

Grænser for professionel autoritet i mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter/klienter

Karin Højbjerg, Niels Sandholm Larsen & Kristian Larsen

Limitations of Professional Authority in Health Professions' Meeting with Patients/clients. In this article it is shown how three different groups of health professionals relate to the fact that the autonomy of the professional is challenged when meeting patients/clients. The assumption is that the health professionals by their very nature possess authority in the meaning credibility and impact in the relation with the patient/client. However, managing own work and consequently the professional autonomy is put under pressure. Seven focus group interviews attending to social workers', midwives' and nurses' experiences with patient/client relations have been conducted. By contrasting the different health professionals it has been possible to enlighten how national directives, the organization of labor and – not least – the patients' and their relatives' demands of defining health care benefits challenge the professional authority. These challenges might make us rethink the role of the professions in a more functionalistic perspective at a time where more insecurities are at stake.

Keywords: Professional authority, health professions, Abbott.

Generelle udfordringer for de sundhedsprofessionelles faglige autoritet

Professioners legitimitet er i professionslitteraturen ofte begrundet i professioners autoritet, som baserer sig på en eksklusiv og specifik viden (Abbott 1988; Friedson 2001). Siden 1960'erne og 70'erne er der imidlertid sket et gradvist opbrud af autoritetsstrukturerne i relationene mellem offentlige myndigheder og patienter/klienter/brugere/borgere i retning af fladere magtstrukturer. Tidligere tiders faglige pondus i form af nærmest pastoral myndighedsudøvelse har i dag fået nye udtryksformer. Nu viser en europæisk værdiundersøgelse, at der over de seneste 10 år er sket en bevægelse i retning af, at europæerne ønsker fornyet respekt om samfundets autoriteter. (European Value Studies 2013, <http://www.europeanvaluesstudy.eu/> [16.03.14]). I langt de fleste europæiske lande svarer et stort flertal af befolkningerne ja til, at mere

respekt for autoriteter vil være en god idé. Det gælder i særlig grad for Danmark, hvor ja-andelen over 10 år er steget fra 38% til 63% 2008 (ibid). Det har inspireret os til nærmere at undersøge, hvordan de sundhedsprofessionelle oplever, at netop klienter/patienter kan være med til at udfordre autoriteten i relationen mellem de sundhedsprofessionelle og patienter/klienter. På trods af fladere autoritetsstrukturer antager vi, at de sundhedsprofessionelle må besidde en vis form for autoritet for at have gennemslagskraft. Relationen er karakteriseret ved, at sagen man mødes om er folks helbred, liv, død og førlighed eller trussel mod samme. Lægen indtager historisk set en dominerende position, eftersom lægen har retten til at diagnosticere og behandle borgere (Brandt Jørgensen 2007; Petersen 1997). Som konsekvens heraf følger retten til at definere, hvornår en patient skal gives legitim adgang til de dertil indrettede institutioner, typisk hospitaler. Set i et Bourdieusk feltperspektiv er ingen af de undersøgte professionelle – socialrådgivere, jordemødre og sygeplejersker – i besiddelse af den dominerende kapitalform, men det antages, at de alle agerer indenfor den medicinske doxa. De sundhedsprofessionelle har i dag ansættelser indenfor mange forskellige sektorer, men i denne undersøgelse er der fokuseret på de hospitalsansatte sundhedsprofessionelle.

Strukturelt set kan sundhedsprofessionelles faglige autoritet i mødet mellem sundhedsprofessionelle og brugere/borgere siges at være udfordret fra flere sider. I en række studier beskrives, hvordan professioners autoritet må anses som relativ, idet professioners vidensgrundlag generelt er under pres eller forventes at komme under pres (Friedson 2001; Stehr 1994, 2001). Historisk set har udfordringen af den faglige autoritet rødder tilbage til opgøret med det borgerlige samfund og diskussioner om oplysning. Weber taler om kritikken af rationalitetens jernbur, af 'halvdannede embedsmænd' der opsuges af bureaukratiet uden blik for og indsigt i det åndelige (Weber 1995). Nyere teoretikere som Giddens og Beck (Giddens 1996; Beck 1986) arbejder i deres samtidsdiagnostiske bøger med, at viden er relativ, flygtig og foranderlig. Det hedder, at det er et centralt vilkår ved det senmoderne, at aktører, i princippet i alle felter, forholder sig reflektivt til viden. Udvikling af stadig mere effektive kommunikationsformer bevirker, at viden, varer og mennesker ubesværet spredes og transporteres, hvilket medfører, at det bliver stadig vanskeligere at monopolisere viden og håndhæve faglig autoritet (ibid). Endelig viser en række studier, at professioners vidensgrundlag i stigende grad deponeres i private virksomheder og fagbureaukratier, hvor medlemmer af professioner ansættes som lønarbejdere (Latour & Woolgar 1989; Bertilsson 1990). De økonomiske omkostninger, der er forbundet med at producere viden, er så store, at de stort set kun varetages af større virksomheder. Og de omkostninger som er forbundet med at reproducere viden forudsætter i vid udstrækning specialisering og adgang til omkostningstunge teknologier, som ligeledes fordrer en forankring af det professionelle arbejde i bureaukratier af en vis størrelse.

Nyere dansk sundhedslovgivning ligger i slipstrømmen af internationale tendenser om at betone individets universelle rettigheder på bekostning af statens uindskrænkede magt over borgerne. På det sundhedsfaglige område er der således, på det ideologiske niveau, fokus på at styrke patienters rettigheder til at vælge, blive informeret og give samtykke til behandling. Borgerne har ret til indsigt i dokumenter vedrørende deres egen sag. Omvendt stilles der krav til professionelle om, at de skal informere, dokumentere og indgå aftaler med klienter (Moos 2004). En brugerkultur er opstået med brug af evaluering, tilfredshedsundersøgelser og kontrakter for levering af varer, som bidrager til, at der er opstået en øget regulering af den offentlige sektor generelt set (Hjort 2005; Moos 2004). Autoriteterne jura og marked har tæt forbindelse til det professionelle etos om altruisme, primært ved at være loyal overfor klientinteresser. Parret med retorikken fra New Public Management omtales de nu som brugerinteresser. Vi ser således også brugere stille krav om, at sundhedsydelse skal være effektive og udført efter fastlagte standarder, om muligt helst i form af evidensbaseret viden (Krejsler 2009).

