske hensyn end den del af menneskelivet, som handler om sårbarhed og uforudsigelighed.

Læs hele afhandlingen her

MASTERAFFHANDLING

Mennesket som sundhedsvæsenets eneste fikspunkt

i spændingsfeltet mellem behov og ønsker samt obligatoriske akkrediteringsinitierede standarder som et andet kvalitetsparameter for god klinisk praksis

Med kvalitetsudviklingsprogrammet ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ” som praksis-eksempel

Indholdsfortegnelse

1. Problembaggrund.....	side 1
1.1 Indledning.....	side 1
1.2 Problemformulering.....	side 4
1.3 Afgrænsning.....	side 4
1.4 Opgavens opbygning samt valg af teoretiske perspektiver og metode.....	side 4
2. Kvalitets-/Patientreformen set i lyset af det hidtidige praksisregime.....	side 12
2.1 Sammenfatning.....	side 16
3. Kvalitets-/Patientreformen og Den Danske Kvalitetsmodel: Relationen mellem stat og borger i konteksten af vor tid.....	side 18
3.1 Jordemoderen: Kvalitets- og Patientreformens sundhedsprofessionelle aktør.....	side 23

3.2 Kvinden: Kvalitets- og Patientreformens civile aktør.....	
side 26	
3.3 Sammenfatning.....	
side 27	
4. Kvalitets-/Patientreformen og Den Danske Kvalitetsmodel i praksis kompleksitet, eksemplificeret ved ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ”.....	
side 29	
5. Imødekommenhed af behov og ønsker med samtidigt hensyn til akkrediteringsinitierede standarder i lyset af det reforminitierede perspektiv og en mors optik: Syntese eller uforenelig modsæt- ning?.....	side 36
6. Konklusion og perspektive- ring.....	side 39
Litteraturli- ste.....	side 42
Interview- guide.....	side 46

1. Problembaggrund

1.1 Indledning

Begreberne frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar danner overskrift på et debatoplæg til en Kvalitetsreform, som regeringen bebuder i den offentlige sektor¹. I henhold til dette debatoplæg skal denne reform sikre, at kvaliteten af den offentlige service indrettes med udgangspunkt i borgernes ønsker og behov, ligesom valgfrihed skal ske

¹ Sekretariatet for ministerudvalget: Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar. Regeringens debatoplæg til møde om kvalitetsreform 30. november 2006

med baggrund i en offentlig sektor, der er indrettet på borgernes betingelser. Herunder tilbud om fleksible løsninger, der passer til borgernes behov og som i højere grad, end tilfældet er i dag, inddrager borgernes egen viden og ressourcer².

Mennesket, det enkelte individ, med sin mangfoldighed og unikhed hvad angår ønsker og behov, det humanistiske perspektiv synes i centrum for denne kommende reform og danner således også fokus, når det gælder fremtidens sundhedsvæsen. I forbindelse hermed udtaler formand for regionerne, Bent Hansen, at begrebet ”patient” skal væk til fordel for begrebet ”borger”³.

Netop Danske Regioner er blandt en række af sundhedsområdets interessenter⁴, der, i forlængelse af regeringens Kvalitetsreformsudspil, har formuleret et oplæg til en model for fremtidens danske sundhedsvæsen. Brugernes behov og forventninger danner også fundament her. Der skal, med andre ord, udvikles en model for det ”brugerdrevne sundhedsvæsen”⁵. Den nylig ikrafttrådte Strukturreform skal således suppleres med en ”Brugerreform” og konkret, for sundhedsvæsenets vedkommende, en ”Patientreform”⁶.

Baggrunden for denne model til en fremtidig Patientreform er bl.a., at flere undersøgelser samstemmende synes at vise, at sundhedsvæsenet på nuværende ikke lever op til kravene om at tilgodese den enkelte brugers behov i forhold til menneskelig forståelse og omsorg. Patienterne er for størstedelen godt tilfredse med selve fagligheden og behandlingen af sygdommen, men oplever alvorlige mangler, hvad angår behandlingen af selve mennesket⁷. Mødet med sundhedsvæsenet byder for ofte på oplevelser af menneskelige svigt. Disse oplevelser af menneskelige svigt findes således at kalde på intet mindre end et: ”Gennemgribende paradigmeskifte og indførelse af en helt ny viden- og forandringskultur” (Huset Mandag Morgen/Innovationsrådet m.fl. (2007) s.5), hvor der skal udvikles en behandlerkultur, der naturligt placerer patienten i centrum: ”I et brugerorienteret sundhedsvæsen findes kun ét fikspunkt: Det enkelte menneske (...). Der er behov for en lige-

² Ibid. s. 1-7

³ www.lifdk.dk/sw18081.asp: Danmark skal være et sundhedssamfund, s.1 (Lægemiddelindustriforeningens hjemmeside)

⁴ Danske Regioner, Patientforum, Mandag Morgen/Innovationsrådet, Oxford Health Alliance, en bred tværfaglig og tværsektoriel deltagerkreds fra medicinalindustrien og forsikringsbranchen samt et ekspertpanel repræsenteret ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Sundhedsvæsen, Center for Kvalitetsudvikling, Sundhedsstyrelsen, Det Nationale Råd for Folkesundhed, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Det Nationale Indikatorprojekt og Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet

⁵ Innovationsrådet: Pressemeddelelse: Fremtidens brugerdrevne sundhedsvæsen, s. 1

⁶ Huset Mandag Morgen/Innovationsrådet i samarbejde med Patientforum, Danske Regioner og Oxford Health Alliance: Brugernes Sundhedsvæsen. Oplæg til en patientreform.

⁷ Ibid. s.22-25

værdig prioritering af den faglige, den organisatoriske og den oplevede kvalitet. De er alle hinandens forudsætninger. Dette er et opgør med begrebet 'bløde værdier', der signalerer en sekundær ydelse. Netop værdierne er fundamentet for et brugerorienteret sundhedsvæsen, og opfyldelsen af dem er afgørende for involveringen af brugerne". (Huset Mandag Morgen/Innovationsrådet m.fl. (2007) s. 20).

At begrebet "patient" skal væk, til fordel for begrebet "borger" eller "bruger", kan således i kondenseret form afspejle, hvorledes det innovative element i fremtidens sundhedsvæsen forventes at have sit udspring og sin autoritet i et "bottom-up"⁸ initieret perspektiv. Begrebet "bruger" signalerer et mere ligeværdigt forhold til de sundhedsprofessionelle end begrebet "patient", der med sin betydning af tålmodighed og udholdenhed⁹ mere signalerer en passiv relation og dermed i højere grad et "top-down" karakteriseret styrkeforhold, hvor det enkelte individ inddrages på systemets betingelser. Et styrkeforhold der, med Patientreformen, altså nu skal ændre fortegn til, at brugernes betingelser bliver retningsgivende for sundhedsvæsenet som system.

Med begrebet "paradigmeskifte" varsler oplægget til "Brugernes Sundhedsvæsen" altså store forandringer i fremtidens sundhedsvæsen og tøver, i denne forbindelse, ikke med at understrege, at koblingen, fra visioner til realisering af forandringerne i praksis, er det springende punkt. Erfaringer fra Storbritannien, der bl.a. er langt fremme i udviklingen af viden om patienternes behov, viser således, at det stadig er implementeringen af "bottom-up" perspektivet i praksis, der halter. I henhold til indeværende oplæg om udvikling af bedre kvalitet for brugerne i det danske sundhedsvæsen, tænkes disse vanskeligheder imidlertid løst ved en intensiveret forskning i metoder til implementering. Tilsvarende skal initiativet til forbedring af den brugeroplevede kvalitet være solidt forankret i forskningsmetoder, der sikrer evidensbaserede retningslinier for det enkelte patientforløb¹⁰. Kravet om evidensbaserede retningslinier skal ses i lyset af "Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet"¹¹, der, som en lovfæstet¹² forløber for Patientreformen, danner en overordnet nationalstrategisk ramme for arbejdet med at styrke kvaliteten i sundhedsvæsenet. Formålet med Den Danske Kvalitetsmodel er på landsplan at fremme gode patient-

⁸ Højrup Thomas: Dannelsens dialektik, Etnologiske udfordringer til det glemte folk, s.425

⁹ Nørby Søren (red.): Klinisk Ordbog, s.918

¹⁰ Huset Mandag Morgen/Innovationsrådet i samarbejde med Patientforum, Danske Regioner og Oxford Health Alliance: Brugernes Sundhedsvæsen. Oplæg til en Patientreform, s. 53

¹¹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab, 7. Juli 2003: Policynotat om Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet

¹² Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24. juni 2005, Kap. 58, "Kvalitetssikring"

forløb gennem et obligatorisk sammenhængende evalueringskoncept bestående af fælles, operationelt målbare standarder og indikatorer, der samlet set skal afspejle kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Herunder altså også den patient- eller brugeroplevede kvalitet. Da de sundhedsfaglige standarder ligger til grund for evalueringen af kvaliteten af den sundhedsfaglige ydelse, fordres det af standarderne, at de opfylder en række metodemæssige videnskabelige krav. Dette vil mere konkret sige, at de skal være såkaldt valide, reproducerbare¹³, alment accepterede, relevante i forhold til problemstillingen, målbare og sidst, men ikke mindst, i videst muligt omfang evidensbaserede. Det fremhæves således, at det kun ved hjælp af evidensbaserede standarder vil være muligt at forudsige, hvorvidt opfyldelse af en sundhedsfaglig standard kan føre til bedre kvalitet for den enkelte patient¹⁴. Generelt skal Kvalitetsmodellen understøtte og fremme en systematisk kontinuerlig selvevaluering og kvalitetsforbedring og samtidig forestå en ensartet og uvildig ekstern evaluering baseret på de nævnte standarder og indikatorer som fælles vurderingsgrundlag. Det nationale mål med denne Kvalitetsmodel er at opnå en såkaldt akkreditering af det danske sundhedsvæsen som helhed¹⁵. En akkreditering, der, med andre ord, betyder en formel anerkendelse af, at de givne opgaver udføres på kompetent vis.

Men hvordan harmonerer begreber som ”metoder, strategier, reproducerbarhed, standarder og evidensbaserede retningslinier” med udtalelser om, at der i et brugerorienteret sundhedsvæsen kun findes ét fikspunkt: Det enkelte menneske? Hvordan kan den enkelte sundhedsprofessionelle bidrage til en kultur i sundhedsvæsenet, der skal have det enkelte menneskes behov og ønsker i fokus under samtidig hensyntagen til begrebet evidens og retningslinier som et andet afgørende kvalitetsparameter for praksis? Et kvalitetsparameter, der, med sin stræben efter en standardiseret og rationel praksis, synes at afspejle et syn på viden som noget essentielt og objektivt eksisterende, uafhængigt af det enkelte menneskets erkendelse af den og praksis kompleksitet i øvrigt¹⁶?

Som jordemoder, og dermed sundhedsprofessionel, oplever jeg således at befinde mig i et spændingsfelt med tilsyneladende modstridende statslige målsætninger for såkaldt god klinisk praksis. Med ”Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet”’s visioner, om

¹³ Validitet og reproducerbarhed refererer henholdsvis til, at standarden belyser den sundhedsydelse, som det er hensigten at belyse og at gentagne vurderinger eller målinger af en standard giver samme resultat: Mainz Jan et. Al.: Sundhedsfaglige standarder i akkreditering, s.2, Ugeskrift for Læger 2002; 164(38):4408

¹⁴ Mainz Jan et. Al: Sundhedsfaglige standarder i akkreditering s. 3, in Ugeskrift for Læger 2002; 164(38):4408

¹⁵ Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab, 7. Juli 2003: Policynotat om Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet s. 2

¹⁶ Jensen Uffe Juul: Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv, s. 19

kvalitetssikring gennem akkreditering, synes staten, rent videnskabeligt, at positionere sig i et ”udefra og ind” perspektiv¹⁷, med et syn på viden som noget essentielt, der skal appliceres på praksis, så denne standardiseres og gøres rationel. På den anden side, synes staten, med modellen ”Brugernes Sundhedsvæsen - Oplæg til en Patientreform”, at agitere for et ”indefra og ud” perspektiv, hvor praksis i højere grad skal tage sit afsæt i det enkelte menneskes egen viden og ressourcer (jf. s.1)? Som sundhedsprofessionel synes jeg derfor at befinde mig i et spændingsfelt, hvor jeg skal forvalte nogle statslige initiativer, som både, positionerer sig i et ”top-down” perspektiv på den enkelte kvinde, som derved skal betragtes som ”patient” og i et ”bottom-up” perspektiv sammen med den enkelte kvinde, som nu i højere grad skal betragtes som ”borger”. Den ellers så klassiske dikotomi mellem stat, implicit sundhedsprofessionel, og borger synes således ikke længere at være fyldestgørende som analytisk ramme, idet jeg som jordemoder i fremtidens sundhedsvæsen både synes at skulle forvalte et ”udefra og ind/top-down” perspektiv og et ”indefra og ud/bottom-up” perspektiv i et ligeværdigt styrkeforhold.

For en afklaring af dette spændingsfelt bringes jeg derfor frem til følgende problemformulering:

1.2 Problemformulering

Hvordan kan jordemoderen bidrage til en praksis, der har den enkelte kvindes behov og ønsker i fokus under samtidig hensyntagen til obligatoriske akkrediteringsinitierede standarder som et andet kvalitetsparameter for god klinisk praksis?

1.3 Afgrænsning

Vel vidende at Kvalitetsreformen omhandler andre indsatsområder indenfor den offentlige sektor, vil opgaven her dog kun søge at kaste lys over den del af reformens indhold, der, i relation til sundhedsvæsenet, sætter fokus på begreberne frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar.

1.4 Opgavens opbygning samt valg af teoretiske perspektiver og metode

¹⁷ Borg Tove og Jensen Uffe Juul: Paradigmer og praksisformer i rehabilitering – en analytisk tilgang, s. 13

Med formuleringen (s.2) om, at der ”i et brugerorienteret sundhedsvæsen kun findes ét fikspunkt: Det enkelte menneske” samt begreber (s.1) som ”frit valg” og ”brugerinddragelse” synes

Kvalitets-/Patientreformen og den heraf afledte problemformulering, om fokus på imødekommenhed af den enkelte kvindes behov og ønsker, at signalere interesse for mennesket, dets autonomi og frihed. Problemstillingen findes således på den ene side at have implikationer til begreber som etik og humanisme. Men denne etiske og humanistiske tilgang til mennesket kan imidlertid ikke udfolde sig ”frit”. Den skal finde sted indenfor rammen af lovfæstede akkrediteringsinitierede standarder. Der synes således at ligge en bestemt regulerings- eller styringsmæssig rationalitet bag dette med, at fremtidens sundhedsvæsen skal have mennesket som eneste ”fikspunkt”. Problemstillingen kan med andre ord siges at omhandle, hvordan det kan lade sig praktisere at styre eller regere mennesket med samtidig reference til frihed. Eller som Nikolas Rose skriver: ”Inventions of certain ways of trying to govern persons in accordance with freedom (Rose Nikolas (1999) s.68)

For således at komme til afklaring af hvordan jordemoderen kan bidrage til en praksis, der har den enkelte kvindes behov og ønsker i fokus indenfor rammerne af disse akkrediteringsinitierede standarder, må denne bagvedliggende styringsmæssige rationalitet eller tænkning derfor søges afdækket. Nærmere bestemt: Hvad kan ligge til grund for denne, hvad består den af og hvad kan denne rationalitet betyde for praksis? Med andre ord: ”Styringsens ’hvordan’”¹⁸.

I og med de nævnte standarder fra statens side er lovfæstede krav, kan der i disse siges at være en form for magtudøvelse indlejret. En magtudøvelse gennem akkrediteringsinitierede standarder, der som en form for teknisk redskab skal styre og reformere jordemoderens sundhedsprofessionelle praksis. Som nævnt, i indledningen, findes den klassiske dikotomi mellem stat, implicit sundhedsprofessionel, og borger ikke at være fyldestgørende som analytisk ramme for min problemstilling, idet jeg som jordemoder, og dermed sundhedsprofessionel i fremtidens sundhedsvæsen, både synes at skulle forvalte et ”udefra og ind/top-down” perspektiv og et ”indefra og ud/bottom-up” perspektiv i et ligeværdigt styrkeforhold. Ved således at stille spørgsmålet om, hvordan det kan lade sig praktisere at styre eller regere mennesket med samtidig reference til dets frihed, starter jeg

¹⁸ Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s. 31

hverken min analyse fra et ”top-down” eller et ”bottom-up” perspektiv, men så at sige lige midt i. Midt i praksis af akkrediteringsinitierede standarder og imødekommenhed af den enkelte kvindes behov og ønsker, der som praksisteknikker eller procedurer altså tænkes at skulle styre og reformere jordemoderens sundhedsprofessionelle virke. Denne analysetekniske tilgang er inspireret af Michel Foucault, der, i Lene Ottos¹⁹ fortolkning, analyserer staten som ”regerings-praksis”, hvor udviklingen af praksisformer både former de regerede mennesker og transformerer staten. Foucault positionerer sig således hverken oppefra eller nedefra i sin analyse, men i midten. I praksisser, som hele tiden er under forandring. Foucaults studier af disse befolkningsregulerende praksisteknikker, betegnes også ”governmentality”, fra det franske ”gouvernementalité”. Et begreb, der på dansk ofte er oversat til politiske ledelsesformer eller -strategier og som er en politisk analysemåde eller magtopfattelse, som Foucault introducerede omkring 1978²⁰. I henhold til Lene Otto har Foucault ikke selv brugt governmentality som begreb i sine publikationer, men kun i forelæsninger og interviews, ligesom han ikke som sådan har givet en entydig definition af dette begreb²¹. Mitchell Dean har i bogen: *Governmentality. Power and Rule in Modern Society*, imidlertid indsat den foucaultske analytik i et teoretisk perspektiv og vist hvordan governmentalitybegrebet kan anvendes i studiet af magt og styring, samt i forholdet mellem individ og stat. Tilsvarende er Nikolas Rose, i sin bog: *Powers of freedom*, i sin analyse af hvordan begreberne autonomi og frihed kan forstås som en del af politik og magt, inspireret af Foucault. Jeg vil derfor anvende disse to teoretikeres fortolkning af det Foucault inspirerede governmentality begreb i den videre analyse af opgavens problemfelt. For Mitchell Deans vedkommende primært med udgangspunkt i den danske oversættelse: ”Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund” af Kaspar Villadsen og Iben Treebak.

