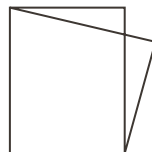


Kampen om praksis



Uffe Juul Jensen, professor, Institut for Kultur og Samfund, Aarhus Universitet & visiting professor, Department of social medicine and global health, King's College London

Hvordan påvirker den videnskabelige og teknologiske udvikling mellem-menneskelig praksis i almindelighed og professionel praksis i særdeleshed? Med inddragelse af bl.a. Aristoteles' skelnen mellem skabende aktivitet (poesis, techne) og samfundsmæssig praxis argumenteres der for, at professionel praksis og samfundsmæssig praxis udvikles i et komplekst dialektisk felt, hvor professionel og økonomisk magt er væsentlige medspillere. En forståelse og udvikling af praxis kræver konkrete analyser af disse relationer og de kampe, de giver anledning til. Humanistisk moraliseren mod teknologiens magt er ikke tilstrækkelig. Udviklingen af evidensbaseret praksis inddrages for at illustrere pointen. Udvikling af professionel praksis kræver bl.a., at de professionelle, der vil udvikle praksis, selv opdrages, ved at borgerne, som er genstand for praksis, anerkendes som deltagere og subjekter i forandring af praksis. Det kaldte Marx 'revolutionerende praxis'.

Begreber, der er fundamentalt omstridte, har til alle tider tiltrukket sig filosofers opmærksomhed. Det gælder også begrebet praksis. Platon og Aristoteles (Aristoteles 2000) var med til at lægge rammer for en diskussion om praksis, som har været ført gennem hele filosofiens historie, og som rækker langt ud over fagfilosoffers kreds (Bernstein 1971; MacIntyre 1981; Dunne 1993; Nussbaum 1994).

Aristoteles' skelnen mellem poesis (skabende aktivitet i f.eks. håndværk og kunst) og praxis (aktiviteter, der er knyttet til menneskelige relationer og fælles bestræbelser for at leve sammen i staten og andre fællesskaber) spiller fortsat en central rolle i filosofisk og samfundsvidenskabelig forskning om menneskelig aktivitet. De to vidensformer: techne (praktisk kundskab) og phronesis (dømmekraft), der er knyttet til henholdsvis poesis og praxis, har været og er fortsat kilde til politiske diskussioner

Den polemiske karakter af praksis-begrebet er kommet klart til udtryk i diskussioner om professionel praksis i anden halvdel af det 20. århundrede.



om indretning og udvikling af vore offentlige institutioner, af uddannelse af professionelle og uddannelse i almindelighed. Vores dagligdags begreb om praksis, der omfatter både poesis og praxis, er således blevet en brik i diskussioner og kampe mellem forskellige samfundsmæssige positioner og interesser.

Praksis som polemisk begreb

Den tyske jurist og politiske teoretiker Carl Schmitt (1888-1985) har viet den slags begreber en særlig opmærksomhed (Schmitt 1932/2002). Han har bidraget til at belyse, hvorledes en række begreber har en polemisk funktion ved f.eks. at vise afstand til eller marginalisere grupper. Polemiske begreber markerer ikke blot en forskel i forhold til andre positioner end ens egen, men bruges også til at miskreditere andre positioner, grupper eller partier og deres medlemmer. De anvendes med andre ord til at styrke eller svække positioner eller grupper i et felt, hvor der foregår en kamp om magt og autoritet.

'Praksis' vil almindeligvis ikke blive opfattet som et politisk begreb; men brugen af det, differentiering mellem forskellige betydninger af praksis og uenighed herom viser, at det har en polemisk funktion. Det har dermed en lighed med andre polemiske begreber, som vi ifølge Schmitt kender fra det politiske felt.

Polemiske begreber om professionel praksis

Den polemiske karakter af praksis-begrebet er kommet klart til udtryk i diskussioner om professionel praksis i anden halvdel af det 20. århundrede. Den videnskabelige og teknologiske udvikling og dennes indflydelse på professionel praksis har affødt reaktioner og kritik fra forsvarere af klassiske idealer for professionel praksis. Kritikken har siden 1990'erne bl.a. taget udgangspunkt i udbredelsen af idealer for evidensbaseret praksis. Diskussionerne har været mest omfattende på sundhedsområdet, men på det pædagogiske område og andre velfærdsområder har fronterne også været trukket hårdt op (Oakley

2000). Diskussionen om en videnskabeliggørelse af professionel praksis gennem evidensbaseret praksis er den foreløbige kulmination af en mere langstrakt og omfattende diskussion i kølvandet på den kritiske teoris gennemslagskraft efter 2. Verdenskrig (Horkheimer & Adorno 1944/1996). Denne traditions polemiske begreb om en frigørende praksis over for det kapitalistiske samfunds instrumentelle fornuft havde baggrund i en samfundskritisk position og en bestemt læsning af Marx. Sideløbende med denne kritik udfoldedes imidlertid også en kritik af professionel praksis i det moderne samfund med et polemisk potentiale hentet fra antikke forbilleder for professionel praksis.