Klienter og borgere bidrager på denne måde indirekte til kravet om, at professionelles viden skal vedligeholdes, opdateres og videreudvikles. Det er således ikke længere tilstrækkeligt at være 'ud-dannet' og passe sit arbejde. Professionelle må holde sig i bevægelse og lære livslangt for ikke at sakke bagud og miste legitimitet (Sennet 1999).

Autoritetsstrukturen mellem sundhedsprofessionelle og patienter/klienter har i udgangspunktet indbygget en asymmetri. Hospitalsinstitutionen med en stærkt differentieret specialviden i ryggen bidrager til at legitimere, at den sundhedsprofessionelle principielt har retten til at definere, hvordan et sundhedsproblem skal diagnosticeres og behandles. Idealerne om demokrati og menneskerettigheder som underliggende værdier synes dog at trække i retning af at opveje tidligere tiders hierarkiske autoritetsstruktur, hvor den sundhedsprofessionelles viden og færdigheder i udgangspunktet ikke blev sat til diskussion. Patienter og klienter, der tidligere blev konstrueret som objekter for diverse sociale, medicinske og sundhedsmæssige interventioner, indgreb og behandlinger, italesættes nu som subjekter. Patienter og klienter er blevet brugere og hen ad vejen også for-brugere, og på nogle områder er de helt eksplicit blevet kunder, der køber ydelser på et marked med konkurrerende udbydere. Patienter, klienter, brugere og kunder har også i stigende grad institutionaliseret sig gennem at organisere sig som positioner i social- og sundhedsfelter dvs. som patientforeninger, brugersammenslutninger osv. De kliniske felter og de involverede institutioner og professioner er på samme tid blevet stadig mere udhulede i forhold til tidligere erobret autonomi. Det økonomiske magtfulds logikker slår stadig mere igennem i felterne. Socialrådgiveren ved, at målet med hendes arbejde er at få klienten tilbage til arbejdsmarkedet – jo før og billigere des bedre. Lægen og sygeplejersken kender også

reglerne for hvilke typer af diagnoser og interventioner, der tæller, når afdelingens produktivitet skal gøres op (Larsen og Esmark 2014: 5).

De vekslende betegnelser som 'patient', 'klient', 'bruger', 'forbruger' og slutteligt 'kunde' afspejler forskellige grader at opfatte autoritetsstrukturen på. Mødet mellem den sundhedsprofessionelle og patient/klient/borger er overvejende kommet i stand på patientens/klientens foranledning, hvor denne har defineret en anledning til at søge hjælp. I relation til det sociale område kan hjælpen eller ydelsen dog i højere grad være foranlediget af velfærdsstatens definitioner af rettigheder og pligter.

Ideelt set er der blandt såvel brugere som professionelle enighed om, at den sundhedsprofessionelles viden og kunnen skal fungere som en faglig autoritet, eller i det mindste svagt paternalistisk (Martinsen 1989). Den faglige autoritet skal ikke udøves for eftergivende i forhold til patientens eget syn på, hvilken sundhedsindsats, der er nødvendig. Omvendt skal den indbyggede magtrelation ikke forvaltes autoritært med risiko for, at den sundhedsprofessionelle begår overgreb på patienten. Autoritetsstrukturen produceres således i et kompliceret samspil mellem velfærdsstat, professioner og patienter. Det er disse konfigurationer, der er empirisk studeret gennem den sundhedsprofessionelles erfaringer med relationen mellem den sundhedsprofessionelle selv og patienten/klienten.

Datamaterialet

Den foreliggende artikel er et af resultaterne af 'Kundskabsprojektet', som er del af forskningssamarbejdet Phlegethon.¹ Der er foretaget 15 fokusgruppeinterviews med repræsentanter for velfærdsprofessioner i Danmark og Norge.² Der blev anvendt interviewguide som blandt andet med inspiration fra Bourdieu stillede skarpt på informanternes deltagelser i konkrete praksissituationer, relationer med patienter, videnskomponenter (brug af evidens, manualer, institutionelle principper, patienter og pårørendes indspil, egne erfaringer), relationer med andre faggrupper, informanternes overvejelser før, under og efter arbejdsrelationerne m.v. Informanterne er udvalgt ud fra et ønske om at dække et bredt spektrum af praksiskontekster, der spiller en rolle i rehabiliteringsfeltet og kommer derfor fra forskellige institutionelle sammenhænge. Informanterne i denne undersøgelse er dog alle hospitalsansatte, der repræsenterer tre faggrupper. Der er ikke tale om egentlige professioner (major professions) som jura, medicin m.v., men snarere det der betegnes semiprofessioner eller relationsprofessioner indenfor sundhedsområdet, eller med Bourdieu som mellemliggrupper i et medicinsk felt. Betegnelsen semiprofessioner eller 'wanna-be-professioner' har været anvendt om de faggrupper, om hvem det har været diskuteret, om man havde selvstændig vidensbase og udstrakt grad af autonomi. At være eller ikke at være en profession kan principielt betragtes som et positivistisk spørgsmål på samme måde som spørgsmålet om, hvad et felt er. Ifølge Bourdieu er spørgsmålet om, hvad der er et felt i virkeligheden et positivistisk spørgsmål, der kun kan gives et teoretisk svar på

(Bourdieu & Waquant 1996: 214). Bourdieus bud på et felt er, at grænsen for et felt går dertil, hvor virkningen af det ophører. På samme måde tænkes de sundhedsprofessionelle ikke som havende professionstræk, men som bestræbende sig på at agere som de klassiske professioner, der er kendetegnet ved at have lange uddannelser baseret på anerkendte videnskaber og på vidensmonopol og særlige trosforestillinger, der har været grundlaget for, at professionens bidrag til gavn for samfundet kunne legitimeres (Moos 2004: 10).

Idéen har været at kontrastere de forskellige professionelles møder med patienten/klienten for derved at gøre det muligt at få øje på forhold, der ikke umiddelbart var tydelige hos den enkelte profession.

Denne artikel bygger på fokusgruppeinterviews med tre danske grupper jordemødre, to grupper sygeplejersker, to grupper sygehussocialrådgivere, og en gruppe fysioterapeuter i Københavnsområdet. Informanterne er udvalgt, så de dækker de fleste større sygehuse i Region Hovedstaden og repræsenterer samtidig en spredning i forhold til afdelingstyper og specialer. Interviewene blev udført af to forskere, optaget på bånd og udskrevet in extenso.