At jeg vil analysere min problemstilling, i et perspektiv af en form for magtudøvelse fra statens side, betyder, at mit fokus vil ligge på mekanismerne og virkningen af magten i udøvelsen af denne og ikke på hvorvidt magt som sådan er godt eller skidt i forhold til det enkelte menneske. Dette ud fra Foucaults syn på magt som noget ikke primært negativt, men mere som en neutral evne til at bevirke, påvirke og forandre²². I henhold til Tine

¹⁹ Otto Lene: Foucaults ”governmentalitetsteori”. Styringsteknologi og subjektivitet, Arbejdsrapport 1. udkast, 2003

²⁰ Ibid, s.11

²¹ Otto Lene: Foucaults ”governmentalitetsteori”. Styringsteknologi og subjektivitet s.5-6

²² Lindgren Sven-Åke: Michel Foucault, s.335

Damsholt undersøger Foucault, i forbindelse hermed, hvordan relationen mellem stat og befolkning aktualiseres på nye måder alt efter de problemstillinger, der måtte dukke op i en given historisk kontekst. Og tilsvarende, hvordan dette influerer på udviklingen af nye videnskabelige og politiske praktikker og teknologier²³. Governmentality som analytisk greb er således ikke en teori om styring eller en styrings sociologi, der som teoretisk ramme kan appliceres på problemstillingens spændingsfelt. Governmentality som perspektiv er mere studiet af de organiserede praksisser, som mennesket styres gennem. Praksisser, som producerer sandhed og viden²⁴ og derved former, styrer og skaber mennesket, der, som socialt og kulturelt produkt, etableres som subjekt²⁵. I forlængelse af Foucault anvender Tine Damsholt også udtrykket: ”På den historiske scene”(Damsholt Tine(2004): s.5). Dette i forhold til, at Foucault analyserer, hvordan problemstillinger dukker op i en given historisk kontekst. For Foucault er viden således ikke universel, men historisk og kulturelt kontekstbundet²⁶. Den form for viden og sandhed, som akkrediteringsinitierede standarder kan tænkes at producere i praksis, er derfor, i Foucaults perspektiv, ikke universel og ”uafhængigt” opstået, men bundet i en historisk og kulturel proces. For således at komme til afklaring af de betingelser hvorunder akkrediteringsinitierede standarder, som styringsredskab for jordemoderens sundhedsprofessionelle praksis, er kommet til verden, må opgaven derfor, rent dispositionsmæssigt, tage sit første afsæt i en historisk præget analyse af jordemoderens sundhedsprofessionelle praksis, som den hidtil har været konstitueret, men nu altså skal væk fra. Denne indgang til opgavens analyse synes også i tråd med retorikken i Kvalitetsreformen, der med begreber som ”paradigmeskifte” og ny ”videns- og forandringskultur” (s.2) ikke lægger skjul på, at arbejdet, på at få det enkelte menneske i centrum, fordrer noget afgørende nyt i sundhedsvæsenets praksis. Denne retorik kan således sige at kalde på en mere konkret bevidstgørelse om, hvad det så er for en praksis eller sundhedsfaglig tradition²⁷, reformen ønsker jordemoderen som sundhedsprofessionel væk fra.

Ved således at indlede analysen af opgavens spændingsfelt med en bevidstgørelse af jordemoderens aktuelle sundhedsprofessionelle praksis, før jeg som sådan søger at kaste lys

²³ Damsholt Tine: Kulturhistorie og genealogi, s. 7.

²⁴ Dean Mitchell: Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund,. s.55

²⁵ Lindgren Sven-Åke: Michel Foucault, s.336

²⁶ Lindgren Sven-Åke: Michel Foucault, s. 329 & Dean Mitchell: Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund, s. 12-13

²⁷ Jensen Uffe Juul: Elementer til en ny filosofi om medicin, sygdom og sundhed. Del 2. Medicinsk viden, sundhed og retfærdighed. In Jensen Uffe Juul: Kampen om sundheden, s.2

over Kvalitetsreformens nye praksistiltag, kan det siges, at jeg bevæger mig ud i en form for dannelsesproces. I henhold til Thomas Højrup bliver dannelsesprocesser mulige, når en etableret praksis møder modstand. En modstand som i første omgang kalder på en analyse af den givne praksis for derved at kunne adskille sig fra den, betragte den udefra, problematisere og overveje den reflektivt for endelig at kunne vende tilbage med en dybere forståelse, værdsættelse eller udvikling af den før så givne praksis²⁸. Netop Kvalitets-/Patientreformen kan betragtes som denne ”dannelsesproces initierende” modstand af jordemoderens hidtidige praksis.

Med Thomas Højrup introducerer jeg dermed også, den strukturdialektiske videnskabsteori som teoretisk ramme for denne indledende del af analysen. Højrup's videnskabsteoretiske tilgang findes som udgangspunkt egnet her, fordi akkrediteringsinitierede standarder som kvalitetsudviklingsparameter for praksis er et lovfæstet krav fra regeringens, implicit statens, side. Jordemoderen har i sin sundhedsprofessionelle praksis derfor ikke noget valg i relation til disse standarder. Hun skal tilrettelægge sin praksis efter dem. Jordemoderens subjektivitet som sundhedsprofessionelt ”individ” kan derfor i tråd med den strukturdialektiske optik siges at være konstitueret via det skæbnefællesskab, hun er født ind i. I henhold til Højrup er mennesket fra start født ind i samfundet eller staten, der, som det anerkendende store subjekt, indruller mennesket i nødvendige former for praksis²⁹.

Med Kvalitetsreformen kan det, med denne videnskabsteoretiske tilgang, derfor siges, at staten indruller jordemoderen i en praksis, der hedder akkrediteringsinitierede standarder, med det enkelte menneske som samtidigt fikspunkt.

Med governmentalitybegrebet som overordnet analytisk redskab og strukturdialektikken som teoretisk ramme for den indledende del af opgavens analyse, tillader jeg mig hermed at bringe Michel Foucault og Thomas Højrup i ”dialog” med hinanden. Vel vidende at Foucault ikke formulerer et statsbegreb, mens Højrup arbejder med et alment statsbegreb eller en almen stats- og forsvarspolitik, som kan genfindes på tværs af kulturhistorien³⁰, findes Højrup og Foucault alligevel at mødes i et vist overlap om, at mennesket som subjekt ikke er en fri vilje. En fri vilje, der, i kantiansk forstand, forstås som et fritstående, selv-lovgivende viljessubjekt³¹. Begge synes således optaget af at forsøge at forstå dan-

²⁸ Højrup Thomas: Dannelsens dialektik, Etnologiske udfordringer til det glemte folk, s.541

²⁹ Ibid. s.594-595

³⁰ Damsholt Tine: Kulturhistorie og genealogi, s. 8.

³¹ Raffnsøe-Møller Morten: Anderkendelsens sociale grundformer: Kærlighed, agtelse og værdsættelse, s. 143

nelsen af den menneskelige subjektivitet i et kulturelt, og dermed ikke essentialistisk, perspektiv³², hvor det enkelte subjekt er konstitueret i en historisk proces³³. Begge teoretikere findes således at interessere sig for de processer, der former selvbevidste subjekter. Dette i et forsøg på at forstå, hvordan subjektet agerer i en magtrelation, hvor denne ikke kun er en undertrykkende magt, men også noget positivt og produktivt, der indlejres i og skaber det enkelte menneske³⁴. Hos Højrup og den etnologiske statsteori defineres disse processer som interpellation, mens Foucault taler om subjektivering³⁵. Denne enighed således også med årvågenhed overfor deres forskellige syn på, hvorvidt dannelsen af subjektet er en proces, der forudsætter staten som det store subjekts medvirken og dermed overvejende anser magten udøvet fra ét center, som Højrup taler for, eller det, som i Foucaults perspektiv, er en proces, der ikke forudsætter noget overordnet magtsubjekt³⁶, fordi magt i højere grad findes at blive udøvet i decentraliserede relationer³⁷. At sammentænke Højrup og Foucault er således ikke problemfrit og anses også i visse teoretiske kredse for at være kontroversielt³⁸. Ikke desto mindre formulerer Højrup imidlertid selv, at han videnskabssteoretisk: ”står på skuldrene af Michel Foucault” (Højrup Thomas(1995) s.14), hvorfor jeg vover et samarbejde, idet jeg finder, de begge kan bidrage til analysen af opgavens problemstilling.

Med baggrund i den historiske analyse, hvor en karakteristik af sundhedsvæsenets hidtidige praksis søges udfoldet og dermed hvordan jordemoderen, som sundhedsprofessionelt subjekt, indtil nu har været konstitueret, vil næste skridt i afdækningen af problemstillingen være en analyse af selve Kvalitets-/Patientreformen. Konkret, i lyset af governmentality-analytikkens perspektiv, en analyse af hvad disse reformer består af og dermed hvad det er for en styringsmæssig rationalitet, der kan ligge bag de akkrediteringsinitierede standarder som fremtidens foretrukne styringsredskab i sundhedsvæsenets praksis. Dette således for at komme til afklaring af, hvordan jeg som jordemoder og sundhedsprofessionelt subjekt, i henhold til reformerne som min praksis strukturelle ramme, tænkes at skulle imødekomme den enkelte kvindes behov og ønsker. Regeringens oplæg til en Kvali-

³² Otto Lene: Foucaults ”governmentalitetsteori”. Styringsteknologi og subjektivitet, s.1

³³ Højrup Thomas: Dannelsens dialektik, Etnologiske udfordringer til det glemte folk, s.104-105

³⁴ Signe Mellempgaard: Subjektivitet – diskurs eller interpellation? Seminar på Institut for Arkæologi og Etnologi d. 16.12.1997, s.391.

³⁵ Otto Lene: Foucaults ”governmentalitetsteori”. Styringsteknologi og subjektivitet, s.2

³⁶ Buus Henriette: Subjektivitet – diskurs eller interpellation, s.387

³⁷ Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s.11

³⁸ Se Højrup Thomas: Dannelsens dialektik, Etnologiske udfordringer til det glemte folk, kap.11

tetsreform, den heraf afledte Patientreform samt Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet vil således udgøre min empiri for denne del af opgaven. Empiri, i form af tekster, findes ydermere at være i tråd med Foucault, idet han ikke lavede empiriske og praktiske undersøgelser, som det f.eks. er kendt fra den empiriske sociologi, men mere undersøgte diskurser og problematiseringsformer, hvorpå forskellige dele af menneskelivet var tænkt programmeret og disponeret³⁹. Diskurser, forstået som kæder af udsagn og institutionaliserede praktikker, hvor igennem historisk og kulturelt givne regler kom til udtryk⁴⁰. Den Danske Kvalitetsmodel samt Kvalitets- og Patientreformen synes med sine tekster af opdragende og oplysende karakter netop at være eksempler på sådanne ”kulturelt givne regler” og findes derfor egnede som empiri, når der arbejdes indenfor en Foucault inspireret optik.

Denne del af opgaven vil således være præget af konstruktivismen, der anser samfundet som en instans, der ikke kan føres tilbage til en dybereliggende nødvendighed. Samfundet må forstås som konstrueret, i den kontekst det er formuleret i. Ikke som et spejl, der reflekterer en ydre virkelighed, men som en konstruktion, der kommer indefra⁴¹.

I øvrigt vil der, i analysen af den ovenfor beskrevne empiri, indgå tekster af Peter Fuur Andersen og Uffe Juul Jensen, Svend Andersen, Torben E. Andreasen, Tove Borg, Tine Damsholt, Lucy Frith, Immanuel Kant, Alasdair Macintyre, Lene Otto, Tone Saugstad og Stephen Toulmin.

Med ovennævnte tænkes praksis ”udefra-perspektiv”⁴² at være afdækket. Altså med andre ord, hvordan Kvalitets/Patientreformen tænker, jeg som jordemoder og sundhedsprofessionel kan bidrage til en praksis, der har den enkelte kvindes behov og ønsker i fokus indenfor den strukturelle ramme, der hedder akkrediteringsinitierede standarder. Men, igen i perspektivet af governmentalitybegrebet: Hvad kan akkrediteringsinitierede standarder som styringsmæssig rationalitet så betyde for praksis? Hvad kan de reelt tænkes at betyde for jordemoderens mulighed for at imødekomme den enkelte kvindes behov og ønsker, når jordemoderen, som ”reformskonstitueret” sundhedsprofessionelt subjekt, møder praksis kompleksitet? Som nævnt, i indledningen, kan problemstillingen for jordemoderen derfor betragtes som et spændingsfelt mellem, i praksis, at skulle forvalte både et

³⁹ Hermann Stefan: Michel Foucault – pædagogik som magtteknologi, s.83

⁴⁰ Lindgren Sven-Åke: Michel Foucault, s. 341

⁴¹ Hansen Allan Dreyer: Konstruktivisme & Social konstruktivisme, 13. juni 2005, s. 1-5

⁴² Borg Tove, Jensen Uffe Juul: Paradigmer og praksisformer i rehabilitering – en analytisk tilgang, s. 13

”udefra”- og et ”indefra-perspektiv” på praksis. Med statens beslutning om en Kvalitetsreform, implicit Patientreform, er det på den ene side jordemoderens, som statsautoriseret sundhedsprofessionel, opgave, at realisere denne ”udefra-perspektivs” kvalitetsforbedrende intention i praksis. Men netop situeret i praksis kompleksitet findes jordemoderens arbejde ikke at være gjort alene ved blot at forvalte dette perspektiv. Altså hvordan praksis tænkes ændret, men også hvordan dette så i det hele taget kan og kommer til udtryk. Med andre ord skal jordemoderen, i sin praksis som sundhedsprofessionel, formå at danne syntese mellem ”udefra- og indefra-perspektivet”. En syntese ikke blot som udtryk for handling bag reformens ord, men også som et billede af reformens mulige konsekvens, når den netop møder praksis kompleksitet.

Til belysning af praksis ”indefra-perspektiv”, og dermed mere konkret hvad akkrediteringsinitierede standarder som styringsmæssig rationalitet så kan tænkes at betyde for jordemoderens muligheder for at imødekomme den enkelte kvindes behov og ønsker, vil jeg tage udgangspunkt i erfaringer med det akkrediteringslignende kvalitetsudviklingsprogram ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ”⁴³. Et verdensomspændende kvalitetsudviklingsprogram om spædbarnsernæring, i form af amning, præsenteret af WHO⁴⁴ i 1990 og som den danske Sundhedsstyrelse, med ca. 30 andre lande⁴⁵, har tilsluttet sig. ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ” er bygget op omkring såkaldte evidensbaserede kvalitetskriterier/retningslinier for god klinisk praksis, i relation til amning, på danske fødesteder. Initiativet indeholder krav om løbende interne og eksterne evalueringer min. hvert 3. år og synes derved på mange måder at trække paralleller til Den Danske Kvalitetsmodels intension (s.2) om kvalitetsforbedring af praksis gennem efterlevelse af evidensbaserede standarder og evalueringskrav. At være godkendt som ”Spædbarnsvenligt Fødested” kan altså med andre ord siges at svare til at være blevet akkrediteret indenfor ernæring af det nyfødte barn og dermed på dette område at have opnået Den Danske Kvalitetsmodels kvalitetsstempel for god klinisk praksis. Imidlertid er der kvinder, som, indenfor ”Det Spædbarnsvenlige Initiativs” rammer, har følt sig stigmatiserede som dårlige mødre, fordi de ikke er lykkedes i amningen af deres barn. Med baggrund i dette er der oprettet en hjemmeside ved navn ”flaskebarn.dk”, hvor mødre beskriver, hvordan de ikke har oplevet den sundhedsprofessionelles evidensbaserede vejledning og støtte i amning som me-

⁴³ www.videncenterforamning.dk

⁴⁴ World Health Organization/Verdenssundhedsorganisationen

⁴⁵ www.babyfriendly.org

ningsfuld i deres mor/barn relation og derfor ikke umiddelbart har kunnet tage den evidensbaserede viden om modermælksens fordele til sig og indrette deres praksis derefter. Et semistruktureret interview⁴⁶, med en mor fra "flaskebarn.dk", vil i den forbindelse udgøre min empiri i forhold til at få indblik i, hvordan oplevelsen af akkrediteringsinitierede standarder kan være set fra praksis "indefra-perspektiv". Dette således som et eksempel på, hvordan den enkelte kvinde kan opleve sine behov og ønsker imødekommet, når rammen for praksis er "Det Spædbarnsvenlige Initiativs" standarder. I lyset af governmentalitybegrebet tænkes analysen af praksis "indefra-perspektiv" at kunne tegne et billede af, hvad det er for en subjektivering eller dannelse og regulering af den enkelte kvinde og jordmoderen som sundhedsprofessionel, "Det Spædbarnsvenlige Initiativs" standarder, som repræsentant for Kvalitets-/Patientreformen og Kvalitetsmodellen, kan afføde og dermed, hvad det så mere konkret er, kvinden fra "flaskebarn.dk", i denne subjektivering, ikke kan identificere sig med.