Analyseramme

Analysen af fokusgruppeinterviews'ene er inspireret af sociologiske tilgange og særligt den amerikanske professionsforsker Andrew Abbott og delvis Bourdieu. Abbott betragter grænsedragningsprocesser for en profession som afgørende for en professions virksomhed. Abbott anbefaler hertil begrebet 'jurisdiction', som han definerer som "the link between a profession and its work" (Abbott 1988: 20). Abbotts grundlæggende antagelse er, at kernen i en profession er dens arbejde, og at det er i differentieringen af forskellige typer af arbejde, som ofte fører til afgørende differentieringer i professioner. Han ser professionerne som eksisterende i et inter-relateret system, forstået som at faggrupper eller professioner eksisterer og virker i forhold til hinanden. Kampen om kontrollen med arbejdet bringer professioner i konflikt med hinanden. Det er her, vi vælger at inddrage patienter/klienter som aktive medspillere på linie med andre professionelle. Forandringer i professioner kan ifølge Abbott bedst analyseres ved at identificere de kræfter, der påvirker indhold og kontrol af arbejdet samt ved at udforske, hvordan forstyrrelser i dette indhold og denne kontrol forplanter sig gennem systemet af professioner og faggrænser (Abbott 1988: 19-20). Vi ser således patienter/klienter som subjekter, der møder de sundhedsprofessionelle med subjektive præferencer, normer og holdninger, men også som subjekter, der har inkorporeret de strukturelle mulighedsbetingelser for at gøre sig som patienter. Og ikke mindst ser vi relationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter/klienter som indlejret i institutionelle og samfundsmæssige rammer. (Bourdieu 1990; Carlhed 2011).

I denne undersøgelse er Abbotts fokus på relationerne mellem professionerne derfor forsøgt forskudt til de professionelles perspektiv på relationerne mellem de sund-

hedprofessionelle og de patienter/klienter, de interagerer med. Antagelsen er, at patienter/brugere og deres pårørende qua de fladere autoritetsstrukturer spiller en mere aktiv rolle i sundhedsprofessionernes muligheder for at kontrollere og sætte grænser for eget arbejde. Formålet med undersøgelsen er at vise på hvilke måder, set fra de professionelles perspektiv, patienter/klienter og pårørende kan udfordre, indskrænke eller udvide en professions jurisdiktion samtidig med, at statslige regulativer og institutionsorganiseringer også spiller en rolle (Dahl 2005; Brante 2005). Vidensmonopolet og den deraf følgende autoritet der praktiseres tænkes ikke én gang fastlagt og statisk, men ses løbende udfordret og forhandlet (Abbott 1988, 2005a, 2005b). Patienter og klienters adfærdsformer og praksiser tænkes rammesat af strukturerne (Dahl 2005; Brante 2005), som sammen med aktørernes subjektive præferencer, normer og holdninger tænkes at præge konfigurationen af en professionel autoritet.

At "kende patienten" skaber et minimum af kontrol over arbejdssituationen

Det fysiske møde mellem den sundhedsprofessionelle og patienten/klienten er et grundvilkår for den relation, der etableres, og som giver anledning til, at den professionelle kan træde i karakter som professionel. Det opleves generelt som vigtigt blandt de sundhedsprofessionelle, at man har en viden om patienten, før man møder denne fysisk. Forhåndsviden skaber et minimum af kontrol over arbejdet.³ Jordemødrene møder overvejende en *rask* kvinde og eventuelt hendes partner i jordemoderkonsultationen. I de fleste tilfælde er mødet fastlagt, både hvad angår tid og indhold, en struktur som er centralt fastlagt af sundhedsstyrelsen. Socialrådgiveren møder overvejende *rekonvalescenten*, der er i proces med at overstå sygdomsforløbet, og som skal genvinde kræfter. Men også den syge eller døende kan være socialrådgiverens klient. Socialrådgiveren har ligesom jordemoderen oftest et aftalt tidspunkt for mødet, hvilket giver et udgangspunkt for kontrol over mødet. Sygeplejersken derimod møder på hospitalet *den syge*, der kan have momentant opstået behov for pleje og omsorg, både hvad angår hyppighed og intensitet. Det betyder, at sygeplejersken ikke i samme grad har indflydelse på rammerne for mødet.

Både socialrådgiveren og jordemoderen møder patienten/klienten/den gravide på et aftalt tidspunkt, bortset fra når den gravide går i fødsel. På denne måde er der principielt mulighed for professionelt at forberede sig til mødet. Hos jordemødrene er mødernes længde fastlagt (20 minutter pr. gravid). Specielt opleves det første møde som meget afgørende for at få etableret et tillidsforhold, der skal bære hele forløbet frem mod fødslen. En jordemoder siger det på denne måde:

Nogen kommer allerede første gang og har tillid, og tænker 'Hun ser flink ud, og hende vil vi godt fortælle alt muligt til'. Mens mange andre kommer og skal lige se os lidt an. Det er der bare ikke særlig meget tid til. Vi ser dem jo kun 5 gange, hvis alt er normalt, i 20 minutter af gangen. Så kan jeg da også godt forstå, at der er

grænser for, hvor meget man åbner sig for folk, man møder så lidt. Som man måske godt ved, man kommer til at møde så lidt, og så ser man dem aldrig igen. Vi vil gerne have, at de åbner sig, for så kan vi bedre arbejde med alle de ting, som mange har intentioner om, at det vil vi gerne arbejde med, hvis de har det svært. Men det er måske et svært forum for dem at lukke op 20 minutter, og så skal vi også lige lukke i igen.

Jordemoderen er via sundhedsstyrelsen forpligtet til at undersøge og spørge ind til forskellige potentielle risikofaktorer i relation til fødsel og graviditet. Denne fastlagte fokusering udfordrer, som vi kan se, relationen til den gravide, hvor jordemoderen frygter, at den fastlagte tid ikke altid rækker til at få etableret en tillidsfuld kontakt. Den gravides tillid til jordemoderen kan angiveligt ikke altid skabes på den normerede tid, hvilket også kan påvirke kontrollen med eget arbejde. Det fastlagte indhold i konsultationssamtalerne ser også ud til at spille ind på de gravides tillid til jordemoderen. En jordemoder fortæller:

Når de fx kommer første gang, så skal man spørge dem, om de ryger, hvor meget alkohol de drikker. Vi skal også spørge om, hvilke andre rusmidler de tager, og hvor meget de tager. Når man så kommer ud i min konsultation i Nordsjælland til en typisk karrierekvind, gravid med sit første barn, og alting er fuldstændig planlagt, så har jeg mødt hende for måske 3 minutter siden, og så skal jeg spørge hende, om hun tager nogle rusmidler. Jeg kan godt se meningen med det, fordi det jo er super vigtigt, at vi finder ud af det, hvis hun gør det. Der er bare et problem i forhold til den relation, jeg gerne vil have med hende bagefter. Sandsynligvis bruger hun ikke nogen rusmidler, og hvis hun gør, så er det ikke sikkert, hun har lyst til at fortælle mig det 3 minutter efter, at jeg har mødt hende.