Opgavens "Indefra-perspektiv" perspektiveres teoretisk af især Martha C. Nussbaums artikler: *Human Functioning And Social Justice, In Defence of Aristotelian Essentialism* samt *Aristotelian Social democracy* der, med sin Aristoteles inspirerede videnskabsteoretiske position, præget af en hvis form for essentialisme, findes at kunne perspektivere opgavens hidtil konstruktivistisk inspirerede position. Tekster af Bernt Gustavsson, Uffe Juul Jensen, Tone Saugstad samt Marc Berg og Stefan Timmermans vil ligeledes bidrage til denne del af opgavens analyse.

Analysen af praksis "udefra-" og "indefra-perspektiv" samles dernæst i en diskussion, konklusion og perspektivering af jordmoderens mulighed for at danne syntese mellem disse to perspektiver og dermed, hvordan jordmoderen kan bidrage til en praksis, der har den enkelte kvindes behov og ønsker i fokus under samtidig hensyntagen til obligatoriske akkrediteringsinitierede standarder som et andet kvalitetsparameter for god klinisk praksis.

Som det ses, anvender jeg begreberne "udefra- og indefra-perspektiv" som analyseredskaber. Dette som metafor for, hvordan jeg finder det nødvendigt at placere mig i arbejdet på at afdække problemstillingens spændingsfelt. Jeg anvender begreberne med inspiration fra Uffe Juul Jensens oversættelse af Amartya Sen's "external and internal perspectives" (Sen Amartya(2004) s. 13). Med disse udtrykker Sen de to synsvinkler, han anlægger på

⁴⁶ Kvale Steinar: Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview, s. 133

menneskelivets forhold. En udefra mere objektivt præget vinkel og en indefra mere personligt præget synsvinkel⁴⁷. Uffe Juul Jensen anvender selv disse begreber i sin beskrivelse af sin videnskabsteoretiske position⁴⁸ og min anvendelse af begreberne skal således ses som udtryk for inspiration af samme. Med reference til Hegel, anlægger Uffe Juul Jensen en dialektisk forståelse af viden, begreber og fænomener, som skal forstås gennem de modsætninger, der kendetegner dem. Begrebsmæssig eller teoretisk udvikling sker gennem ophævelse af modsætninger, men indholdet lever videre i de nye begreber. I det dialektiske perspektiv er den i praksis indhøstede viden med til at forme og udvikle vore begreber, hvorfor disse ikke kan tænkes uden sammenhæng med den historie, menneskets praksis har gennemlevet⁴⁹.

Uffe Juul Jensen⁵⁰ vil ligeledes danne teoretisk perspektiv i det historiske afsnit, idet hans historiske beskrivelser af efterkrigstidens etablering af velfærdstatens sundhedsvæsen findes at kunne give næring til den Foucault og Højrup inspirerede ramme.

Ved nu at have redegjort for opgavens opbygning, teoretiske perspektiv og metode er jeg således fremme ved første punkt i dispositionen for analysen af problemstillingens spændingsfelt: Den historisk prægede redegørelse for jordemoderens praksis som den hidtil har været konstitueret:

2. Kvalitets-/Patientreformen set i lyset af det hidtidige praksisregime

”Hvordan kan vi bedst udvikle en offentlig sektor på borgernes betingelser? (..) Skal alle borgere have ret til et bestemt serviceniveau? (..) Det er den centralistiske løsning, hvor staten bestemmer. Fordelen er klare regler. Ulempen er, at alle får et standardprodukt. Her er ikke plads til individuelle eller lokale hensyn. (..) En alternativ mulighed er, at borgeren selv kan vælge mellem forskellige servicetilbud. Så kan de vælge det fra, de ikke vil have og vælge det til, de vil have. (..) Det er en afvejning mellem tryghed for alle og spørgsmålet om, at de, der kan, skal tage et ansvar. Vi skal skabe tryghed og omsorg for dem, der har brug for det. Jeg er overbevist om, at vi kan få gode resultater ved at udbrede det frie valg.”(Rasmussen Anders Fogh(2006) s.2-3)

⁴⁷ Jensen Uffe Juul: Elementer til en ny filosofi om medicin, sygdom og sundhed. Del 2. Medicinsk viden, Sundhed og Retfærdighed s. 44

⁴⁸ Borg Tove, Jensen Uffe Juul: Paradigmer og praksisformer i rehabilitering – en analytisk tilgang, s.13

⁴⁹ Jensen Uffe Juul: Sundhed, liv og filosofi, s. 19-20

⁵⁰ Dette i form af Jensen Uffe Juul: Elementer til en ny filosofi om medicin, sygdom og sundhed. Del 2. Medicinsk Viden, Sundhed og Retfærdighed,

Som Fogh Rasmussen således anfører, skal Kvalitetsreformen bringe mennesket i centrum ved ikke at levere statsbestemte standardprodukter med lige ret til ”et bestemt serviceniveau”. Kvalitetsreformen vil væk fra ”den centralistiske løsning” i den offentlige sektor. Med statsministerens spørgsmålstegn ved, om ”alle borgere skal have ret til et bestemt serviceniveau”, synes Kvalitetsreformen at lægge op til et brud med den siden 2. verdenskrig bærende filosofi i den moderne europæiske velfærdsstat om, at de sociale rettigheder skal omfatte alle, rig som fattig. Det Uffe Juul Jensen omtaler som det såkaldte ”retfærdighedsprincip”⁵¹. Et princip, der, i relation til sundhedsvæsenet, betyder lige adgang til behandling for alle med bestemte behov. Netop dette med ”bestemte behov” synes at være et af kernepunkterne i Kvalitetsreformens kritik af den sundhedsprofessionelles aktuelle praksis, idet det videre i regeringens oplæg til Kvalitetsreformen hedder: ”Det er afgørende for kvaliteten af den offentlige service, at den indrettes med udgangspunkt i borgernes ønsker og behov. (...) Det offentlige skal prioritere indsatsen, så den især retter sig mod at hjælpe dem, der har særligt behov.” (Sekretariatet for ministerudvalget (2006) s.1). Kvalitetsreformen synes således at ville bryde med den antagelse, der, ifølge Juul Jensen, hidtil har været kendetegnende for velfærdsmodellen, nemlig at mennesket grundlæggende, i relation til sygdom og sundhed, har bestemte behov. Behov, som ikke blot skal imødekommes af velfærdsstatens sundhedsvæsen, men også prioriteres i forhold til individuelle ønsker⁵². Kvalitetsreformen, implicit regeringen, synes derved at tilstræbe en praksis, hvor jordemoderen som sundhedsprofessionel skal bryde med den erkendelsesteoretiske antagelse, at mennesket grundlæggende, i relation til sygdom og sundhed, har bestemte objektive eller alment gældende behov. Behov som, ligeledes med inspiration fra Juul Jensen, kan referere til et essentialistisk syn på mennesket, hvor mennesket som sådan besidder nogle bestemte behov, som er uforanderlige, ahistoriske, evige og hævet over tid og sted, men som, med biomedicinske videnskabelige midler, er mulige at identificere og derfor bedst imødekommes af en bestemt professionel indsats.⁵³

Tiden efter 2. verdenskrig var befordrende for det essentialistiske syn på mennesket og dets behov i relation til sygdom og sundhed ikke mindst grundet den hastige udvikling i medicinen, der medvirkede til en intensiv brug af videnskabelig viden fra naturvidenska-

⁵¹ Jensen Uffe Juul: Elementer til en ny filosofi om medicin, sygdom og sundhed. Del 2. Medicinsk viden, Sundhed og Retfærdighed, s.6-9

⁵² Ibid. s. 6-7

⁵³ Ibid. s. 6

ben. Efterkrigstiden var således karakteriseret ved en stigende tillid til, at medicinsk behandling var virksom. Et gennembrud indenfor biomedicinen, der gav troen, på den endelige sejr over menneskelig sygdom, afgørende næring. Muligheden for at kunne behandle sig til sundhed syntes indenfor rækkevidde⁵⁴. Naturvidenskabens store fremgang, og dennes syn på mennesket som havende universelle essentialistiske behov, var ikke mindst befordrende for etableringen af velfærdsstaten, der, som en reaktion mod nazismen konstituerede sig på værdier om frihed og retfærdighed⁵⁵. I et strukturdialektisk perspektiv kan det siges, at nationen, efter sejren over den tyske besættelse, havde brug for at forbinde borgerne i en national enhed og styrke den sociale sammenhængskraft. Befolkningens sundhedstilstand var vigtig i den henseende, hvorfor tidligere tiders barmhjertighed og velgørenhed skulle erstattes med statsligt forvaltede institutioner, hvorigennem alle borgers rettigheder, rig som fattig, skulle sikres⁵⁶. Befolkningens sundhedstilstand var dårlig efter 2. verdenskrig. Det var således i statens interesse, at den enkelte borger sundhedsmæssigt blev bragt på fode igen for dermed at blive i stand til at deltage i samfundets liv, eller som Nikolas Rose siger: "The state had a moral function to re-assert the quality of human life in the face of industrialization" (Rose Nikolas (1999) s.121). Denne lige adgang for alle, uanset social status, harmonerede derfor godt med den naturvidenskabelige fremgang og denne videnskabs syn på mennesket som værende karakteriseret ved grundlæggende sygdoms-/sundhedsmæssige behov, som også var lige for alle. Grundlæggende behov og problemer som videnskaben kunne identificere og dermed løse. Værdier om retfærdighed og frihed samt videnskabelig kompetence⁵⁷ blev således grundlæggende for etableringen af velfærdsstaten. Værdier om lighed, ikke mindst befordret af den objektive naturvidenskab, der positivt blev omsat i en politisk vilje til at tage et moralsk ansvar for alle i samfundet⁵⁸.

Med denne positive politiske vilje til gennem retfærdighed, konstitueret i den objektive videnskab, at opnå en ultimativ sundhed i befolkningen kan det imidlertid også siges, at der fulgte en historisk begrundet objektivisering af mennesket som subjekt med. "Objektivisering", fordi naturvidenskabens repræsenterer et syn på viden karakteriseret ved Aristote-

⁵⁴ Ibid. s.11-12

⁵⁵ Ibid. s.7

⁵⁶ Jensen Uffe Juul: Elementer til en ny filosofi om medicin, sygdom og sundhed, del 2. Medicinsk viden, Sundhed og Retfærdighed, s.9

⁵⁷ Jensen Uffe Juul, Andersen Peter Fuur (red.): Sundhedsbegreber, filosofi og praksis, s.7

⁵⁸ Otto Lene: Et robust helbred eller et lykkeligt liv, s.80

les' såkaldte "episteme"⁵⁹. Kravet til viden er her, at den er universel (personuafhængig), tidløs (historie- og kontekstuafhængig) og upåvirkelig af mennesket. I henhold til naturvidenskaben eksisterer der således ontologisk set en selvstændig viden om mennesket "der ude" i virkeligheden, men uafhængigt af mennesket som sådan⁶⁰. En viden, der, som et objekt, kun er adgang til gennem systematiske empiriske observationer⁶¹. Menneskets behov, i relation til sygdom og sundhed, kan i den naturvidenskabelige optik derfor siges at svare til denne empiriske viden, der kun kan skaffes adgang til gennem de nævnte empiriske observationer. Menneskets behov i relation til sygdom og sundhed bliver her igennem et spørgsmål om at fastslå nogle generelle årsagssammenhænge mellem fænomener⁶². Fænomener, som altså gælder for alle mennesker og som kræver særlige videnskabelige kompetencer at nå frem til. Det enkelte menneske kan der igennem siges at forsvinde som subjekt, når det gælder sygdom og sundhed. Videnskaben må i forbindelse med disse problematikker tage over, frembringe den nødvendige viden og derved klare menneskets sygdoms/sundhedsmæssige problemer. En erkendelsesteoretisk forudsætning, der betyder: "At ethvert identificeret behov ideelt set kan imødekommes af en bestemt professionel indsats"(Jensen Uffe Juul (2006) s.6). Efterkrigstidens optimistiske tillid til naturvidenskabens potentiale, i forhold til at sikre en sundhedsmæssig stærk befolkning og stat, tildelte derfor sundhedsprofessionelle en central og afgørende rolle⁶³. En position som, via dette menneskesyn, kan siges at have givet den medicinske profession, og herunder altså også jordemoderen, "ejendomsretten" (Jensen Uffe Juul (1994) s.9) til at definere begrebet sundhed. Forankret i videnskabelig indsigt og kompetence fulgte tillid og autoritetstro fra den enkelte borgers side, der til gengæld sygdoms- og sundhedsmæssigt kunne hengive sig til den sundhedsprofessionelle ansvarlighed. En politisk vilje til at tage et moralsk ansvar for alle i samfundet i et ideal om videnskabelig rationalitet førte således paternalismen med sig som afgørende kendetegn for velfærdsstatens sundhedsvæsen⁶⁴. Vel at mærke ikke en paternalisme, hvor den sundhedsprofessionelle skulle udnytte sin magtposition til egen fordel, men en paternalisme hvor den praktiske

⁵⁹ Toulmin Stephen: The Primacy of practice: Medicine and postmodernism, s. 50

⁶⁰ Frith Lucy: Evidence-based medicine and general practice, s.33

⁶¹ Højrup Thomas: Dannelsens dialektik, Etnologiske udfordringer til det glemte folk, s. 45-46

⁶² Andreasen Torben E: Kant og den moderne filosofis grundproblemer, s. 68-70

⁶³ Jensen Uffe Juul: Elementer til en ny filosofi om medicin, sygdom og sundhed, del 2. Medicinsk viden, Sundhed og Retfærdighed, s.7

⁶⁴ Ibid. s. 7 & 12

medicinske ekspertkundskab skulle udøves til patientens bedste i et etisk-politisk forbillende om at fremme retfærdigheden i samfundet⁶⁵.

Paternalismen kan derfor også siges at være blevet konstituerende for den sundhedsprofessionelle som subjekt, der, i en strukturdialektisk optik, så at sige, af staten, var indrullet i en paternalistisk praksis (jf.s7), der som det store anerkendende subjekt, gennem idealer om retfærdighed og lighed, ønskede en sygdomsfri og dermed sund og stærk befolkning.

I et governmentality-perspektiv kan paternalismen ses som den politiske magt eller organiserede praksis som den sundhedsprofessionelle og det enkelte menneske som patient blev styret gennem. Paternalismen, der via naturvidenskaben, affødte en sandheds- og vidensproducerende praksis, som formede, styrede og konstituerede den sundhedsprofessionelle som subjekt karakteriseret ved at være den ekspert, der udefra, som objektiv iagttagere, entydigt kunne fastslå menneskets sundhedsmæssige behov. Gennem denne viden om mennesket blev den sundhedsprofessionelle derved også ”formet” og etableret som den kyndige, der havde ansvar for patienten. Et ansvar og en position, der samtidig medførte en sundhedsprofessionel autonomi. En autonomi, forankret i tillid og autoritetstro til den sundhedsprofessionelle, der således, med det primære ansvar for det enkelte menneskes sundhed, legitimt besad retten til at definere, hvordan praksis skulle tilrettelægges i forhold til den enkelte patient.⁶⁶

At statsministeren i forbindelse med kvalitetsreformen udtaler: ”Det offentlige skal prioritere indsatsen, så den især retter sig mod at hjælpe dem, der har særligt behov” (jf.s.13) må derved betyde, at jordemoderen nu skal ændres i sin subjektivering som sundhedsprofessionel fra at være den, der generelt besidder evnen og retten til at definere eller vælge, hvordan praksis skal tilrettelægges i forhold til den enkelte kvindes behov til i højere grad at differentiere fra kvinde til kvinde. Regeringen vil i stedet til at ”udbrede det frie valg”, idet regeringen nu finder at: ”Borgeren selv er bedst til at træffe de vigtige valg om sit eget liv” (Sekretariatet for ministerudvalget (2006) s.7). I forlængelse heraf anfægter kvalitetsreformen også den ovenfor beskrevne sundhedsprofessionelle autonomi, idet den sundhedsprofessionelle ydelse fremover konkret skal synliggøres ved at: ”Opstille klare mål for hvad (..) sygehuset skal levere til borgeren (..). Det skal dokumenteres, om måle-

⁶⁵ Ibid. s.16

⁶⁶ Jensen Uffe Juul: Elementer til en ny filosofi om medicin, sygdom og sundhed, del 2. Medicinsk viden, Sundhed og Retfærdighed. s.14-16

ne nås og (..) får patienterne på hospitalet den information, de skal have, og bliver de raske?" (Rasmussen Anders Fogh(2006) s.2)

I henhold til kvalitetsreformen kan jordemoderen altså i fremtiden ikke længere legitimt lade sin sundhedsprofessionelle praksisydelse hvile i den efterkrigstids funderede hengivenhed til professionel ekspertise og ansvarlighed begrundet i tillid til videnskabelig indsigt og kompetence (jf.s. 16). Praksis kan således siges at skulle ændres fra en implicit ikke italesat ansvarlighed til en eksplicit italesat ansvarlighed. Eller som Rose formulerer: "The new forms of accountability that were to breach the enclosures of expertise (..) The enclosures within which expertise could insultate themselves from 'political interference' in the name of 'professional autonomy' are punctured (..) The logics and technical requirements of audit displace the internal logics of expertise" (Rose Nikolas(1999) s.151,153,154).

2.1 Sammenfatning

Med reference til Tine Damsholts fortolkning af Foucault kan det således siges, at ovennævnte analyse forsøger at anskueliggøre relationen mellem stat og befolkning i konteksten af de problemstillinger den danske stat eller det danske samfund stod overfor i tiden efter 2. verdenskrig.

En relation, der synes at svare til det, Nikolas Rose kalder: "The idea of the social state (..). The idea of the social state was grounded in the presupposition that the gradual betterment of the conditions of all forces and blocs within society (..) could be achieved". (Rose Nikolas (1999),s.135). En relation, som blev imperativet eller "forskriften" for staten de følgende ca. 50 år⁶⁷ og som ifølge Kvalitetsreformen altså stadig synes at være gældende for sundhedsvæsenet, implicit den offentlige sektor. En sammenhæng mellem magt og viden, der udviklede videnskabelige politiske praktikker og teknologier, der for den sundhedsprofessionelle betød en interpellation, i en Højrup inspireret analyse, eller subjektivisering i en Foucaulsk til legitimt at "iklæde sig" paternalismen med dens primære ansvar for den enkeltes sygdom/sundhed og derved også retten til at definere grundlæg-

⁶⁷ Rose Nikolas: Powers of freedom. Reframing political thought, s. 135 (tillader mig at parallelisere den engelske og danske stat, idet den danske velfærdsstats sundhedsvæsen, i henhold til Uffe Juul Jensen, er inspireret af Det Nationale Engleske Sundhedsvæsen, NHS, oprettet i 1948. Se Juul Jensen: Elementer til en ny filosofi om medicin, sygdom og Retfærdighed, s. 8

gende behov. Og for det enkelte menneske betød en interpellation eller subjektivering i et, i positiv forstand, bureaukrati af omsorg⁶⁸.

Disse forhold kan ydermere, for jordemoderen, siges at have legitimeret ikke bare den tidligere nævnte epistemiske vidensform (jf.s.14), men også de af Aristoteles benævnte mere praktiske vidensformer som *techne* og *fronesis*.⁶⁹ Vidensformer, der, i højere grad, kalder på en ikke italesat ”fornemmelse” for det enkelte menneskes behov i en sygdomsmæssig situation, der betragtes som grundlæggende, ufrivillig og ikke rationel. En diskussion, der i øvrigt vil blive udfoldet nærmere i analysen af opgavens ”indersideperspektiv”.

Imidlertid har denne subjektivering eller interpellation siden 1970’erne mødt kritik, idet velfærdsstaten eller ”socialstaten” siden er blevet kritiseret for at foranstalte et ekspertmæssigt formynderi uden respekt for brugernes interesser og perspektiver⁷⁰. Eller som Rose skriver: ”Imposing clienthood, patriarchal authority and social norms upon those who used it” (Rose Nikolas(1999) s.257). I en governmentality optik kan det således siges at den individuelle og kollektive identitet, som efterkrigstidens styringspraksis skabte og styringsmæssigt opererede igennem, ikke længere møder genkendelse⁷¹. Den af efterkrigstidens subjektiverede borger eller ”aktør”, hvad enten der nu er tale om jordemoderen som sundhedsprofessionel eller kvinden som borger, kan derved siges ikke længere at matche historien med dens nuværende problematikker, idet disse nu findes at kalde på en anden relation stat og befolkning imellem.

Begrebet ”aktør”, fordi de former for identitet, der forudsættes og søges faciliteret i den givne styringspraksis, i lyset af governmentalitybegrebets videnskabsteoretiske position, ikke bør forveksles med et *virkeligt* subjekt, i essentialistisk forstand, som disse praksisser konstitueres gennem. Som Dean udtrykker det, så determinerer styringsregimer ikke subjektivitetsformer, men: ”Fremkalder, promoverer, faciliterer, skaber og tildeler diverse kapaciteter, egenskaber og statusbevisninger til bestemte aktører”(Dean Mitchell(2006)

⁶⁸ Rose Nikolas: Powers of freedom. Reframing political thought, s.253.

⁶⁹ Macintyre Alasdair: Dependent Rational Animals, Why Human Beings Need the Virtues, s. 5 & 67.

Jensen Uffe Juul: Elementer til en ny filosofi om medicin, sygdom og sundhed, del 2. Medicinsk viden, Sundhed og Retfærdighed, s.14

⁷⁰ Højrup Thomas, Jensen Uffe Juul: Den suveræne stats krav til borgerne – og borgernes krav til staten, in Højrup s.274

⁷¹ Dean Mitchell: Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund, s74-75

s.75), hvorved styringens hovedproblem i mindre grad drejer sig om identitet, men mere om "identifikation"⁷² eller genkendelse fra det enkelte menneske eller aktørs side.

Analysen af opgavens problemstilling er således nu kommet til Kvalitets-/Patientreformen og Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet for at få kastet lys over, hvad det så er for en styringsrationalitet, konteksten af nutidens historiske problematikker synes at afføde.

3. Kvalitets-/Patientreformen og Den Danske Kvalitetsmodel: Relationen mellem stat og borger i konteksten af vor tid

"Om 40 år vil vi danskere være dobbelt så rige som i dag. Flere og flere danskere får råd til et privatforbrug på 1. klasse (..) Ny teknologi giver nye muligheder. Antallet af ældre stiger. (..) De store årgange af offentligt ansatte er på vej på pension. Det er de små årgange, der træder ind på arbejdsmarkedet. Det er den demografiske mur, vi er oppe imod (..) Den offentlige sektor står overfor en kæmpe udfordring". (Rasmussen Anders Fogh(2006) s.2)

Med ovennævnte udtalelser findes statsminister Fogh Rasmussen at påpege nogle problemstillinger i den givne historiske kontekst, som fordrer handling i den offentlige sektor. Noget er ved at ske, eller som Rose formulerer det: "We can begin to observe a reshaping of the very territory of government (Rose Nikolas(1999) s.131 & 135). Nogle kontekstuelle forandringer som vel at mærke ikke findes at være et resultat af "unbridled individualism"⁷³, men observerede historiske problematikker, der fra et regeringsperspektiv fordrer at: "Vi skal finde nye veje (..) Udfordringerne er ikke mere af det samme (..) Vi skal skabe en moderne, dynamisk og nytænkende offentlig sektor". (Rasmussen Anders Fogh (2006) s.2)

Der kan således siges at blive kaldt på en anden teknologi af sandheds- og vidensproduktion end den, der blev produceret i efterkrigstidens "social-" / velfærdsstat.

Det af statsministeren ytrede behov, for en nytænkning af den offentlige sektor, kan i et historisk perspektiv ses som et resultat af, at efterkrigstidens optimisme, med hensyn til at kunne behandle sig ud af nationens helbredsproblemer, ikke har vist sig at kunne bære.

⁷² Dean Mitchell: Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund, s. 74-75

⁷³ Rose Nikolas: Powers of freedom. Reframing political thought, s. 131 & 135

Den moderne civilisations helbredsmæssige trusler har ikke, som forventet, været epidemiske sygdomme, men mere civilisationssygdomme som kræft og hjertekarsygdomme⁷⁴. Sygdoms- og sundhedsmæssige udfordringer som ikke, på samme måde objektivt og uafhængigt af det enkelte menneske, har ladet sig helbrede af naturvidenskaben gennem den sundhedsprofessionelle som enerådige ekspert. Velfærdsfilosofien bag etableringen af efterkrigstidens sundhedsvæsen, om at kunne udligne social ulighed i sundhed gennem anerkendelse af borgernes lige ret til behandling, har således heller ikke vist sig at være bæredygtig. Sideløbende hermed har Danmark, som mange vestlige lande i øvrigt, været ramt af den såkaldte oliekrise⁷⁵, hvorved den hidtidige økonomiske vækst blev mindsket. Der har således siden 1970'erne ikke længere, som i årtierne efter Anden Verdenskrig, været råd til at finansiere de stadig stigende offentlige, ekspertdefinerede og af systemet ligeligt distribuerede, serviceydelser gennem skattestigninger som eventuelle budgetoverskridelsers garant⁷⁶. En problematik som statsminister Fogh Rasmussen, i sine begrundelser for Kvalitetsreformen, i øvrigt også refererer til, idet han anfører: "I den offentlige debat optræder af og til argumenter for, hvordan man kan finansiere fremtidens offentlige service. Nogle fremfører, at det bare er et spørgsmål om at øge skatterne, bruge løs af statens overskud (...). Men det er ikke forsvarligt bare at bruge løs af statens overskud her og nu (...) Regeringen vil ikke gentage halvfjerdsernes økonomiske skandale, hvor vi sukkede mod afgrunden og kun fik rettet op ved at gennemføre langvarige og skrappe stramninger". (Rasmussen Anders Fogh(2006) s.1).

Ovennævnte udvikling har således medført et øget fokus på de stadig stigende udgifter i sundhedsvæsenet. Et fokus, som altså, sammen med vedvarende sundhedsmæssige problematikker i befolkningen, affødte spørgsmålstejn ved sundhedsvæsenets hidtidige sociale og paternalistisk prægede idealer.

Som repræsentant for regeringen formulerer statsministeren nu i stedet, at borgeren skal gives mulighed for selv at kunne vælge mellem forskellige servicetilbud: "Så kan de vælge det fra, de ikke vil have og vælge det til, de vil have (...) Når borgeren kan vælge det gode til og det dårlige fra, så giver det et stærkt fokus på kvalitet". (Rasmussen Anders Fogh(2006) s.2), hvorved borgeren eller det enkelte menneske synes at blive tildelt en

⁷⁴ Jensen Uffe Juul: Elementer til en ny filosofi om medicin, sygdom og sundhed, del 2. Medicinsk viden, Sundhed og Retfærdighed, s. 25

⁷⁵ Ibid. s. 27

⁷⁶ Højrup Thomas, Jensen Uffe Juul: Den suveræne stats krav til borgerne – og borgernes krav til staten, s.276-277

mere aktiv rolle i relationen til staten end tidligere. Staten synes således, i lyset af de anførte aktuelle økonomiske og demografiske problematikker, at signalere afhængighed af borgernes prioriteringsevne. For rent økonomisk at sikre en bæredygtig stat på sigt, kan staten derved siges at have brug for en løbende belysning af det faktiske behov for produktion og kvalitet af hver enkelt ydelse⁷⁷. En belysning, som statsministeren, i sin udtalelse om at borgernes valg giver et stærkt fokus på kvalitet, synes at kunne opnå. Et overblik over det faktiske behov for de forskellige ydelser, bibragt af frit valg og brugerinddragelse, der skal medvirke til en økonomisk bæredygtig stat på sigt og dermed, i sidste ende, en suveræn stat, for nu at blive i den strukturdialektiske retorik, nærmere bestemt Højrup's fortolkning af Louis Althusser's teser om de ideologiske statsapparater⁷⁸. Teser om at staten, der for vedvarende at være et uafhængigt subjekt, er afhængig af sine små subjekter, menneskene, til at udføre definerede opgaver, nødvendige for at staten kan opretholde sin indre formation.

Staten kan således fra sit perspektiv siges at være nødt til at prioritere sin økonomi ud fra behov defineret af den enkelte. Der er ikke længere økonomi, til at behov kan blive defineret som noget objektivt og generelt for alle gældende.

De aktuelle historiske problematikker synes med andre ord at kalde på en anden "styringskunst"⁷⁹ end den siden 2. verdenskrig gældende sociale statsrationalitet. En styringskunst der, med statsministerens tidligere nævnte afstandstagen til "den centralistiske løsning, hvor staten bestemmer" (jf.s.12), synes at tale for, at der bør sættes grænser for statens indflydelse. Dette til fordel for en styringsrationalitet, der betragter udøvelsen af individuel frihed som nødvendig for realisering af styringens mål og dermed i højere grad, end i efterkrigstidens velfærdsstat, kan siges at placere styringsrationaliteten udenfor den statslige politiske sfære⁸⁰. En styringsrationalitet, der, eksemplificeret ved følgende citat fra regeringens oplæg til kvalitetsreformen: "Indførelsen af det frie valg bunder i tillid til, at borgeren selv er bedst til at træffe de vigtige valg om sit eget liv" (Sekretariatet for ministerudvalget (2006): s.7) synes at skulle "transformeres" til en mere liberal inspireret rationalitet, hvor den sociale statspolitik afløses af en økonomiorienteret markedslogik, baseret på den enkelte borgers aktive frie valg⁸¹. Begrebet "transformeres" eller "trans-

⁷⁷ Højrup Thomas, Jensen Uffe Juul: Den suveræne stats krav til borgerne – og borgernes krav til staten, s. 277

⁷⁸ Højrup Thomas: Dannelsens dialektik. Etnologiske udfordringer til det glemte folk s. 593

⁷⁹ Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s. 100

⁸⁰ Ibid. s. 101

⁸¹ Rose Nikolas: Powers of freedom. Reframing political thought, s.141-142

formation”, fordi udviklingen af styringsrationaliteter i et governmentalityperspektiv ikke anskues som en successiv erstatning af forskellige magtformer, men mere, befordret af de historiske problematikker, findes at vokse frem ved siden af hinanden, infiltrere hinanden og til tider erstatte hinanden⁸². Ved således vedvarende i Kvalitets- / Patientreformen at betone en offentlig sektor på borgernes betingelser med målsætninger om: ”Frit valg på flere områder”, at ”borgerne aktivt skal kunne præge de offentlige serviceydelser”⁸³ og at involvere borgerne aktivt for bl.a. at udbrede medansvaret for sundhedssektorens udvikling og prioritering til de enkelte patienter⁸⁴, synes regeringen, i sin styring, altså at nedtone staten i retning af det Rose betegner: ”To govern better, the state must govern less” (Rose Nikolas(1999): s.139). En ny relation mellem styring, ekspertise og subjektivitet, der bryder med den gamle skelnen mellem stat og civilsamfund synes altså med Kvalitets-/Patientreformen at blive lagt til rette, idet der nu i højere grad lægges op til at operere gennem det enkelte individs frihed⁸⁵. Fra en relation, hvor styring blev forstået som en aktivitet udøvet af den nationale velfærdsstat, der som en samlet enhed handlede overfor og på vegne af samfundet som et samlet domæne, til en relation, hvor anvendelsen af ekspertviden er afhængig af et valg. Et valg som, vel at mærke, ikke længere træffes af staten, men af dem der tidligere blev betragtet som klienter eller patienter, hvorved de førhen offentlige serviceydelser tænkes transformeret til markeder for service og ekspertise, som forbrugeren er herre over⁸⁶. Dette også formuleret af Rose, idet han fremfører: ”All aspects of *social* behaviour are now reconceptualized along economic lines – as calculative actions undertaken through the universal human faculty of choice”. (Rose Nikolas(1999) s.141). Regeringen kan således med Kvalitetsreformen siges at introducere den såkaldte avancerede liberalistiske styringsform eller neo-liberalisme, hvor staten ikke længere er ansvarlig for at imødekomme alle sociale eller sundhedsrelaterede behov, idet omdrejningspunktet styringsmæssigt set nu i højere grad synes at være økonomisk⁸⁷. Et skift i styringsformen som følgende citat, fra oplægget til Kvalitetsreformen, ganske fint synes at illustrere: ”Regeringen vil give (..) de offentlige tilbud et regelmæssigt service-tjek. Der kan være tilbud, der ikke bør leveres af det offentlige, og hvor pengene kan bru-

⁸² Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s. 18

⁸³ Sekretariatet for ministerudvalget: Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar. Regeringens debatoplæg til møde om kvalitetsreform 30. november 2006, s.1

⁸⁴ Huset Mandag Morgen/Innovationsrådet: Brugernes Sundhedsvæsen. Oplæg til en patientreform, s.10

⁸⁵ Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s. 239

⁸⁶ Ibid. s. 241 & 247

⁸⁷ Rose Nikolas: Powers of freedom. Reframing political thought, s. 142 & 151

ges bedre til andre serviceydelser (..) Regeringen vil bidrage til at skabe grundlag for en bedre forventningsafstemning (..) mellem hvilken opgave institutionen løser, og hvad forældre eller pårørende har ansvar for. De reelle priser for de enkelte serviceydelser skal også være synlige for borgerne. (..) Når borgerne benytter offentlige ydelser, ved han eller hun som oftest ikke, hvad det koster at stille ydelsen til rådighed. Den manglende viden om ydelseernes reelle priser kan give en forkert opfattelse af det offentliges faktiske serviceniveau.”(Sekretariatet for ministerudvalget (2006) s.12 & 13).