Jordemoderen møder i udgangspunktet den samme patient/gravide flere gange og over flere måneder, hvilket principielt giver mulighed for at skabe kontinuitet i arbejdet. Men Sundhedsstyrelsens retningslinier for, hvad samtalerne skal indeholde og dermed definition af arbejdsopgaven presser jordemoderen ud en uønsket faglig situation. Jordemoderen må her næsten tvinge sig selv til ud i at stille spørgsmål, hun selv synes er pinlige, men alligevel gør hun det. Her betyder den gravides vurdering af jordemoderen som professionel, at jordemoderen risikerer at miste sin faglige gennemslagskraft og dermed autoritet. Man kan sige med reference den europæiske undersøgelse, at denne type møder ikke bidrager til fornyet respekt om samfundets autoriteter, her jordemoderen. Hverken sygeplejerske eller socialrådgiver er på samme måde underlagt eksplicitte normer og regler for, hvor lang tid et møde må tage, og hvad et sådant skal indeholde. Socialrådgiveren kan selv initiere møder med patienter/klienter, hvis hun skønner, der er behov herfor. En socialrådgiver fortæller:

... vi er sådan nogle underlige fritsvævende nogle, så den eneste måde det bliver hos os, det er, at vi registrerer i GS (...) når det er, vi har patientkontakt, og det er sådan set det, vi gør og ellers...vi disponerer over vores tid selv. Fuldstændig.

Autonomien bliver her talt frem som noget betydningsfuldt. At skulle registrere mødet med patienten/klienten opfattes som acceptabelt, når blot man kan være ”fuldstændig” selvbestemmende og disponere over egen tid til arbejdsopgaverne.

Både socialrådgiver og jordemoder følger i udgangspunktet den samme patient/klient over lang tid, hvorved der er mulighed for, at der etableres et indgående kendskab til patientens situation.

Sammenlignet med socialrådgiveren og jordemoderen må sygeplejersken siges at være den repræsentant fra de tre sundhedsprofessioner, der har mindst kontrol over, hvornår egne arbejdsopgaver udføres. Hos jordemoderen er tidsforbrug og indhold relativt statsligt fastlagt og struktureret bortset fra mødet med den aktivt fødende kvinde. Mødet mellem patient og sygeplejerske er ikke nødvendigvis planlagt og heller ikke tidsfastsat. En sygeplejerske giver et eksempel herpå:

Så har du lige pludselig tre patienter, der skal på toilettet samtidigt, og jeg har det personligt rigtig svært ved at sige: ’Arr, du må lige vente med det der toilet’, især hvis det er lige før morgenmaden...

Den hospitalsindlagte patient er fysisk tilstede hele døgnet med sine kontinuerligt mere eller mindre uopsættelige behov. Også arbejdets organisering i hospitalsafsnittet som en del af en større organisation påvirker sygeplejerskens kontrol af eget arbejde. Forud for stuegangen, hvor læge og sygeplejerske tilser patienten på sengestuen, er det vigtigt for sygeplejersken at kende patientens sundhedsproblemer for at kunne svare på de spørgsmål, som lægen måtte stille:

Sygeplejerske 1: Det vil jeg også sige, [...] det [...] handler om også at få snakket med patienterne. Jeg synes, når man kommer til at stå der til stuegang, man har ikke styr på, hvor meget patienten har drukket, hvornår har der sidst været afføring. Om hvordan har patienten det i det hele taget ellers. Der synes jeg, det er super, når man – hvis man først har været inde ved patienten og plejet lidt, inden man går stuegang, og måske også dagen i forvejen. Så man har sine observationer med, når man går stuegang. I stedet for bagefter stuegang, så kommer der noget hovsa. Eller man skal skrive til sine kolleger næste dag, så de husker det.

Det betyder noget for sygeplejersken at ”have styr på”, hvordan patienten har det. Både i relation til patienten selv men også i relation til egen og en anden faggruppe.

Hvis ikke der er ”styr på det”, produceres der ekstra opgaver både for en selv men også for kollegerne, hvilket eksponerer den manglende kontrol af eget arbejde. Hvor jordemoderen og socialrådgiveren har tids- og indholdsmæssig relativt klar afgrænsning af arbejdet i forhold til klienten, fungerer sygeplejersken snarere som en slags multivikar (Petersen 1999), som står til rådighed ad hoc for arbejdsopgaver, der udspringer af konteksten og i langt mindre grad af faggruppens autoritet og definitionsret.

Patienten som ekspert – en udfordring af vidensmonopolet

Patienter/klienter henter ikke kun viden om sundhed og helse hos de professionelle. Internettet med dets enorme udbud af både ekspert- og lægmandsmedier udgør en vigtig kilde til information om sundhedsfaglige forhold. Her udfordres de sundhedsprofessionelles autoritet på en dobbelttydig måde. Jordemødrene giver udtryk for, at de har en særlig opgave med at validere lægmands udsagn om graviditet og fødsel:

Er der nogen, der snakker om noget, så er de inde og google det med det samme. Har de et konkret problem, så kommer de og siger det til mig i jordemoderkonsultationen. Og jeg giver en forklaring på det. Så siger de ’Ja, men det læste jeg også godt, jeg skulle bare lige checke’. Så de er sådan meget på nettet de fleste.

Den validerende rolle, hvor jordemoderen qua sin professionalitet bliver bedt om at checke validiteten af de oplysninger, den gravide søger på nettet, ser her ud til at kunne styrke den faglige autoritet. Selvom jordemoderens autoritative viden i udgangspunktet er i udbud og derfor har mistet sit monopol, så kan valideringen – ’jeg skulle bare lige checke’ – i anden omgang styrke jordemoderens jurisdiktion og dermed autoritet. Inspirationen fra internettet om forskellige præferencer i relation til fødslen giver dog også anledning til, at ønsker og behov formuleres ud over det, jordemoderen eller institutionen kan tilbyde. Jordemoderens faglige autoritet kan da understøttes af hele det organisatoriske apparat. En jordemoder fortæller:

Det var et så vigtigt issue, hvor vi så må sige: ’Jamen, det gør vi ikke, det kan vi ikke sætte i gang. Vi kan prøve at hjælpe dig, så du får et bedre ammeforløb denne her gang’, men nogle gange møder man nogle, der har været på debatforums, og så kan de være lidt svære at diskutere med.