Kvalitetsreformens introduktion af ”frit valg og brugerinddragelse” (jf.s.1), eller det enkelte menneskes frihed til at foretage valg, kan i et governmentalityperspektiv derved siges at skulle være en af fremtidens offentlige sektors/sundhedsvæsenes styringsteknologier. I lyset af behovet for en økonomisk baseret markedsløse kan regeringen, gennem borgerens frihed til at vælge, siges at opnå en belysning af, hvor det økonomisk set er rentabelt at sætte ind med offentlige serviceydelser. At omdrejningspunktet for staten således nu synes at være det økonomiske islæt betyder imidlertid ikke, at det sociale element helt forsvinder. I forbindelse med pointeringen af det frie valg formulerer kvalitetsreformen nemlig også: ”Der skal tages hensyn til, at ikke alle har lige gode forudsætninger” og at: ”Det offentlige leverer ydelserne målrettet til dem, der har brug for hjælpen (..) Det offentlige skal hjælpe dem, der har brug for det, men kun på områder, hvor borgerne ikke selv kan løfte opgaven” (Sekretariatet for ministerudvalget (2006) s. 3 & 12). Staten synes således stadig at ville påtage sig et ansvar rent socialt, men i en anden og mere differentieret form end den efterkrigstidskonsoliderede tilgang, idet det samtidig fremhæves: ”Regeringen vil udvikle en offentlig sektor på borgernes betingelser, både for at efterleve borgernes egne ønsker og behov og for at sikre, at den enkelte kan tage størst muligt ansvar for sit liv (..) Borgerne skal have stor frihed og plads til at løfte det personlige ansvar (..) og gøre en aktiv indsats. (..) Borgere er mere end brugere. Borgerne skal kunne tage del i og medansvar for samfundsmæssige beslutninger (..) Det enkelte menneske har også selv et ansvar for at bidrage til at skabe de bedste forudsætninger for (..) behandling og genoptræning (..) Den offentlige sektor skal aktivt bidrage til, at borgerne selv tager et større ansvar for deres egen og deres nærmestes situation”. (Sekretariatet for ministerudvalget (2006)s. 3 & 12). Rollefordelingen hvad angår ansvar synes således at have skiftet plads fra staten som den store for alle borgere ansvarshavende instans til nu, med enkelte undtagelser, at blive placeret hos den enkelte borger. Personligt ansvar for en

velfungerende offentlig sektor findes derved, udover friheden til at foretage valg, at udgøre en anden af fremtidens styringsteknologier. Samlet set kan det siges, at der med kvalitetsreformen lægges op til en styringsform karakteriseret ved at operere gennem en påvirkning og formning af formelt frie individers handlinger eller det Foucault i Deans fortolkning kalder: "Conduct of conduct"(Dean Mitchell(2006) s.27). En styringsform, der således ikke blot omfatter hvordan autoritet udøves over andre, men også hvordan vi som mennesker styrer os selv. "Conduct of conduct" fordi Kvalitetsreformen, ved netop at søge at forme, skulpturere og mobilisere, kan siges at operere gennem de i Patientreformen benævnte "bløde værdier" (jf.s.2) som f.eks. det enkelte menneskes personlige valg og ansvar. Og tilsvarende de "bløde værdier" som også problemformuleringens nævnte "ønsker" kan siges at være. Kvalitets/Patientreformen kan derved siges at gøre brug af en styringspraksis, der tilstræber at forbinde spørgsmål om styring, administration og politik med selvet, individet og dets liv⁸⁸. Reformerne synes derved at introducere en mere dialektisk måde at betragte relationen mellem politik og etik på, end den tidligere mere dikotomiprægede med staten, implicit den politiske sfære, stående overfor befolkningen og dets frihed. I et Foucault perspektiv kan etik i "conduct of conduct sammenhæng" således omtænkes til sfæren for styring af selvet, hvor styring skal ses som en form for handling, der udøves af selvet på selvet⁸⁹. En styring af selvets praksisser, der, med baggrund i de styredes frihed, altså synes at optræde som teknologi eller instrument til at opfylde Kvalitetsreformens mål om en markedsbaseret rentabel offentlig sektor.

Kvalitets-/Patientreformens styringsrationalitet findes hermed afdækket, hvorfor tiden nu er kommet til mere specifikt at sætte fokus på, hvilken betydning denne styringsrationalitet kan tænkes at få for subjektiveringen af henholdsvis jordemoderen som sundhedsprofessionel og kvinden som borger, når de skal "indrulleres" i denne neo-liberalt inspirerede praksis.

3.1 Jordemoderen: Kvalitets- og Patientreformens sundhedsprofessionelle aktør

Som det fremgår af forrige afsnit synes "ansvarliggørelse" at udgøre en væsentlig styringsteknologi i Kvalitetsreformens styringsrationalitet. En ansvarliggørelse som ikke blot gælder den enkelte medborger, men også jordemoderen som sundhedsprofessionelt subjekt. Således anfører Kvalitetsreformen: "Alle institutioner skal måle kvalitet og bru-

⁸⁸ Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s.46

⁸⁹ Ibid. s.47

gertilfredshed. Oplysninger om kvalitet og brugertilfredshed skal udbygges med oplysninger for de enkelte sygehusafdelinger. Informationen skal være tilgængelig for borgeren både på én samlet hjemmeside og på en informationstavle på den enkelte (..) afdeling. (..) Oplysningerne skal gøre det lettere for borgerne at bruge deres frie valg (..) men oplysningerne skal også bruges som redskab til medarbejdere og ledelse på institutionerne til at understøtte den faglige udvikling. (..) Der skal være konkret information om kvaliteten på de enkelte sygehuse og afdelinger (..) til at identificere institutioner og afdelinger, hvor der er brug for en ekstra indsats eller for hjælp udefra til at styrke kvaliteten. (..) Hvert sygehus får en overordnet karakter fra én til fem stjerner”. (Sekretariatet for ministerudvalget (2006) s.2 & s.5). For sundhedsvæsenets vedkommende konkretiserer ”Den Danske Kvalitetsmodel”⁹⁰ ovennævnte yderligere, idet denne model: ”Fokuserer på synliggørelse og kontinuerlig forbedring af alle faglige aspekter ved patientforløbene (..) gennem en målings- og vurderingsfunktion som omfatter en række kvantitative målinger og kvalitative vurderinger” (Sundhedsstyrelsen(2004) s.7). Denne målings- og vurderingsfunktion skal bygge på de såkaldte akkrediteringsinitierede standarder bestående af en række foruddefinerede krav vedr. de enkelte sundhedsydelser og aktiviteter. Standarderne er fælles og der er knyttet en række konkrete operationelle målinger og vurderinger af kvaliteten. Standarderne er således beskrivende og formålet med dem er at fremme synliggørelse og kontinuerlig forbedring af kvaliteten. Til alle standarder kræves dokumentation, der belyser kvaliteten af den strategiske aktivitet, ligesom disse standarder skal offentliggøres for at sikre synlighed, gennemsækelighed og åbenhed om aktuel kvalitet⁹¹. Videre fremhæves det: ” Under alle omstændigheder er det vigtigt, at standarderne (..) så vidt det er muligt – lever op til gængse krav om gyldighed og pålidelighed (..) med henblik på, at de kan anvendes i alle afdelinger (..), så der er mulighed for sammenlignelighed” (Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet(2000) s.12). Med reference til gængse krav om gyldighed og pålidelighed, nævnes det endvidere, at standarderne helst skal udformes, så de sikrer såkaldte evidensbaserede retningslinier for det enkelte patientforløb⁹². Således illustreret, synes den neo-liberalt inspirerede styringsform af sundhedsvæsenet at fordre en sundhedsprofessionel subjektivisering karakteriseret ved

⁹⁰ Sundhedsstyrelsen: Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse, 20. december 2004

⁹¹ Sundhedsstyrelsen: Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse, 20. december 2004, s.8 & s.32

⁹² Huset Mandag Morgen/Innovationsrådet i samarbejde med Patientforum, Danske Regioner og Oxford Health Alliance: Brugernes Sundhedsvæsen. Oplæg til en Patientreform, s. 53

det, Dean kalder ”ansvarlige serviceleverandører”⁹³. Dean taler i den forbindelse om, at den neo-liberale styringsform rummer en række ”præstationsteknologier”⁹⁴ eller styringsteknikker, som f.eks. ansvarlighed, designet til at gennemtrænge den under velfærdsstaten etablerede aflukkede ekspertise eller autonomi (jf.s.15). Tilsvarende formulerer Rose: ”Bureaucracy would focus on the delivery of services, and be governed indirectly, through (..) targets, performance measures monitoring and audit (..) The terms of that accountability were not professional but those of accounting (..) These abstract spaces were made material through physical redesign (..) built into organization flow diagrams, used to configure managerial responsibilities” (Rose Nikolas(1999) s.151,152). Synliggørelse af professionel ansvarlighed gennem målbare standarder, der evalueres gennem diverse audits⁹⁵, synes derved at skulle afløse den tillid, efterkrigstidens velfærdsstat investerede i elitær professionel visdom og suveræne ikke i talesatte ekspertbeslutninger. At fremtidens sundhedsprofessionelle ekspertise således kun kan finde legitimitet gennem synliggjort og eksplicit ansvarlighed, via konkret vidensdokumentation, kan således betyde en styringsteknologi, der producerer sandheden om kun én gyldig form for viden, nemlig den der lader sig italesætte på skrift. Den sundhedsprofessionelle ekspertviden, der førhen legitimt kunne eksistere på ikke italesat vis i de statsligt definerede serviceydelser, er således nu, grundet en kontekst baseret på markedsøkonomi for service og ekspertise defineret af borgeren eller forbrugeren, nødt til at formulere sig eksplicit. Således kommer den tidligere nævnte epistemiske vidensform, defineret af Aristoteles, atter ind i billedet, fordi denne netop er kendetegnet ved den teoretiske og beskrivende form, omhandlende det principielle, det regelmæssige og generelle⁹⁶. En vidensform således besiddende netop de kvaliteter som Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet, gennem sine krav om fælles og sammenlignelige standarder, synes at efterstræbe. Med reference til det økonomiske rationale, som sundhedsvæsenet altså nu hviler på, må der med andre ord skabes ”kalkulerbare rum”⁹⁷ for evaluering af rentabiliteten af de enkelte ydelser. Et rum, der således må være konkret i form af eksplicit italesat skriftliggjort viden og hvor jor-demoderen som sundhedsprofessionels tidligere legitime brug af Aristoteles anden mere

⁹³ Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s. 268

⁹⁴ Ibid. s.267

⁹⁵ Sundhedsstyrelsen: Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse, 20. december 2004, s.16

⁹⁶ Saugstad Tone: Teori og praksis i et aristotelisk perspektiv, s. 195-199

⁹⁷ Rose Nikolas: Powers of freedom. Reframing political thought, s.152

implicitte og ikke italesatte vidensform fronesis⁹⁸ ikke hører hjemme. Kvalitetsreformen kan her igennem siges at subjektivere jordemoderen til den objektivt vejledende og faciliterende fagekspert, der lægger den valide, reproducer- og generaliserbare viden til rette for kvinden, hvis behovsbestemmelse nu kan siges at foregå i hendes eget / ”brugerrettighedens navn”⁹⁹. ”Objektivt vejledende” fordi Kvalitetsreformen, ved at fordre synliggørelse og dokumentation, findes at nedtone fronesis som legitim vidensform, idet denne netop ikke er funderet i generelle principper, men i det mere partikulære, erfaringsbaserede og personlige handlingsliv. Et handlingsliv, som i højere grad beror på subjektive skøn og derfor ikke lader sig italesætte i generel teori¹⁰⁰. Ansvarliggørelse gennem synlig dokumentation, som ”præstationsteknologi” for jordemoderen som sundhedsprofessionel, findes endvidere ikke blot at være konstituerende i retning af hvordan faglig ”autoritet” udøves legitimt over borgeren i fremtidens sundhedsvæsen, men i lige så høj grad at være et spørgsmål om Foucaults ”conduct of conduct” (jf.s.22). Altså hvordan jordemoderen, som en del af et sundhedsprofessionelt team gennem efterlevelse af standarder, resultatindikatorer og evaluering, vedvarende styrer sig selv. Med Deans ord kan der med Kvalitets/Patientreformen og Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet således siges at være tale om en slags ”governmentalisering af styringen”¹⁰¹, hvor borgerens eller forbrugerens rettigheder, som kriterium i evalueringen af den faglige præstation, samtidig fungerer som en teknik, hvorved regeringen eller myndighederne får adgang til vigtig information om det pågældende markeds behov og forandringer¹⁰². I konteksten af de givne historiske problematikker synes opgaven nu, som Dean påpeger, at være at reformere de former for individuel og institutionel adfærd, som skønnes at påvirke økonomisk præstation. Det kan derfor siges at handle om at gøre styringsmekanismerne, herunder dem der virker i det sociale, effektive, økonomisk ansvarlige og gennemsigtige. Teknikker til præstationsmåling, som f.eks. audits og egenrapportering¹⁰³ samt skabelsen af kalkulerende og ansvarlige individer, er derfor nu i højsædet.

På samme måde som der i den neo-liberale styringsform kan siges at eksistere ”præstationsteknologier” for jordemoderen som sundhedsprofessionel, kan der også siges at eksistere

⁹⁸ Saugstad Tone: Teori og praksis i et aristotelisk perspektiv, s. 196

⁹⁹ Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s.269

¹⁰⁰ Saugstad Tone: Teori og praksis i et aristotelisk perspektiv, s.197

¹⁰¹ Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s. 312

¹⁰² Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s. 269

¹⁰³ Sundhedsstyrelsen: Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet, s. 21

stere ”medborgerskabsteknologier” eller ”handlingsteknologier”¹⁰⁴ for kvinden som borger. Dette vil næste afsnit mere detaljeret søge at udfolde.

3.2 Kvinden: Kvalitets- og Patientreformens civile aktør

Med den nævnte ansvarlighed, således også gældende for kvinden som borger, kan denne styringsteknologi siges at engagere den enkelte kvinde som aktiv, fri og oplyst borger udvisende en form for ansvarlig autonomi¹⁰⁵. At regeringen således vil udvikle en offentlig sektor på borgernes betingelser, der er funderet i, at den enkelte tager størst muligt ansvar for sit eget liv og udøver en aktiv indsats i og et aktivt medansvar for de samfundsmæssige beslutninger, findes med andre ord at betyde en subjektivering af kvinden som menneske, der med Rose ord ikke alene er: ”free to choose, but *obliged to be free*, to understand and enact their lives in terms of choice” (Rose Nikolas (1999) s.87). I takt med at der ikke længere findes ”identifikation” (jf.s.18) for ovenfra styret paternalistisk omsorg, eller det Rose kalder: ”A social code of moralizing instructions enjoined by superiors” (Rose Nikolas (1999) s. 87), synes det enkelte menneske at befinde sig i en tid, hvor det at være kompetent som menneske tænkes afhængigt af en kontinuerlig udøvelse af frihed og hvor den enkelte opmuntres til at forstå sit liv, ikke i forhold til skæbnen, men i forhold til sin evne til at foretage de rette personlige valg¹⁰⁶.

Subjektiveringen som aktiv borger eller forbruger kan således siges at være udtryk for en konstruktion af mennesket som rationel beslutningstager¹⁰⁷, der i kraft af sin forstand – sit intellekt, kan træffe frie valg. Via sin forstand eller fornuft, kan mennesket således sætte sin rationelle vilje igennem og i en given situation tage stilling til, hvorledes det vil handle¹⁰⁸. Et menneskesyn, der således også gennem Kvalitetsreformens pointering af vigtigheden af information: ”Borgerne skal have oplysninger om kvaliteten af de offentlige ydelser (..) Regeringen vil derfor give alle danskere adgang til letforståelige oplysninger om kvaliteten (..) og der skal være konkret information om kvaliteten på de enkelte sygehuse og afdelinger” (Sekretariatet for ministerudvalget (2006) s. 1,2,5), synes at komme til udtryk, idet der, i ovennævnte citater, appelleres til den enkelte borgers intellekt, sva-

¹⁰⁴ Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s. 266

¹⁰⁵ Ibid. s.266 & s.306

¹⁰⁶ Rose Nikolas: Powers of freedom. Reframing political thought, s. 87

¹⁰⁷ Andersen Svend: Kommunikation og etik, samtalen og det informerede samtykke, s. 45-46

¹⁰⁸ Andreasen Torben E: Kant og den moderne filosofis grundproblemer, s. 68-70

rende til den rationelle tilgangs pointering af oplysning som det enkelte menneskes forudsætning for at betjene sig af sin fornuft¹⁰⁹.

3.3 Sammenfatning

Analysen, af henholdsvis Kvalitets og Patientreformen samt Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet, synes således at beskrive en relation mellem stat og befolkning, hvor styringsrationaliteten er placeret udenfor den statslige politiske sfære eller det politiske makroniveau til fordel for en placering i det enkelte menneske og i de enkelte institutioner, hvor serviceydelserne nu produceres. Denne, i højere grad på mikroniveau placerede, styringsrationalitet synes at bringe den personlige ansvarlighed som styringsteknologi i højsædet. En styringsteknologi, der findes at katalysere en sandheds- og vidensproduktion om det rationelle og via sit intellekt frie, myndige menneske, der, med den sundhedsprofessionelles teoretisk dokumenterede vidensformidling, bibringes den nødvendige oplysning som forudsætning for at kunne betjene sig af sin fornuft og derved blive i stand til at foretage de nødvendige valg. Denne tankegang giver associationer til Immanuel Kant, der finder at: ”Oplysning er menneskets udgang af den selvforskyldte umyndighed. Umyndighed er mangelen på evne til at betjene sig af sin forstand uden en andens ledelse” (Kant Immanuel (1783), s.71). Mennesket tænkes således via oplysning at få indsigt for derved at kunne leve i myndighed, hvilket vil sige betjene sig af sin egen forstand. Dette ikke ved en andens ledelse, men netop ved selvledelse eller autonomi. I Torben E. Andreasens fortolkning har Kant grundlæggende det menneskesyn, at mennesket er et frit handlende væsen, der, i kraft af sin forstand – sit intellekt, kan træffe frie valg. Mennesket kan således, via sin forstand eller fornuft, sætte sin rationelle vilje igennem og i en given situation tage stilling til, hvorledes det vil handle. Intet andet udefra behøver at bestemme den enkeltes liv. Grundet sit rationelle jeg kan det enkelte menneske selv udøve denne selvbestemmelse, hvilket netop gør det frit eller autonomt. Dette er så at sige en generel lov for alle mennesker¹¹⁰. Ansvarligheden for jordemoderen, som sundhedsprofessionel, findes i lyset heraf så at bestå i på bedst mulige vis at facilitere og lægge denne viden til rette for den enkelte rationelt subjektiverede kvinde. En viden, der ved at skulle leve op til bestemte evaluerbare standarder, gerne skal være generel og målbar og derfor synes at kalde på den epistemiske vidensform. Jordemoderen må således som

¹⁰⁹ Kant Immanuel: Besvarelse af spørgsmålet: Hvad er oplysning?, Oplysning, historie, fremskridt, 1783, s. 71

¹¹⁰ Andreasen Torben E: Kant og den moderne filosofis grundproblemer, s.68-70

sundhedsprofessionel nedtone sin subjektive mere fronesisk prægede faglighed i sit vedvarende arbejde på at leve op til kravene om dokumentation, faglig gennemskuelighed og information, så kvinden kan foretage valg og tage ansvar.

En samfundskontekst med historiske problematikker, der kalder på personlig ansvarlighed som styringsteknologi eller som Rose betegner: "Regime of the self" (Rose Nikolas (1998) s.60) synes endvidere at ændre strukturdialektikkens relevans som teoretisk ramme. Hvor efterkrigstidens samfundsproblematikker, sammen med naturvidenskabens fremmarch og en positiv økonomisk vækst, bibragte troen på staten som den store samlende autoritet svarende til Højrup's statsteori om samfundet reflekterende sig i staten som det store anerkendende subjekt¹¹¹, synes denne anerkendelsens refleksion i ét stort statssubjekt, med nutidens problematikker, at have skiftet plads til det enkelte individ og den enkelte offentlige institutions præstation. Statens rolle som det store anerkendende subjekt kan på en måde siges at være blevet "udliciteret" til det enkelte menneskes eller den enkelte offentlige institutions selvrefleksive virksomhed, hvorved den enkelte så at sige har fået overdraget ansvaret for henholdsvis sin egen sundhed/kvaliteten af sin "vareproduktion". Som Mitchell Dean siger, er ansvaret for det sociale, implicit sundheden, blevet transformeret ud til et sæt af konstruerede markeder for serviceydelser og ekspertise som er gjort funktionsdygtige gennem forskellige selvreflekterende handlingsteknologier og præstationsteknologier, som styrer på afstand.¹¹² Det skal således ikke forstås sådan, at staten ikke længere har indflydelse på styringen, da det jo, bl.a. illustreret ved de nævnte reformer og Kvalitetsmodellen, er en samfundstransformation, som er billiget af regeringen, der også i sidste ende, på afgørende, vis influerer på de økonomiske bevillinger. Statssubjektet som anerkendende enhed synes blot nu at være langt mere heterogen, delt ud i selvstyrende enheder, der søger deres anerkendelse reflekteret i personlig og faglig/institutionel ansvarlighed. De i indledningen nævnte betragtninger, om hvorvidt styringen nu er initieret af et "top-down" eller "bottom-up" perspektiv, begreber som strukturdialektikken også benytter¹¹³, findes således ikke længere at være så relevante, idet forholdet, mellem stat og borger, indenfor den neo-liberale styringsrationalitet synes mere dialektisk, med en opfattelse af borgeren som værende både objekt for staten og part-

¹¹¹ Højrup Thomas: Dannelsens dialektik. Etnologiske udfordringer til det glemte folk, s.271-272

¹¹² Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s. 302

¹¹³ Højrup Thomas: Dannelsens dialektik. Etnologiske udfordringer til det glemte folk, s. 596

ner¹¹⁴. Det Foucaultinspirerede governmentalityperspektiv synes derved, i denne del af opgaven, at være lidt mere aktuelt end Højrup's strukturdialektik, idet Foucault i højere grad arbejder med at begrebsliggøre, hvordan den politiske magt bliver et indre anliggende for det subjektiverede eller interPELLerede individ, hvor den etnologiske statsteori mere synes at lægge vægt på selve påkaldelsen¹¹⁵.

Endelig skal det i lyset af "governmentaliseringen af styringen" således også nævnes, at Kvalitetsreformens tilsyneladende humanisering¹¹⁶ af den offentlige sektor, i sit fokus på det enkelte menneskes behov og ønsker, således nok ikke skal ses som en humanisering, forstået som frigørelse af mennesket fra styring, men mere som en konstruktion, hvor det enkelte menneskes frihed og valg bevidst skal fungere som styringsteknologi. Akkrediteringsinitierede standarder skal derfor ikke tænkes som en begrænsning af denne frihed, men mere som en nødvendig tilvejebragt viden for det enkelte valg og for menneskets forvaltning af sin frihed.

Problemstillingens "udefra-perspektiv" findes hermed belyst, hvorfor tiden nu er kommet til at søge indblik i, hvordan dette perspektiv så kan tænkes at fungere i praksis kompleksitet. Dette eksemplificeret ved en mors oplevelse af kvalitetsudviklingsprogrammet "Det Spædbarnsvenlige Initiativ".

4. Kvalitets-/Patientreformen og Den Danske Kvalitetsmodel i praksis kompleksitet, eksemplificeret ved "Det Spædbarnsvenlige Initiativ"

"Attempts to formalize, standardize, and rationalize are ubiquitous in western worlds. (...) Professional practices are supposed to become more "scientific", and technical practices should obey "universal standards". (...) Given a certain task, the procedures drawn upon and the knowledge and artifacts used should adhere to scientific criteria, so that the outcomes achieved are optimal-and more predictable. (...) But order is opposed to disorder" (Berg Marc, Timmermans Stefan(2000) s.31 & s.34).

Sidste sætning i ovennævnte citat, om at "orden er modstillet uorden" eller at enhver orden medfører uorden i en gensidig afhængig proces, skal ses som et forsøg på en metafo-

¹¹⁴ Otto Lene: Foucaults "governmentalitetsteori". Styringsteknologi og subjektivitet, s.14

¹¹⁵ Ibid. s.2

¹¹⁶ Otto Lene: Et robust helbred eller et lykkeligt liv, s. 84

risk beskrivelse af, hvordan Kvalitets-/Patientreformen og Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet eksemplificeret ved "Det Spædbarnsvenlige Initiativ", som repræsentant for Berg og Timmermans citat om standardisering og rationalisering, kan tænkes at fungere set fra praksis "inderside-perspektiv". Jeg understreger, at jeg kun gør brug af Berg og Timmermans begreber, om "orden og uorden", som en illustration af, hvordan reformernes møde med praksis kan tænkes at være. Videnskabsteoretiske overvejelser, i forhold til hvordan Berg og Timmermans "science and technology (STS) position" harmonerer med opgavens teoretiske ramme i øvrigt, vil derfor ikke blive udfoldet.

Men hvad er det så for en "uorden" denne Kvalitets-/Patientreforms samt Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenets initierede "orden", eksemplificeret ved "Det Spædbarnsvenlige Initiativ", kan tænkes at producere i mødet med praksis ?

"Jeg oplever nogle krænkende elementer i Det Spædbarnsvenlige Initiativ. (...) Jeg oplever de er krænkende, fordi målet er at alle skal have mulighed for at amme og så er der 10 formuleringer, der slet ikke rummer at øh..at man skal sørge for, at kvinderne ikke skal føle sig presset, men tværtimod er der masser af elementer, der virkelig tilskynder, at kvinder ammer, selvom de står i en masse pressede situationer altså via kejsersnit og at øh.. tvillinger er ingen hindring og øh.. sår på brystvorterne er ingen hindring, og så synes jeg ikke, jeg får imødekommet mine behov, når indstillingen er, at der ikke er nogen hindringer overhovedet, at det bare handler om vilje og gå på mod og selvtillid og sådan noget, så synes jeg ikke, der er fokus på den enkelte mors behov, så er der behov for at opfylde en høj ammefrekvens ikke? (...) Jeg havde forfærdelige smerter, jeg fødte ved kejsersnit og det var helt forfærdeligt, livmoderen trak sig sammen og jeg var skåret op og det var... det var helt forfærdeligt, jeg syntes slet ikke, der blev taget hensyn til mig, altså.. jeg havde det bare meget meget forfærdeligt og så kiggede de bare velmenende på mig og sagde, jamen det er jo forbundet med moderskab, sådan er det bare og blive mor.. altså selvopofrelse og det er bare med at komme i gang og lade være med at pive og øh.. så det her pres med at amme oven i købet ikke? Altså der var bare ikke plads til at være syg og træt, altså det der med, at det jo ikke er en sygdom at få børn, men jeg følte mig altså meget meget syg. Så mit overskud til at kæmpe med nogle andre smerter, end jeg havde i forvejen, var der bare ikke... Så har man sår på brystvorterne, så skal man forsøge at påvirke kvinden til at være god ved sig selv og hvis hun har haft kejsersnit, så skal man forsøge at påvirke hende til at være god ved sig selv og spørge ind til, hvad vil være

godt for dig og hvis hun så fabler om amning, så som personale være sig det ansvar bevidst og sige, at det er også vigtigt, du kommer til kræfter og amning er jo ikke det evigt saliggørende og osv. osv,.. Så det handler om at formulere, at hvis mor har fået akut kejsersnit, så er det vigtigt og tage hende i hånden og spørge, hvad er godt for dig og slap nu af med det amning, så længe du ikke er frisk, det skal nok gå, uanset hvad udfaldet bliver, altså jeg mener, jeg skal jo have kræfter til overhovedet at foretage et valg, men så vil jeg også gerne”.

Med ovennævnte citat synes moderen, fra ”flaskebarn.dk”, at signalere et perspektiv, der kan have implikationer til Martha Nussbaums Aristoteles inspirerede tilgang til mennesket. En tilgang, som forstår styring som et begreb, der også må indeholde anerkendelse af eksistensen af: ”Every important human function, with respect to each and every citizen..but not aim directly at producing people who function in certain ways. It aims, instead, at producing people who are *capable* of functioning in these ways, who have both the training and the resources to so function, should they choose. The choice itself is left to them. And one of the capabilities Aristotelian government most centrally promotes is the capability of choosing” (Nussbaum Martha(1990) s.214). Altså en tilgang til mennesket eller et menneskesyn, der ikke alene, som det neo-liberale i overvejende grad, har fokus på menneskets rationelle kompetencer til at vælge, men også er opmærksom på, om det enkelte menneske, ud fra sin situation, overhovedet er i stand til at foretage et valg. Moderen fra ”flaskebarn.dk” synes med sin tilstand af smerter, ubehag og manglende overskud efter sit kejsersnit at give udtryk for en situation, hvor nogle ufrivillige kropslige omstændigheder forhindrede hende i at sætte sin rationelle vilje igennem, selvom hun egentlig gerne ville. Med sin samtidige oplevelse af at være blevet mødt af et personale, der signalerede, at ”det bare er sådan at blive mor og det bare er et spørgsmål om at komme i gang” findes moderen endvidere at efterlyse en forståelse for at: ”Choice is not pure spontaneity, flourishing independently of material and social conditions. If one cares about autonomy, then one must care about the rest of the form of life that supports it”(Nussbaum Martha C.(1992) s.225). Ved således ikke at føle sig imødekommet af personalets reaktion om at ”det bare er et spørgsmål om vilje”, synes moderen med sin forståelse af valg og behovsimødekommenhed at signalere en afstandstagen til Kvalitetsreformens Kantiansk inspirerede myndiggørelse af mennesket (s.27), der som autonomt væsen, via sin fornuft, evner at stille sig på afstand og frit kunne forholde sig uanset den

situation, det nu er anbragt i¹¹⁷. Moderen giver således i højere grad udtryk for en situation, end hun oplever personalet under ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ” tager højde for. Men en situation, som imidlertid ikke skal forstås som en manglende interesse i rationel indflydelse overhovedet eller som et udtryk for, at hun som menneske ikke besidder fornuftskapacitet, idet moderen i forlængelse af sit manglende overskud og sit behov for hjælp samtidig fremhæver: ”Jeg ville have ønsket, der var noget fagpersonale, der var gået ind og argumenteret for, at det ikke er hensigtsmæssigt, du ammer med smerter eller blødende brystvorter. Så kunne jeg selvfølgelig have argumenteret for, hvorfor jeg forsøgte at blive ved og jeg ville da også forvente, at jeg argumenterede, men jeg ville også forvente at blive ført på plads ikke? Altså tilbage til fornuft”. Moderen synes således at signalere, at der i hendes situation omkring smerter grundet kejsersnit og sår på brystvorterne ikke er tale om et direkte modsætningsfyldt forhold mellem fornuft og sårbarhed eller følelser, men at troen på det rationelle og reflekterede menneske også indbefatter den mere følelsesmæssige og irrationelle del af menneskelivet¹¹⁸. Dette således også i tråd med Nussbaum, der, i Bernt Gustavssons fortolkning, finder, at menneskelivet ofte tvinger os til at vælge flere samtidige mål, som udelukker eller er uforenelige med hinanden¹¹⁹. Altså en situation, som et menneskevilkår ved livet, der må tages med i betragtning, når der skal foretages valg. Men en situation, der altså ikke skal forstås som en ensidig negativ kritik af rationalismen, men som udtryk for at denne situation, der kan føre følelserne, sårbarheden og irrationaliteten med sig, godt kan eksistere sammen med egenskaben af fornuft. Det irrationelle og det rationelle kan altså, i denne af Aristoteles inspirerede optik, udvikles i samklang med hinanden¹²⁰.

Samtidig synes moderen, med sine udtalelser om, at ”jeg ville have ønsket, der var noget fagpersonale, der var gået ind og argumenteret for, at det ikke er hensigtsmæssigt, du ammer med smerter og blødende brystvorter”, at give udtryk for et behov for større personlig interaktion fra personalets side, et behov som moderen videre udfolder: ”Altså det kræver simpelthen en faglig autoritet, altså hvis der er nogen der sidder med sår på brystvorterne eller smerter, så kræver det simpelthen en faglig autoritet, der stiller op og siger, det kunne være en fordel at give flaske nu, uanset om det ville ødelægge amningen eller

¹¹⁷ Gustavsson Bernt: Vidensfilosofi, s.173

¹¹⁸ Gustavsson Bernt: Vidensfilosofi, s.178

¹¹⁹ Ibid. s.179

¹²⁰ Ibid. s. 182

ej. (...) De skal simpelthen skride ind på trods af kriterierne for ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ”, men igen så går man jo på kompromis med sit amme ideal øh., men det er ikke spor mor/barn venligt blot at se til og bekræfte, uanset om det er en stiltiende accept fra kvindens side, for det er stadig en faglig autoritet, der ser til og lader stå til og det i sig selv er også et overgreb, som jeg ser det. (...) Altså den sætning jeg gerne ville have haft serveret på et langt tidligere tidspunkt, uanset om jeg havde besluttet mig for amning eller flaske, det var hende, der sagde til mig, at man skal ikke amme for enhver pris og det, der sker nu, er helt skævt, så kunne jeg jo godt selv have sagt, ja ja, men så finder jeg en løsning undervejs, eller hvad ved jeg, men hun sagde det først, da alt håb var ude og jeg var ved at gå i hundene. Det var der nogen, der skulle have sagt til mig før. Så kunne det godt være, jeg selv havde insisteret på at amme alligevel, men så var der i hvert fald nogen, der havde plantet den tanke hos mig, en faglig autoritet, at der er alternativer og det er helt ok og at det var dårligt, det jeg gjorde øh., at der var nogen, der satte spørgsmålstegn ved den opfattelse, jeg havde og havde fået, for jeg har jo ikke opfundet amning af mig selv, det er jo noget, jeg har læst mig til og er blevet præget til. Så meget tidligt er der nogen, der skal sige, at det skal jo også være en rar oplevelse.(...) Det er der nogen, der skal understrege og selvfølgelig er der mange problemer, men der er nogen, der skal sige til kvinden, at du skal have dig selv med på en eller anden måde og at det her ikke må være noget, du fortryder på et tidspunkt, at du gik så langt”.