Selvom jordemoderen tydeligvis er udfordret på at argumentere for sine faglige synspunkter, så har hun i sidste ende definitionsretten og kan styrkemarkere sit synspunkt ved at trække på både den faglige og hele den organisatoriske autoritet. Hvor vi ovenfor så, at organiseringen af arbejdet, fx stuegangen, kunne udfordre sygeplejerskens kontrol af eget arbejde kan arbejdets organisering tilsvarende beskytte jordemoderens

faglighed; ”det gør vi ikke, det kan vi ikke sætte i gang”.

De pårørende som udfordrere af den professionelles vidensmonopol

Stærke familiemæssige- og kulturelle forestillinger ser ud til at udfordre specielt jordemoderens vidensmonopol:

Jordemoder: Så har vi lige de etniske, somaliske kvinder, de har meget sådan, hvordan det er inden for familien. Altså, der går det mere i arv, det der med, ’Nårh, men det har jeg også haft det der’. ’Nej det skal du ikke spise, så bliver det en dreng’, og alt det der. Jeg synes, der er meget at navigere i for dem. Fordi du kan selv søge oplysningerne.

Selvom denne jordemoder ser de kulturelle præferencer som en udfordring for kvinderne, sætter de samtidig også grænser for jordemoderens gennemslagskraft. Graviditet og fødsel er et anliggende, de fleste mennesker mere eller mindre direkte har erfaringer og meninger om. Derfor kan det tænkes, at jordemoderen er mere eksponeret for at få udfordret sit vidensmonopol, idet flere historier rundt om disse temaer er tilgængelige end temaer om rekonvalescens og erfaringer relateret til specifik sygdom. Socialrådgiverne bliver på en anden måde udfordret af de pårørende og deres præferencer. Socialrådgiveren påtager sig rollen som borgerens talerør i forhold til hvad, der skal ske, når denne udskrives. Når de pårørende og patienten ikke altid er enige, kan socialrådgiveren opleve et pres fra de pårørende. Her kan socialrådgiveren anderledes skyde rettigheder og pligter ind som begrundelse for afgørelser.

Særligt sygeplejersken ser ud til at være udfordret af de pårørendes bidrag til samarbejdet omkring patient eller klient. Pårørendes forestilling om patientens/klientens behov og krav til sundhedsydelse kan undertiden være så stærk, at der opstår en klagesag til de dertil indrettede klageinstanser. Når pårørende helt grundlæggende udviser mistillid til sygeplejerskernes virksomhedsudøvelse, må autoriteten siges at være presset. En sygeplejerske fortæller:

Spl 3.: Men de var også kontrollerende. De overvågede os, fandt vi ud af hen af vejen. Så gik de ind gennem en anden patientstue og ind på toilettet og har stået og set mig give deres stakkels gamle mor en stikpille. Hvor de havde stået og kigget, og vi havde set dem og tænkt ’nå, hvorfor mon de står der’, men hvor de faktisk havde overvåget os hele døgnet rundt!

Spl. 3.: Ja, jeg er inde på 5.2. som er taget hjem nu. Som havde en pårørende, der bare var... ja, altså det var ikke kontrollerende, de styrede bare det hele. De havde ikke lyst til, at personalet var en del af det. (Der diskuteres kort, om de andre kender patienten).

Når sygeplejerskerne oplever sig 'kontrolleret', undermineres på en radikal måde de grænser, der er for sygeplejerskernes jurisdiktion:

Spl. 3.: Vi har en gammel, en ældre dame, der kommer ind, og man tror så, at hun har en lungecancer, og familien er meget på denne her gamle dame, og hun skal jo bare have det så godt i den tid, hun nu skal leve i og sådan noget. Og vi får at vide, at vi skal mobilisere patienterne, det er jo meget vigtigt, og der så to personaler, der mobiliserer denne her ældre dame, og jeg tror, at hun kommer op omkring ved en 10-11 tiden, kommer over og sidde i en stol og sidder rigtig godt. Så kommer der en svigersøn, da klokken er 13, og han brokker sig helt vildt meget over, at de har kunnet finde på at tage hans svigermor op at sidde, fordi hun er en gammel dame, som der bare skal ha det godt de sidste... hendes sidste dage. Hvor at vi ligesom prøver at argumentere for, ja, men det er for hendes eget bedste, det er ikke godt kun at, at ligge i sengen.

Spl.3: Topskud! man kører dem lige igennem!

Interviewer: Undskyld 'topskud'?

Spl. 2: Ja, det er alle sengelejekomplikationerne – man lige kan nævne for de pårørende...

Spl. 3: Og det gør vi også, men ham her svigersønnen han er helt oppe i det røde felt og laver så en klage – og det har ikke noget at gøre med, at hun har siddet i flere timer, man havde lavet en aftale med hende, at hun kom op der ved 11 tiden, så kunne hun sidde oppe og få frokost, og så skal hun selvfølgelig nok komme i seng. Og han mener heller ikke, at vi kan lave en aftale med hende, for hun er halvt dement og meget andet. Ja. Og han laver så en klage på, at man så har taget hende op. Og det får de pårørende medhold i denne her klage. Og hvad fanden er det her for noget! Der mener jeg, at der skal vi da bakkes op, vi prøver da at gøre noget. Og hun lider da ikke nogen overlast over at sidde i en stol, og så får man heller ikke maden galt i halsen og alt sådan noget.

De pårørende underminerer her sygeplejerskernes autoritet, men at dømme efter sprogbrugen, ser det ud til, at det opleves mere alvorligt og som et svigt, at klageinstansens bedømmelse ikke bakker op om sygeplejerskernes professionelle dømmekraft.