Moderen synes således at give udtryk for et svigt fra personalet i den sundhedsprofessionelle subjektivering som ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ” opleves at skabe. Med udtryk som; ”det kræver en faglig autoritet”, ”de skal simpelthen skride ind” og ”det der sker nu er helt skævt”, synes kvinden ligefrem at efterlyse mulighed for i højere grad at få afdækket sine behov af det sundhedsprofessionelle personale. Altså en sundhedsprofessionel subjektivering, der ikke blot er objektivt faciliterende i sin vejledning, men også situations- og mere personligt eller subjektivt orienteret er mere konfronterende i sin praksis. Igen findes der, i moderens udtalelser, implikationer til Nussbaum og hendes videnskabs-teoretiske tilgang til verden og mennesket udtrykt ved: ”No Citizen Should Be Lacking in Sustenance” (Nussbaum Martha(1990) s.203). Altså vigtigheden af, at ingen borger mangler støtte eller ”næring”, hvad enten det er fysisk, psykisk, socialt eller materielt. Et udtryk for ”næring” som, jeg derfor også tænker, kan omfatte adgangen til muligheden for at få dækket ikke erkendte behov eller ønsker gennem faglig konfronterende stilling-

tagen. For som Nussbaum udtrykker det: "Desire is a malleable and unreliable guide to the human good (...) Desires are formed in relation to habits and ways of life (...) Human beings adapt to what they have. In some cases, they come to believe that it is right that things should be so with them; in other cases, they are not even aware of alternatives. Circumstances have confined their imaginations. So if we aim at satisfaction of the desires and preferences that they happen, as things are, to have, our distributions will frequently succeed only in shoring up the status quo" (Nussbaum Martha(1990) s. 213). Nussbaum lægger i forlængelse heraf imidlertid ikke skjul på, at det også er vigtigt at lytte til det enkelte menneskes ønsker, ligesom hun også bakker op omkring en styringsform baseret på frie borgere, da "selve valget" er det enkelte menneskes. Nussbaum understreger blot, at mennesket som borger kun kan siges at være blevet behandlet med respekt for sin frihed, hvis de nødvendige betingelser for udøvelsen af denne frihed, dette valg har været til stede for den enkelte på det pågældende tidspunkt. Ligesom hver enkelt menneskes liv som sådan skal stages med i betragtning¹²¹. Altså igen, som tidligere nævnt, et fokus på "the capability of choosing"¹²², med vægt på den enkeltes evne og ressourcer til at vælge. Nussbaum taler i den forbindelse om "the good"¹²³, altså at der, med den Aristoteliske position, findes at være nogle træk eller karakteristika, som er fælles for mennesket og som skal være i en hvis "minimumstilstand" for at det enkelte individ eller den enkelte borger kan foretage valg. Vel at mærke ikke en i metafysisk forstand essentialistisk "der ude eksisterende" biologi, men nogle fælles træk om hvordan det er at være menneske med både muligheder og begrænsninger. Nussbaum taler således for nødvendigheden af en form for essentialisme som forudsætning for, at vi som mennesker kan vise hinanden medfølelse og respekt og dermed leve sammen på værdig vis¹²⁴. En form for essentialisme som moderen fra "flaskebarn.dk", i sin brug af begrebet "autoritet", ligeledes findes at efterlyse, ligesom hun, med sit udtryk om "lige at være ved at gå i hundene" (jf.s.32) som følge af personalets manglende indgriben, synes at savne et bedre sundhedsprofessionelt værn om sin værdighed. Ved således at give udtryk for at "Det Spædbarnsvenlige Initiativ" ikke rummer muligheden for, at der kan være omstændigheder, der kan gøre det svært at amme, ligesom moderen ikke fra personalets side har ople-

¹²¹ Nussbaum Martha C.: Aristotelian Social Democracy, s. 216-217

¹²² Ibid. s. 214

¹²³ Ibid. s. 217

¹²⁴ Nussbaum Martha C.: Human Functioning And Social Justice. In Defense of Aristotelian Essentialism, s.205

vet medfølelse i retningen af, at amning kan være svær eller har mødt en sundhedsprofessionel, der: ”som det ansvarlige personale ligesom går i dialog med mig som mor, om hvorfor jeg ammer på trods af sår, altså så skal der nogen ind og få mig på rette spor, når jeg er så nybagt mor og sårbar og fuldstændig opslugt af at gøre det eneste rigtige. Altså det er vigtigt at have fornemmelse og tage kvinden i hånden og spørge ind”, synes moderen at ytre ønske om et personale, der, hvis de skulle have imødekommet hendes behov og ønsker, skulle have reflekteret over om de: ”Are (...) giving people what they need in order to be capable of functioning in all these human ways? And are they doing this in a minimal way, or are they making it possible for citizens to function well?”(Nussbaum Martha C.(1992) s.214). Ligesom moderen, med sin udtalelse om; ”når jeg er så nybagt mor og sårbar og fuldstændig opslugt af at gøre det rigtige”, synes at give udtryk for en tilstand af ”ikke rationalitet”, som gør, at hun som mor ikke alene magter ansvarligheden, men har behov for at dele den med den sundhedsprofessionelle eller ”blive taget ved hånden”, som hun også udtrykker det.

Således i tråd med de tidligere Aristoteles inspirerede praksisbetragtninger, hvor det rationelle tænkes at kunne udvikles i samklang med det irrationelle, kan moderen med ovennævnte udsagn, om at sundhedspersonalet skal have ”fornemmelse”, siges at signalere et behov for en sundhedsprofessionel praksis, der knapt så ensidigt gør brug af den epistemiske generaliserbare vidensform. Moderen findes at give udtryk for et savn af den mere personlige fronesiske kundskab og et savn af en praksis, hvor denne situationsbaserede vidensform også i højere grad kan og må eksistere. Dette ikke mindst illustreret ved følgende: ”Men på den anden side kan jeg godt forstå, I ikke formår at lave en individuel praksis med de formuleringer, der er i ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ”. Det sundhedspersonale, som jeg har oplevet imødekommende, er jo nogen, der lusker rundt om systemet som øh.. jo helst ikke vil stå frem med det her altså, fordi de så får smæk af diverse myndighedsinstanser, så hende der hjalp mig, hun sagde jamen altså, det her det er øh.. lidt imod den gængse procedure, men altså igen, jeg oplever, at hvis din situation er for kørt op, så dem der hjælper eller giver den der individuelle omsorg, de synes, de må handle ”under cover” ved at behandle os individuelt. Det handler jo om, at et fødested skal opfylde en høj ammefrekvens, ikke ? Så sundhedspersonalet tænker kun på, at det bliver målt på, hvor mange kvinder man får til amme”.

Et udtryk for en sundhedsfaglig praksis, hvor personalet altså ikke synes at kunne se sig selv i øjnene, når de finder det nødvendigt at gøre brug af den situationsafhængige, individuelle og dermed ikke standardiserbare eller evidensbare form for viden. Moderen findes således at give udtryk for, at "Det Spædbarnsvenlige Initiativ", med sine evalueringskrav, kommer til at fungere som en styringsteknologi for den sundhedsprofessionelle, hvor den sundhedsprofessionelles rationelt præget adfærd, og forståelse i det hele taget af betydningen af denne vidensform, kommer til at virke som en "distanceret, kold stråle"¹²⁵ på kvinden. En styringsteknologi, som i Tone Saugstads fortolkning af Aristoteles kan svare til, at "Det Spædbarnsvenlige Initiativ", som teori, bliver styrende for praksis. Saugstad omtaler også dette som den "rationalistiske" forståelsesform¹²⁶, hvor teori tillægges en normativ funktion i forhold til praksis. Dette forstået således, at hvis vi som mennesker kender det gode som ide eller teori, så handler vi også efter det gode, fordi intet menneske, som er oplyst om den gode teoris budskab, vil vælge noget andet end dette. Overført til "Det Spædbarnsvenlige Initiativ" betyder det, at når vi som mennesker ved, at der er evidens for, at modermælk er den bedste ernæring for det nyfødte barn, så handler vi også derefter og ammer, jf. den tidligere anførte Kantiansk inspirerede sandhedsproduktion om mennesket.

Eksemplificeret ved kvalitetsudviklingsprogrammet "Det Spædbarnsvenlige Initiativ" synes Kvalitets-/Patientreformen samt Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet, med deres målsætninger om "mennesket som eneste fikspunkt" i en praksis af akkrediteringsinitierede standarder, således at kunne få nogen problemer i realiseringen af begge disse mål i praksis. Reformerne og Kvalitetsmodellens forsøg på, via rationalitet og evidens, at skabe "orden" i praksis, synes umiddelbart at stå i kontrast til den "uorden" "Det Spædbarnsvenlige Initiativ" findes at skabe for den interviewede mor. Moderens behov for en mere situationsorienteret, subjektivt orienteret praksis synes umiddelbart at være langt fra reformernes og Kvalitetsmodellens ønske om en praksis styret af en målbar og evidensbaseret vidensform.

Dette var således de sidste betragtninger i den del af opgaven, der omfatter analysen af henholdsvis problemstillingens "yder- og inderside-perspektiv". Tiden er derfor kommet til selve diskussionen om hvordan, jordemoderen så i sin praksis kan danne syntese mel-

¹²⁵ Gustavsson Bernt: Vidensfilosofi, s. 178

¹²⁶ Saugstad Tone: Teori og praksis i et aristotelisk perspektiv, s.190

lem disse to perspektiver så både moderens og statens perspektiv bliver imødekommet. Eller om der i sidste ende er tale om to uforenelige modsætninger?

5. Imødekommenhed af behov og ønsker med samtidigt hensyn til akkrediteringsinitierede standarder i lyset af det reforminitierede perspektiv og en mors optik: Syntese eller uforenelig modsætning?

Analysen af Kvalitets-/Patientreformen samt Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet som praksis "udefra-perspektiv" synes altså som nævnt at repræsentere eller beskrive en relation mellem stat og befolkning, hvor styringsrationaliteten ønskes placeret i det enkelte menneske og i de enkelte institutioner, hvor de pågældende sundhedsfaglige ydelser nu produceres. Denne, på mikroniveau¹²⁷ placerede, styringsrationalitet synes således at bringe den personlige ansvarlighed som styringsteknologi i højsædet og katalysere en sandheds- og vidensproduktion om det rationelle og via sit intellekt frie, myndige menneske, der, gennem teoretisk dokumenteret vidensformidling, bibringes den nødvendige oplysning til alene at kunne betjene sig af sin fornuft og tage ansvar for sine egne valg. Analysen af praksis "indefra-perspektiv", eksemplificeret ved en mors oplevelse af "Det Spædbarnsvenlige Initiativ", synes imidlertid at sætte spørgsmålstegn ved et udelukkende rationelt menneskesyn, idet mennesket, f.eks. i forbindelse med amning, kan bringes i situationer, som kalder på mere og andet end objektivt tilvejebragt teoretisk dokumenteret viden, før det er muligt at leve op til den personlige ansvarlighed. "Mere og andet", som kan relatere sig til noget ikke rationelt som smerter, træthed og følelse af sårbarhed. Behov og ønsker, som ikke opleves at blive imødekommet af teoretisk, objektivt dokumenteret rationelt appellerende viden, men i højere grad synes at fordre sundhedsprofessionelle ikke italesatte kompetencer som f.eks. "fornemmelse for". Kompetencer, svarende til Aristoteles fronesis, som imidlertid ikke lader sig teoretisere i generelle termer og dermed heller ikke teoretisk hverken lader sig dokumentere eller evaluere. Det skal imidlertid ikke forstås således, at moderen ikke synes at give udtryk for et ønske om ikke også at gøre brug af sin rationelle kapacitet, idet hun flere steder formulerer: "Altså jeg vil gerne have serveret al den viden, der er om amning, både det positive og det nega-

¹²⁷ Dean Mitchell: Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund, s. 305

tive og fordele og ulemper ved at give flaske” og ”altså helt overordnet skal der være en håndbog i spædbarnsernæring, som rummer ligeligt fordelt viden om begge dele”. Ligesom hun gerne også vil være ansvarlig og foretage et valg, idet hun også pointerer: ”Altså lige fra start skal det lægges fuldstændigt åbent ud, altså der er de og de alternativer til amning, altså en åben dialog, hvor man ikke får givet udtryk for at man gerne vil have folk over på en anden bane”. Så behovet for og ønsket om at være fri og rationel er der og dermed også behovet for og ønsket om den sandheds- og vidensproduktion som Kvalitets-/Patientreformen og Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet lægger op til. Men grundet sin situation, med smerter efter et kejsersnit og problemer med sår på brystvorterne, imødekommes moderens behov og ønsker ikke alene af generelle teoretiske sundhedsprofessionelle kompetencer, fordi der i første omgang synes at være noget mere irrationelt, som skal imødekommes, før kvinden oplever det muligt selv at bære det rationelle ansvar. Behov, som, fra den sundhedsprofessionelles side, altså kalder på denne ”fornemmelse for” den enkelte situation, svarende til situationsvejledte handlinger eller den tidligere nævnte fronesiske vidensform. For som moderen udtaler: ”Altså retningslinierne siger, at vi skal amme i 6 måneder, at alle skal amme i 6 måneder, men det viser undersøgelser jo, at det gør kvinder ikke, sådan er naturen jo ikke, vi er ikke ens, selv om man laver sådan et initiativ”. Et vilkår om menneskelig forskellighed, som moderen, gennem denne udtalelse, synes at bede jordmoderen som sundhedsprofessionel at tage højde for i arbejdet på at have den enkelte kvindes behov og ønsker i fokus i sin praksis. Opgavens ”inderside- perspektiv” synes derved på linie med Nussbaum¹²⁸ at vise en form for essentialisme omkring menneskelivet. En essentialisme om, at menneskelivet for alle kan rumme perioder af både rationalitet og irrationalitet alt efter den situation, det enkelte menneske nu er situeret i. En dialektik af det fornufts- og følelsesmæssige som derfor også kalder på dialektiskprægede sundhedsprofessionelle kompetencer indenfor både den epistemiske og fronesiske vidensform. Dette synes også at stå i opposition til Kvalitetsreformens tendens til at gruppere mennesket i ”dem og vi”¹²⁹ illustreret ved formuleringerne om (jf.s.22), at ”der skal tages hensyn til, at ikke alle har lige gode forudsætninger” og at ”det offentlige leverer ydelserne målrettet dem, der har brug for hjælpen”. Altså at

¹²⁸ Nussbaum Martha C.: Human Functioning And Social Justice. In Defense of Aristotelian Essentialism, s.205

¹²⁹ Denne begrebssættelse er inspireret af Alasdair Macintyres artikel: Dependent Rational Animals, Why Human Beings Need the Virtues, s. 2. Jeg understreger inspiration, idet Macintyre, ihvertfald i henhold til Bernt Gustavsson, er mere ontologisk inspireret og dermed mere kritisk overfor rationalismen end Nussbaum: Gustavsson Bernt: Vidensfilosofi, s. 177

mennesket som ”art” ikke deler menneskelivets vilkår af både sårbarhed og fornuft, men primært er rationelt og fornuftsmæssigt styret, hvorfor det kun er overfor ”dem”, med ikke så gode forudsætninger, der kan være behov for situationsorienteret subjektiv interaktion.

Analysen af praksis ”indefra-perspektiv” synes således at kalde på sundhedsprofessionelle kompetencer, som i et mere ligeværdigt forhold er parat til både at trække på den epistemiske og den fronesiske vidensform, ligesom jordmoderen, som sundhedsprofessionel, i højere grad må forstå, at disse vidensformer må supplere hinanden for at imødekomme menneskelivets situationsnuancerede behov og ønsker i praksis.

Så for at vende tilbage til det historiske afsnits diskussion af sygdoms / sundhedsbegrebet, findes moderen fra ”flaskebarn.dk” at tale for det, Uffe Juul Jensen kalder det ”dialektiske sundhedsbegreb”¹³⁰. Et begreb, som søger at belyse sundhed gennem det enkelte menneskes begreb om livet, det menneskelige liv med dets komplekse biologiske, psykiske, åndelige og samfundsmæssige sammensætning. Denne forståelse af sundhed er således med Uffe Juul Jensens ord ”anti-fundamentalistisk”¹³¹, idet der ikke er et bestemt sæt af betingelser eller egenskaber, som danner sundheden. Juul Jensen er i forlængelse heraf også opmærksom på faren for relativisme, men argumenterer i denne forbindelse for, at begrebet også har et alment indhold som følge af forbindelsen med begrebet liv¹³², hvilket synes at kunne danne forbindelse til Nussbaums form for essentialisme om det grundlæggende vilkår om både rationalitet og irrationalitet ved menneskelivet. Et vilkår, som synes at passe fint sammen med Uffe Juul Jensens formulering om at: ”Sundhed må tænkes i sammenhæng med livet, et liv, der altid er det enkelte menneskes liv, men hvor opretholdelsen af dette liv kun er mulig gennem et fælles liv med andre” (Jensen Uffe Juul (1994): s.41).

Men hvordan kan et dialektisk præget menneskesyn danne syntese, for jordmoderen som sundhedsprofessionel, med det faktum at være situeret i Kvalitets-/Patientreformens og Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenets mere entydigt rationelt inspirerede praksis? Analysen af problemstillingens ”inderside-perspektiv” synes som sådan at vise, at det ikke er selve personalets ”evner” til at forstå behovet for et dialektisk præget menneskesyn, der mangler, men mere selve ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ” som myndig-

¹³⁰ Jensen Uffe Juul: Sundhed, liv og filosofi, s.20-27

¹³¹ Ibid. s. 29

¹³² Ibid. s. 29

heds anerkendelse af anvendelsen af de vidensformer, det dialektiske sundhedsbegreb og menneskesyn fordrer. ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ”, implicit reformernes og Kvalitetsmodellens praksis, med dokumentation og evaluering, synes for den sundhedsprofessionelle at blive meget styrende for og virke meget kontrollerende på den sundhedsprofessionelles praksis. En styringsrationalitet som synes at positionere den sundhedsprofessionelle i et mistillidsskabende lys, overfor evalueringsinstanserne, hvis de ikke holder sig til den rationelt appellerende epistemiske vidensform. Denne afhængighed af myndighedsanerkendelse synes derved atter at bringe Højrupes strukturdiagnostik i fokus igen, for spørgsmålet er, om staten og dens reguleringsinstanser, som f.eks. Sundhedsstyrelsen og Videncenter for Amning (som koordinerer ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ”), alligevel ikke i sidste ende har det sidste ord. For som statsminister Anders Fogh Rasmussen udtaler: ”Vi er indstillet på at tilføre flere penge til den offentlige sektor i de kommende år – inden for hvad der er økonomisk ansvarligt (..) det er ikke forsvarligt bare at bruge løs af statens overskud (..) det vil give underskud på de offentlige finanser i fremtiden” (Rasmussen Anders Fogh (2006), s.1). Altså at rammen for den offentlige sektor, herunder sundhedsvæsenet, i sidste ende vil være økonomisk determineret af hensyn til statens eksistensmæssige fremtid. En ramme som gør betingelserne for den fronesiske vidensform svær, fordi denne kan være vanskelig at dokumentere et økonomisk behov for.

6. Konklusion og perspektivering

Med ovennævnte analyse og diskussion har jeg for søgt at afdække, hvordan jordemoderen kan bidrage til en praksis, der har den enkelte kvindes behov og ønsker i fokus under samtidig hensyntagen til obligatoriske akkrediteringsinitierede standarder som et andet kvalitetsparameter for god klinisk praksis. Opgaven er inspireret af regeringens kommende Kvalitetsreform, den heraf afledte Patientreform samt Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet, alle med det til fælles at øge kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Dette således ikke mindst i forhold til menneskelig forståelse og omsorg, idet flere undersøgelser samstemmende synes at vise, at sundhedsvæsenet ikke på nuværende lever op til den enkelte borgers behov i forhold til behandlingen af selve ”mennesket” (jf.s1-2). Reformerne og Kvalitetsmodellen lægger således op til, at der indenfor det offentlige sundhedsvæsen skal ske et ”gennemgribende paradigmeskifte” med udvikling af en behandlerkultur, hvor der kun findes ét fikspunkt: ”Det enkelte menneske” og hvor en ligevær-

dig prioritering af den faglige, den organisatoriske og den oplevede kvalitet skal finde sted (jf.s.2).

Perspektiveret af Michel Foucaults governmentalitybegreb, i en samtidig struktur-dialektisk teoretisk ramme, synes analysen af regeringens reformtiltag at vise en intension om et markedsøkonomilignende neo-liberalt inspireret offentligt sundhedsvæsen, hvor brugerperspektivet primært skal bidrage til en belysning af, hvordan staten økonomisk skal prioritere sine offentlige ydelser. Reformerne findes således at lægge op til en styringsrationalitet, der opererer gennem troen på det enkelte individs frihed og hvor den enkelte opmuntres til at forstå sit liv, ikke i forhold til skæbnen, men i forhold til sin evne til at foretage de rette personlige valg. Denne styringsrationalitet synes derved at afføde en sandhedsproduktion om mennesket som rationel og ansvarlig beslutningstager (jf.s.28). En sandhedsproduktion, der så igen katalyserer "sandheden" om den epistemiske vidensform som vigtigste forudsætning for, at det enkelte menneske kan betjene sig af sin fornuft og foretage ansvarlige valg. Den epistemiske vidensform giver, via sin skriftliggjorte teoretiserbarhed, mulighed for eksplicit italesættelse og generel standardiseret dokumentation, hvorved regeringen, gennem evalueringer, kan få indblik i de sundhedsfaglige ydelsers kvalitet. Jordemoderen som sundhedsprofessionel synes så i denne styringsrationalitet at blive subjektiveret som den objektive vidensformidlende aktør, der, gennem appel til kvindens intellekt og fornuft, skal søge at facilitere kvindens vej til ansvarlige valg.

Eksemplificeret ved en mors erfaring med kvalitetsudviklingsprogrammet "Det Spædbarnsvenlige Initiativ", der er i sin opbygning minder om ovennævnte fordringer, både hvad angår generel, teoretisk og dokumenterbar viden samt krav om evaluering, synes regeringens fremtidsvision, om at højne den brugerorienterede kvalitet i retning af menneskelig forståelse og omsorg, imidlertid at kunne blive svær. Moderens oplevelse af "Det Spædbarnsvenlige Initiativ" synes nemlig at bære præg af et savn af andre sundhedsprofessionelle kompetencer end den epistemisk rationelt appellerende, idet moderen også findes at give udtryk for nogle træk ved vilkåret som menneske, som er irrationelle og ikke fornuftbestemte. Nogle træk ved selve menneskelivet karakteriseret af irrationalitet og sårbarhed, som ikke appellerer til selvstændig ansvarlighed, men mere til afhængighed af sundhedsprofessionel ansvarlighed og omsorg. Således teoretisk perspektiveret af Martha Nussbaums aristoteliske videnstilgang findes moderen, udover den epistemiske

vidensform, også at kalde på Aristoteles' mere situations- og individorienterede, subjektive, men ikke teoretisk dokumenterbar fronesiske vidensform. Menneskelivets vilkår som sådan, med både rationalitet og irrationaliet synes derfor også at kalde på muligheden for at blive imødekommet af begge de anførte former for viden, ligesom der også ytres behov for, at begge vidensformer kan og må komme til udtryk på ligeværdig vis i den sundhedsprofessionelles praksis.

Denne dialektiske vidensforståelse synes imidlertid at komme i konflikt med den styringsrationalitet, regeringen, med de nævnte reformer, introducerer. Dette fordi den fronesiske vidensform ikke kan teoretiseres i generel italesat viden, da det er en subjektiv baseret vidensform, som anvendes situationsorienteret. Regeringens mulighed for at få indblik i de sundhedsfaglige ydelsers kvalitet, til brug for økonomisk prioritering, bliver herved svær.

Denne, af moderen beskrevne, form for "menneskelivets essentialisme" synes derfor at være svær at forene med en neo-liberalt inspireret, markedsøkonomibaseret offentlig sundhedssektor, idet noget tyder på, at mennesket ikke kan "konstrueres" eller standardiseres i sine behov og ønsker, fordi den praksis, menneskelivet er situeret i, jf. Aristoteles, er: "Præget af omskiftelighed og uforudsigelighed"(Saugstad Tone (2001),s.204).

Det findes imidlertid samtidigt vigtigt at pointere, at opgavens kritik, af de behandlede reformtiltag, ikke udelukkende skal læses som en negativ kritik. Idet jeg netop har argumenteret for et dialektisk videns- og sundhedsbegreb, finder jeg, at reformtiltaget kan øge kvaliteten i forhold til at imødekomme den del af menneskelivets vilkår, der kalder på rationalitet. Således at forstå, at mennesket, i sine rationelle livssituationer, med reformernes fordring om sundhedsprofessionel gennemskuelighed og dokumentation, nok vil opleve sine behov og ønsker mere imødekommet, end tilfældet var i det velfærdsstatskonsoliderede sundhedsvæsen med sin tendens til elitær sundhedsprofessionel autonomi. Kvalitets-/Patientreformen samt Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet synes imidlertid bare at mangle en opmærksomhed på, hvordan menneskelivets irrationelle side imødekommes med samme respekt, som den rationelle side tildeles.

Regeringens intention om "det enkelte menneske som sundhedsvæsenets eneste fikspunkt" synes således ikke at kunne realiseres til fulde med de nævnte reformtiltag, idet disse synes at have en rationel "slagside", som katalyserer et større fokus på de obligatoriske standarder for praksis til fordel for det enkelte menneske. Fremtiden synes derfor at

kalde på en forskningsindsats rettet mod, hvordan sundhedsvæsenets praksis kan blive udviklet til på ligeværdig vis at håndtere et mere dialektisk præget menneskesyn. For ydes der ikke en indsats i forhold til dette, synes fremtidens sundhedsvæsen i højere grad at imødekomme økonomiske hensyn til fordel for den del af menneskelivet, der omhandler irrationelle behov og ønsker. I et statsligt perspektiv vil økonomien nok altid være meget afgørende. Men kan den danske stat så med rette siges at have et sundhedsvæsen, der har ”mennesket som eneste fikspunkt”?

Litteraturliste

- Andersen Svend(1999): Kommunikation og etik. Samtalen og det informerede samtykke. In
 Elsass Peter, Olesen Finn, Henriksen Søren (red.): Kommunikation og
 Forståelse, kvalitative studier af formidling i sundhedssektoren. 1. udg.
 PHILOSOPHIA, Århus
- Andreasen
 Torben E.(2001): Kant og den moderne filosofis grundproblemer. In Andreasen
 Torben E. m.fl., Bjerrum Merete, Christiansen Kirsten
 Lund(red.):
 Filosofi-Etik-Videnskabsteori, 1. udg. Akademisk Forlag,
 København
- Berg Marc,
 Timmermans Stefan(2000): Orders and Their Others: On the Constitution of Universalities in
 Medical Work. In Configurations, 2000, 8:31-61, The Johns
 Hopkins University Press and the Society for Literature and
 Science
- Borg Tove,
 Jensen Uffe Juul(2005): Paradigmer og praksisformer i rehabilitering-en analytisk
 tilgang, upub-
 liceret

- Buus Henriette(1997): Subjektivitet – diskurs eller interpellation? Seminar på Institut for Ar-
nensens
um
kæologi og Etnologi d. 16.12.1997. In Højrup Thomas: Dan-
dialektik. Etnologiske udfordringer til det glemte folk, Muse-
um
Tusculanums Forlag, København, 2002
- Damsholt Tine(2004): Kulturhistorie og genealogi, Københavns Universitet
<http://etnologi.ku.dk/forskning/arbejdsrapport/kulturhistorie>
- Dean Mitchell(2006): Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund,
Forlaget
Sociologi, Frederiksberg C
- Det nationale råd for
kvalitetsudvikling i
Sundhedsvæsenet(2000): National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.
Fælles mål og handleplan 2002-2006
- Frith Lucy(1999): Evidence-based medicine and general practice. In Frith L.,
Dowrick C.
(eds.): General Practice and ethics, Routledge, London, 2000
- Gustavsson Bernt(2000): Vidensfilosofi, Klim, Århus, 1. udg., 2. oplag, Århus 2003
- Hansen
Allan Dreyer(2005): Konstruktivisme & Socialkonstruktivisme. In Historie net-
magasinet,
[www.historie-nu.dk:Forskningsportalen](http://www.historie-nu.dk/Forskningsportalen)
- Hermann Stefan(2000): Michel Foucault – pædagogik som magtteknologi. In Olesen
Søren
Gytz & Pedersen Peter Møller (red.): Pædagogik i sociolo-
gisk perspek-
tiv. Forlaget PUC, Viborg-Seminariet, 1. udg., 2. oplag
- Huset Mandag Morgen/Innovationsrådet i samarbejde med Patientforum, Danske Regio-
ner,
Oxford Health Alliance
(2007): Brugernes Sundhedsvæsen. Oplæg til en patientreform
- Højrup Thomas(1995): Omkring Livsformsanalysens udvikling. Stats- og Livsformer
I,
Museum Tusculanums Forlag, København, 2. oplag, 1996

- Højrup Thomas(2002): Dannelsens dialektik, Etnologiske udfordringer til det glemte folk,
Museum Tusulanums Forlag, København
- Højrup Thomas,
Jensen Uffe Juul(2002): Den suveræne stats krav til borgerne – og borgernes krav til staten.
dringer
In Højrup Thomas: Dannelsens dialektik. Etnologiske udfordringer
Til det glemte folk, Museum Tusulanums Forlag, København
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen og Hovedstadens
Sygehusfællesskab(2003): Policynotat om Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet
- Innovationsrådet(2007): Pressemeddelelse: Fremtidens brugerdrevne sundhedsvæsen
www.mm.dk/tanketanken
- Jensen Uffe Juul(1994): Sundhed, liv og filosofi. In Jensen Uffe Juul & Andersen
Peter Fuur
(red.): Sundhedsbegreber filosofi og praksis,
PHILOSOPHIA, Århus
1. udg., 3. oplag, 2000
- Jensen Uffe Juul &
Andersen Peter Fuur(1994)
(red): Sundhedsbegreber filosofi og praksis, PHILOSOPHIA, Århus
1. udg., 3. oplag, 2000
- Jensen Uffe Juul(2004): Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv. In
(red.):
Bruun Jette Jul, Hanak Mette Lolk, Koefoed Birgitte Gade
Viden og Evidens i Forebyggelsen, Viden- og dokumentationsenheden,
Sundhedsstyrelsen, København
- Jensen Uffe Juul(2006): Elementer til en ny filosofi om medicin, sygdom og sundhed.
Del 2.
Sundheden
Medicinsk viden, Sundhed og Retfærdighed. In Kampen om
(Upubliceret)
- Kant Immanuel(1783): Besvarelse af spørgsmålet: Hvad er oplysning. In Kant Immanuel:
Oplysning, historie, fremskridt. Historiefilosofiske skrifter,
Århus

- Slagmark (1996)
- Kvale Steinar(1997): Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview
Hans Reitzels Forlag, København, 1. udg.
- Lindgren Sven-Åke(1996): Michel Foucault. In Andersen Heine, Kaspersen Lars Bo (red.): Klassisk og Moderne Samfundsteori, 4. udg., Hans Reitzels Forlag, København, 2. udg., 2. oplag, 2000
- Macintyre Alasdair(1999): Dependent Rational Animals-Why Human Beings Need the Virtues,
Duckworth
- Mainz Jan et Al(2002): Sundhedsfaglige standarder i akkreditering. In Ugeskrift for Læger; 164
(38):4408
- Mellemgaard Signe(1997): Subjektivitet – diskurs eller interpellation? Seminar på Institut for Arkæologi og Etnologi d. 16.12.1997. In Højrup Thomas: Dansens dialektik. Etnologiske udfordringer til det glemte folk,
Museum Tusulanums Forlag, København, 2002
- Nussbaum Martha(1990): Aristotelian Social Democracy. In Douglass Bruce R., Mara Gerald M.,
And Richardson Henry S. (eds.): Liberalism and the Good, ROUTLEDGE, New York and London
- Nussbaum Martha C.
(1992): Human Functioning And Social Justice. In Defense of Aristotelian Essentialism, POLITICAL THEORY, Vol. 20 No. 2, May 1992,
Sage Publications
- Nørby Søren (red.)(2006): Klinisk Ordbog, Munksgaard danmark, København
- Otto Lene(1994): Et robust helbred eller et lykkeligt liv. In Jensen Uffe Juul & Andersen
Peter Fuur (red.): Sundhedsbegreber filosofi og praksis, PHILOSOPHIA, Århus, 1. udg., 3. oplag, 2000

- Otto Lene(2003): subjektivitet Foucaults ”governmentalitetsteori”. Styringsteknologi og Arbejdspapir 1. udkast, Københavns Universitet <http://etnologi.ku.dk/forskning/arbejdspapir>
- Raffnsøe-Møller Morten(1999): værdsættelse, Axel Honneths bud på en kritisk socialfilosofi. In Brock og Raffnsøe- Møller Morten: Moral og menneskesyn 2, Philosophia, Århus
- Rasmussen Anders Fogh(2006): Kvalitetsreform – med mennesker i centrum, Kronik i Politikken 16. november 2006
- Rose Nikolas(1998): Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood, Cambridge University Press, New York
- Rose Nikolas(1999): Powers of freedom. Reframing political thought, Cambridge University Press, New York, sixth printing 2006
- Saugstad Tone(2001): Teori og praksis i et aristotelisk perspektiv. In Petersen Karin Anna: Praktikker i erhverv og uddannelse, Akademisk, København, 1. udg. Sekretariatet for Ministerudvalget(2006): Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar. Regeringens Debatoplæg til møde om kvalitetsreform 30. november 2006 www.kvalitetsreform.dk
- Sen Amartya(2004): Health Achievement and Equity: External and Internal Perspectives, Oxford University Press, New York
- Sundhedsloven(2005): Lov nr. 546 af 24. juni, Kap. 58, ”Kvalitetssikring”
- Sundhedsstyrelsen(2004): Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse 20. dec. 2004
- Sørensen Gert(2002): Samtaler i Nørregade 3 – med eftertanke. Oplæg og diskussion på semi-

dialektik.
lamuns

naret ”Strukturel Dialektik”. In Højrup Thomas: Dannelsens
Etnologiske udfordringer til det glemte folk, Museum Tuscu-
Forlag, København

Toulmin Stephen(1997): The primacy of practice: Medicine and postmodernism. In
Carson R.A.
and Burns C. R. (eds.). Philosophy of medicine and Bio-
ethics, Kluwer
Academics Publishers, Norwell, USA

www.babyfriendly.org

www.kvalitetsmodel.dk: Den Danske Kvalitetsmodel, c/o Sundhedsstyrelsen

www.lifdk.dk/sw18081.asp: Lægemedelindustriforeningens hjemmeside

www.videncenterforamning.dk

www.who.int/www.who.dk

Interviewguide, flaskebarn.dk

TEMA: Akkrediteringsinitierede standarders betydning for praksis

Hvordan oplever du, mulighederne, for at imødekomme dine behov og ønsker som mor, er, indenfor rammerne af ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ”?

Hvordan oplever du, ”De ti skridt mod vellykket amning” kan gøre det svært for dig som mor at lykkes i din amning?

Hvordan oplever du, det påvirker den sundhedsprofessionelle, at skulle arbejde efter ”Det Spædbarnsvenlige Initiativ” standarder, i mødet med dig som mor?

Hvis et fødested skal have formulerede standarder for ernæring af det nyfødte barn, hvordan skal de så formuleres eller være for at kunne imødekomme dine behov og ønsker som mor?

Hvis du skulle formulere nogle kriterier for at skabe mulighed for en hensigtsmæssig ammeproces, hvordan skulle de så være ?

TEMA: Den enkelte kvindes perspektiv ud fra kvalitetsreformens formulering om mennesket som sundhedsvæsenets ”eneste fikspunkt”

Hvordan skulle den sundhedsprofessionelle indsats være, hvis den skulle imødekomme dine behov i forhold til at få en amning til at fungere?

Hvis du som mor ønsker at amme dit barn, men oplever problemer med din amning, hvordan kan personalet så bedst hjælpe dig som mor?

Hvordan skal sundhedspersonalet formidle og bruge den viden, der er om amning og modermælk for bedst at kunne imødekomme dine ønsker og behov som mor?

TEMA: strukturdialektikkens, som teoretisk rammes, udfordring

Hvordan oplever du en hjemmeside, som flaskebarn.dk, kan hjælpe den enkelte mor?

Hvordan oplever du, en hjemmeside som flaskebarn.dk kan kvalificere sundhedspersonalets møde med den enkelte mor?

Hvordan tror du, en hjemmeside som flaskebarn.dk kan påvirke sundhedsvæsenets politik vedr. ernæring af spædbørn?