Problemet med klager og uoverensstemmelser mellem pårørende og plejepersonale ser ud til at have konsolideret sig institutionelt, hvorved det er blevet et alment anerkendt problem, der nu også har produceret et uddannelsesbehov, der skal kvalificere personalet til at tackle disse konfliktsituationer. En sygeplejerske fortæller:

Spl. 2: Der har vi været på kommunikationskursus for at blive bedre til at tale med de her pårørende. Og det er rigtig frustrerende nogen gange, hvor man kan have en dårlig [patient]. Nu mødte jeg lige vores assisterende herude. Og der er en rigtig dårlig patient, på en tresengsstue – så derfor måtte de køre de andre ud, det sker lige nu her for en halv time siden. Og så siger hun: 'Nu står de pårørende derude og spørger, hvornår skal min mor ind igen på den stue der?' Og her løber vi frem og tilbage med EKG apparat og sug, og så står der sådan en fuldstændig.... 'kan du overhovedet ikke forstå, hvad der sker derinde?' Og så var der det på det kursus, ja men så skulle man stoppe op og tale med den her [pårørende]? Det kan du jo ikke, du skal have overblikket, du har en dårlig patient! Og hvis de føler sig afvist, så kan der komme den klage.

På den ene side sættes sygeplejerskens autoritet under pres, men eftersom organisationen udbyder et undervisningsforløb med det formål at tackle 'problemet', udvides på den anden side sygeplejerskens jurisdiktion til også at skulle omfatte dette område. Ved at udbyde kurser, anerkendes det samtidig institutionelt, at der skal værnes om den professionelles autoritet og autonomi. Men pårørende kan tilsyneladende også 'bruges' til noget:

Spl. K: Jeg synes også, man bruger dem sådan. Jeg er nok også en af dem, der bruger dem ret meget, altså fx til mere praktiske ting. Nogle gange er der nogle pårørende som rigtig gerne vil med ind over og made deres mand eller et eller andet. Og det er jo også bare en rigtig god måde at bruge dem på, synes jeg.

Spl F: Jeg synes måske bare ordet 'bruger' er forkert. Det handler om at medinddrage.

Spl. K: 'Medinddrage'... det er måske bedre. 'Udnytte deres ressourcer' måske (latter).

Sygeplejerskerne reflekterer indirekte over magtrelationen til de pårørende. At 'bruge' pårørende afspejler et assymetrisk syn, som sygeplejerskerne ikke finder acceptabel og som er i modstrid med et ideal om at inddrage og involvere. Der refereres indirekte til en form for sund fornuft, der tages for givet af alle, en *doxa* (Bourdieu 1997:137). En *doxa* som der forsøges lagt en ironisk distance til. Magten til at definere, hvilken rolle de pårørende skal spille i samarbejdet med den sundhedsprofessionelle kan med Abbott siges at blive forhandlet. At de pårørendes hjælp opfattes som en aflastning, og dermed letter sygeplejerskerne i deres arbejde, spiller også ind.

Opsamling og diskussion

Historisk set pågår der løbende omkalfatringer af det arbejde, som udføres i det medicinske felt både indenfor og mellem de enkelte professioner i det medicinske felt

(Larsen 2008, 2009, 2010). I studiet fremgår det, at de sundhedsprofessionelle i mødet med patienter/klienter/brugere/borgere på forskellig vis er udfordret på kontrollen over eget arbejde. Det er disse udfordringer, der antages at spille en rolle for den autoritet, en sundhedsprofessionel kan siges at påberåbe sig i relationen med patienten/klienten/borgeren/brugeren. Denne spiller som vi har set det en aktiv rolle i indskrænkningen men også udvidelsen af de sundhedsprofessionelles virksomhedsområde. Paradoksalt nok ønsker netop selvsamme patient/klient og også pårørende tilsyneladende fornyet respekt om samfundets autoriteter, hvis vi skal tage den europæiske undersøgelse for pålydende.

Staten som lovgiver og formynder spiller en mere eller mindre direkte rolle i relationsarbejdet. For jordemødrene gælder, at de i særlig grad er pålagt et statsligt defineret indhold og tidsforbrug i mødet med den gravide qua Sundhedsstyrelsens anbefalinger. For socialrådgiveren i hospitalsinstitutionerne er mødet oftest defineret af, at klienterne ikke har særlig stor indsigt i rettigheder, og at de oftest end ikke har særlige overvejelser om velfærdsstatens goder i relation til den sociale side af deres liv. Her definerer socialrådgiverne i høj grad mødets indhold og karakter dog indenfor de lovgivningsmæssige rammer. På trods af disse bindinger oplever socialrådgiverne i modsætning til både sygeplejersker og jordemødre en udstrakt grad af autonomi, idet de selv kan vælge at følge op på besøg, hvis de skønner, at klienten har behov for det. For sygeplejerskerne gælder, at arbejdets karakter i sig selv forstået som de hospitalsindlagte patienters behov, der opstår hele døgnet rundt, sætter dagsorden for sygeplejerskerens arbejde, der oftest må udføres momentant som en bydende nødvendighed – et praksisimperativ. Men også hensynet til andre faggruppers arbejde er med til at udfordre sygeplejerskens kontrol af eget arbejde.

Vi ser eksempler på, hvordan professionerne er under stærk indfyldelse af bureaukratiet, men den klassiske modsætning mellem profession og bureaukrati er næppe entydig. Abbott viser, hvordan professioner kan benytte sig af organisationer til at udvide og dominere domæner, hvilket vi også så i de udvidede jurisdiktioner hos fx jordemødrene. Samtidig viser empirien os også, at ikke kun andre professioner, som Abbott har blik for, men også patienter/klienter og pårørende kan bidrage til både at indskrænke og udvide professioners jurisdiktion. Jordemødrene får indskudt en validerende funktion i relation til de mange lægmandsbetragtninger, der flyder tilgængeligt på internettet. Sygeplejerskerne får også udvidet virksomhedsområdet, idet de nu også forventes at kunne håndtere klagelystne pårørende og endda må gennemgå et kursus og på denne måde opnå en særlig professionsviden for at kunne varetage det nye virksomhedsområde. Omvendt kunne man med Abbott hævde, at tidligere tiders indlemning og dermed underordning af specielt jordemødre og sygeplejersker i hospitalets fagbureaukrati har haft komplekse betydninger for de to faggruppers muligheder for at udøve faglig autoritet. På den ene side understøttes en faggruppes faglige autoritet, når arbejdet udføres i et fagbureaukratisk organisation sammenholdt med

professionelt arbejde udført i klientens hjem. I hospitalet er den professionelle på hjemmebane og klienten er gæst og dermed underordnet organisationens spilleregler, spilleregler som særligt begunstiger udøvelse af legitimt herredømme. På den anden side må de professionelle affinde sig med bureaukratiets strukturer, ligesom de må affinde sig med at underordnes den medicinske logik. Her forekommer det, at både jordemødre og socialrådgiverers arbejde nyder en større strukturel beskyttelse i hospitalshierarkiet. Det helt centrale omdrejningspunkt, udfra en Abbottsk optik, er spørgsmålet om definitionsretten til arbejdet, dvs. kontrol med arbejde og her antydes det i materialet, at kontrol tilsyneladende er til forhandling med særligt stærke grupper af patienter og pårørende.

Patientsammenslutninger som positioner i medicinsk felt

Studierne viser, at patienter/brugere eller klienter generelt set spiller en ændret og mere fremtrædende rolle i den konkrete virksomhed i det medicinske felt. Ud fra en Bourdieusk optik ville man desuden fokusere på det forhold, at det medicinske felt som helhed undergår transformationer, og at nye spillere i feltet har etableret sig. I den sammenhæng har patienter i stigende grad institutionaliseret sig og er virksomme som – om end domineret – position i det medicinske felt. Der er tale om et meget stort netværk af fremvoksende institutioner (Baggot & Forster 2007) fra globale interesseorganisationer, der bestræber sig på at optimere patient-centreret 'health care' over hele verden, uanset diagnosegrupper (<http://www.patientsorganizations.org/>), til sammenslutninger i EU (European Patients' Forum, <http://www.eu-patient.eu/>), til organisationer der retter sig mod specifikke patientgrupper fx kræft eller typer af interesser, fx patientsikkerhed (<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/> eller patient safety organization, <https://www.ecri.org/PatientSafetyOrganization/>). Der kan også være tale om sammenslutninger der fokuserer på at styrke patientressourcer, fx via udbud af 'selfmanagement' kurser, der bestræber sig på at styrke den individuelle patient i at kontrollere sin situation ('dont let the condition control you'). Centralt står ambitionen om at udvikle ekspertpatienten (<http://www.expertpatients.co.uk/>).

I dansk sammenhæng ser vi lignende former for institutionaliseringer via en række patientorganisationer, herunder den samlende organisation danske patienter (<http://www.danskepatienter.dk/>), der repræsenterer 17 medlemsorganisationer som repræsenterer 79 patientforeninger og 870.000 medlemmer. Produkterne af positionernes arbejde kan opgøres i en række ulige effekter fra fx etablering af et patientombud ift. klager over faglig behandling (<https://www.patientombuddet.dk/>) og erstatningsordninger til udarbejdelse af patienthåndbøger, arbejde med patientsikkerhed m.v. Positionerne kan siges at kæmpe for at optimere patienters behandling, pleje og sikkerhed mv., men indenfor og mellem de enkelte positioner pågår der strid om økonomiske ressourcer, herunder overvejelser om hvilke midler der er legitime (fx medlemskontingent, offentlige midler og private, fx fra lægemiddelindustrien, om priori-

tering af offentlig versus privat behandling, om prioriteter af somatiske i forhold til psykiatriske diagnoser m.v.

Patienter som eksperter og objekter

Ideelt set og nedfældet i målbeskrivelser i sundhedsvæsenet beskrives patienter som aktive, autonome subjekter, men der er analytisk set tale om et kontinuum af positioner, som er mulige og nødvendige i relationer mellem professionel og patient. Ved en hospitalsindlæggelse eller ophold på et plejehjem m.v. er der ofte situationer, hvor de professionelle må være i fuld kontrol over patientens og dennes krop og livsformødheder. Man kan tale om maksimal paternalisme. Forløbet sikres via 'institutionskroppen' i form af de professionelle og deres manualer og instrukser, herunder eksplicit professionsviden. Her indgår også, at kampe i feltet (under indflydelse af patientsammenslutninger, kamp for patientsikkerhed m.v.) er blevet virksomme, fx gennem manualer og faglige procedurer. Det kan være ved et kirurgisk indgreb, hvor patientkroppen er under bedøvelse og som sådan fuldt ud nulstillet som individ og subjekt (Larsen 2010). Her udgør rammerne 'rene' subjekt og objektrelationer. I andre situationer er positionen anderledes defineret for klienterne, fx når de som tredjeangsfødende er maksimalt beredte og har læst alle guides og instruktioner for, hvordan de vil udforme deres fødsel. Her defineres jordemoderpositionen næsten som objekt for den fødendes krav og behov, baseret på erfaringer og viden opsøgt i mødregrupper og på internet.⁴ Overordnet kan beskrives en dobbeltbevægelse, hvor patienter i stigende grad subjektgøres og samtidig i tiltagende omfang forbliver objektgjorte i det medicinske felt, hvilket skyldes transformationer af feltet, med de korte møder, den øgede specialisering, intensivering af processer og den vidt forgrenede arbejdsdeling mellem faggrupperne (Larsen 2010).

Ontologisk tvivl

Det er i udgangspunktet riskobetonet at hengive sig til en ydre autoritet, hvorfor der naturligvis også er masser af ambivalenser i spil hos patienter og klienter. På det sociale område ser det ud til, at kompleksiteten er blevet så omfattende, at de 'ekspertklienter', man tidligere kunne møde, stort set er forsvundet. Beskæftigelseslovgivningen fylder fx mere end 23.000 sider.⁵ På det jordemoderfaglige område har internettet og adgangen til sociale medier øget adgangen til og dermed mængden af lægmandsviden. På den ene side ønsker den gravide selv at være aktiv og søge alternativer til den professionelle viden, der kan tilbydes i det etablerede tilbud; på den anden side er det vigtigt, at der er en 'faglig bagstopper' på al den information, der er frit tilgængelig om graviditet og fødsler. Tilsvarende er der forventning om, at den professionelle udøver sit arbejde med en høj professionel standard, men systemet og institutionerne er også indrettet på, at patienter og pårørende kan gøre indsigelser mod fagligheden. Det vil sige, at en ontologisk tvivl og mistro mod autoriteter er institutionaliseret. Den

paradoksale længsel efter autoritet, som den europæiske undersøgelse viste, kan måske forklares med Parsons og Durkheim, hvor professioner ses som medierende institutioner, som det kit der holder samfundet sammen. Men hvis det gælder som Giddens og Beck argumenterer for, at samfundet er underlagt hastige forandringer, så er den samfundsmæssige sammenhængskraft udfordret. Måske kan efterspørgslen på professionel autoritet – hvad enten den udøves af en præst, en jordemoder eller en socialrådgiver – i dag ses som et behov for sikkerhed eller fixpunkt i en kaotisk tid, hvor individet ellers er overladt til sig selv?

Karin Højbjerg, lektor, Institut for Læring og Filosofi, Aalborg Universitet, København, kah@learning.aau.dk; Niels Sandholm Larsen, Lektor, Metropol UC, nela@phmetropol.dk; Kristian Larsen, Professor MSO, Institut for Læring og Filosofi, Aalborg Universitet, København, kl@learning.aau.dk

Noter

- ¹ Der er tale om et norsk-dansk samarbejde med tværvideenskabelige tilgange til transformation af velfærdsstat, institutioner, professioner, klienter og kundskaber. Se:
<http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/HOV/Phlegethon-nettverket>
- ² I Danmark: 3 grupper jordemødre, 2 grupper sygeplejersker, 2 grupper sygehus-socialrådgivere, 1 gruppe fysioterapeuter. I Norge: 3 grupper fysioterapeuter, 2 grupper sygeplejersker og 1 gruppe socialrådgivere.
- ³ Regeringen og amterne indgik i 2004 en aftale om tildeling af kontaktpersoner til patienter i hospitalsvæsenet. Ordningen havde til formål at skabe sammenhæng, tryghed og kontinuitet i patientforløbene (Økonomiaftalen for 2005 mellem regeringen og amter/ H:S). Det anerkendes således statsligt, at det at 'kende patienten' er vigtigt, og det er blevet omtalt som en drejning mod 'brugernes sundhedsvæsen' (ibid).
- ⁴ Disse forenklinger skal ikke overskygge det forhold, som observationsstudier fx viser, at subjekt/objekt og autonomi/paternalisme hele tiden er i bevægelse. Det vil fx være tilfældet undervejs i en fødsel.
- ⁵ <http://www.cevea.dk/pressemeddelelse/cevea-koch-udvalgets-anbefalinger-er-tegn-paa-vigtigt-paradigmeskift> [12.5.2014].

Referencer

Abbott, A. 1988. *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago and London, The University of Chicago Press.

- Abbott, A. 2005a. *Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions* [Online]. [23. Marts 2013].
- Abbott, A. 2005b. *Ecologies and Fields* [Online]. Chicago University. [19.april 2011].
- Baggot R. & Forster R. 2007. Health consumer and patients' organizations in Europe: towards a comparative analysis, *Health expectations* (2007), 11; pages 85–94.
- Beck, U. 1986. *Risikosamfundet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bertilsson, M. 1990. The Welfare State, the Professions and Citizens. I: Thorsted, R & Burrage, M. (Eds.), *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*. Sage Publications.
- Bourdieu, P. 1990. *The Logic of Practice*. Stanford, California: Stanford University press.
- Bourdieu, P. 1997. *Af praktiske grunde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. & Waquant, L. J. D. 1996. *Refleksiv sociologi*, København, Hans Reitzels Forlag A/S.
- Brandt Jørgensen, E. 2007. *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje*. København: Forlaget HEXIS.
- Brante, T. 2005. Staten og professionerne. In: Eriksen, T.R. og Jørgensen, A. M. (ed.) *Professionsidentitet i forandring*. København: Akademisk Forlag.
- Carlhed, C. 2011. *Fält, habitus och kapital som kompletterande redskap i professionsforskning*. Socialvetenskaplig tidskrift nr 4.
- Durkheim, E. 2000. *Om den sociale arbejdsdeling*. København: Hans Reitzel.
- Freidson, E. 2001. *Professionalism – the third logic on the practice of knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Giddens. A. 1997. *Modernitet og selvidentitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hjort, Katrin 2001: *Modernisering af den offentlige sektor*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Hjort, K. 2005. *Professionaliseringen af den offentlige sektor*. Roskilde Universitetsforlag.
- Krejsler, J. B. (2009). Epistemologi, evidensbevægelse og folkesundhed. I: Glasdam, S., *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Larsen, K. 2008. Sundhedsprofessionernes kamp –hvorfør opretholdes status quo over tid? - om stabiliserende faktorer i det medicinske felt. I: *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu*, red. K. A. Petersen, & M. Høyen. Forlaget Hexis: København.
- Larsen, Kristian (2009). *Hospitalet mellem stabilitet og forandring. Sociologiske og historiske perspektiver*. Munksgaard Forlag.

- Larsen, Kristian (2010). Det behandelende hus er blevet sygt: sociologiske og historiske perspektiver på patientforløb. Sammenhængende Forløb i Sundhedsvæsenet.
- Larsen, K og Esmark, K. (2013). Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier. I: *Praktiske grunde. Nordisk Tidsskrift for kultur og samfundsvidenskab*, <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2013-samlet.pdf> [Downloaded 27.5.2014].
- Martinsen K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2. utg.), Norge: Universitetsforlaget.
- Moos, L. & Krejsler, J. & Laursen, P.(red). 2004 *Relationsprofessioner*. Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Latour, B. & Woolgar, S. (1986). *Laboratory life: the construction of scientific facts*. N.J.: Princeton University Press.
- Parsons, T. (1968). Professions. I: D. Sills (Ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: The Macmillian Company, vol. 12, 536-547.
- Petersen, K. A. 1997. *Sygeplejevidenskab - myte eller virkelighed? Om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark. Ph.d. afhandling*, Aarhus, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.
- Stehr, N. 1994. *Knowledge Societies*. SAGE.
- Stehr, N. 2001. Economy and Ecology in an Era of Knowledge-Based Economies. *Current Sociology, Januar/Vol. 49(1)*. Sage Publications.
- Sennet, R. 1999. *Det fleksible menneske. eller arbejdets forvandling og personlighedens nedsmeltning*. København: Hovedland.
- Weber, M. 1995 [1920]. *Den Protestantiske etik og kapitalismens ånd*. København: Nansensgade Antikvariat.

<http://www.europeanvaluesstudy.eu/>[16.3.2014]

<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/> [27.5.2014]

<https://www.ecri.org/PatientSafetyOrganization/>[27.5.2014]

<http://www.eu-patient.eu/>[27.5.2014]

<http://www.expertpatients.co.uk/>[27.5.2014]

<http://www.patientsorganizations.org/>[27.5.2014]

<http://www.danskepatienter.dk/>[27.5.2014]