Den tyske læge og filosof Karl Jaspers publicerede i 1959 en artikel om lægen i den tekniske tidsalder (Jaspers 1959/1989) med en kritik af udviklingen i medicinsk praksis. Efter Jaspers mening resulterede den videnskabelige, teknologiske og samfundsmæssige udvikling i en underminering eller værdimæssig

Ingen anden profession har som medicinen kunnet vinde **forståelse for og bred anerkendelse** af dens status som selvkontrollerende.



forarmelse af lægens professionelle praksis. Jaspers kritik var rettet mod udviklingen i medicinsk praksis, som han som læge var dybt fortrolig med, men kritikken er relevant for diskussionen om professionel praksis i almindelighed i vores tid. Jaspers fremhævede den revolutionerende udvikling, medicinen har gennemløbet i det seneste par hundrede år og i særdeleshed i det 20. århundrede. Først nu, siger Jaspers, er læger i stand til systematisk at gennemføre effektiv behandling. Men samtidig er forholdet mellem læge og patient blevet radikalt forandret. Behandling gennemføres inden for rammerne af store institutioner (klinikker, hospitaler etc.) og i sundhedsvæsen, hvor lægen kun er én part i et omfattende system af interesser og standpunkter: stat og regioner, forsikringsselskaber, interesseorganisationer, industri m.fl.

I denne nye tid ønsker borgeren, ifølge Jaspers, slet ikke at blive behandlet personligt. Borgeren har vænnet sig til

store institutioner, hvor mange forskellige specialer er samlet, og hvor mange professionelle indgår som hjul i en upersonlig behandlingsmaskine. Den enkelte læge er et element i et kollektiv og træder ikke længere frem som individ, som enkeltperson.

Jaspers ærinde er i første række, hvordan læger vil forholde sig til de ændrede videnskabelige og samfundsmæssige betingelser for lægegerningen. Vil de arbejde for at leve som frie læger i overensstemmelse med klassiske idealer om personlig behandling af patienter og med respekt for patienten som deltager i behandlingen og i overensstemmelse med klassiske idealer om god lægegerning? Eller vil de acceptere at være aktører i et sundhedsvæsen underlagt krav om standardiseret behandling uden reel patient-inddragelse? Selv om Jaspers fokus er medicinen, så er hans kritik relevant for enhver form for professionel praksis. Den regulering og standardisering, som Jaspers så på det medicinske

felt, har i de efterfølgende årtier vundet indpas på de fleste andre områder for professionel praksis. Ifølge Jaspers står enhver borger over for et påtrængende spørgsmål: Hvordan ønsker vi det videnskabeligt og teknisk avancerede sundhedsvæsen med dets omfattende institutioner indrettet? Vil vi underkaste os teknologisk og samfundsmæssig regulering og gøre os selv til slaver? Eller vil vi kræve at leve i frihed, også når vi rammes af sygdom og lidelse?

Praksis-kritik uden analyse

Jaspers etiske kritik af det moderne sundhedsvæsen er ikke baseret på nogen analyse af medicinsk praksis. Han bruger ikke Aristoteles' skelnen mellem poesis (intervenerende og skabende aktiviteter) og praxis (det sociale fællesskab af privilegerede, frie borgere). Der bliver derfor ikke tale om nogen egentlig analyse af lægens professionelle praksis, men snarere om et partsindlæg fra ham selv som aktør i det medicinske felt, en aktør, der ikke reflektivt forholder sig

til sin egen samfundsmæssige position og interesser. Jaspers har ret i, at den videnskabelige og teknologiske udvikling førte til omfattende ændringer af behandlingspraksis i sidste halvdel af det 20. århundrede. Men praksis ændres ikke kun gennem udvikling af nye midler (nye måder at undersøge, diagnosticere og behandle på). Det sundhedsvæsen, Jaspers kritiserer, skulle også leve op til nye samfundsmæssige mål om lighed og retfærdighed i behandlingen af borgere. Det beskæftiger Jaspers sig ikke med. Han lancerer et polemisk begreb om praksis, i lyset af hvilket praksis i det moderne sundhedsvæsen er udtryk for et værdimæssigt forfald og et tab af klassiske professionelle værdier. Den professionelle praktiker, lægen, er forvandlet til et hjul i en teknokratisk og bureaukratisk maskine. Eftersom Jaspers ikke har nogen analytisk ramme, som kan støtte hans kritiske position, må han mobilisere et polemisk begreb om praksis, et begreb, der kan understøtte hans egne værdimæssige position og miskreditere den praksis, som han ser udvikle sig på sundhedsområdet. Han finder et sådant begreb hos Platon.

Lægekunst, frie læger og slave læger

I Platons dialog *Love* (2014) fortæles om to slags læger: frie læger og slavelæger. Den frie læge fører tilsyn med sine patienter og systematisk, og han fører samtaler med den syge selv og hans venner, hvorved han dels selv erfarer noget fra patienterne, dels underviser han selv i det omfang, han er i stand til" (Platon 2014, s. 190). Slavelægen behandler derimod sine patienter uden at snakke med dem og uden at sætte sig ind i den enkeltes situation. Efter at have behandlet én slave, skynder han sig

videre til den næste. Han er ikke optaget af omsorgen for den enkelte patient. Han opfører sig, siger Platon, som en selvrådigt tyrann. Med sin hastige og rutinemæssige praksis "skaffer han sin herre en lettelse i omgangen med de syge."

Slavelægen behandler slaver, mennesker uden rådighed over eget liv, men han er selv en slave. Han er med til at opretholde en samfundsmæssig ulighed, men bidrager samtidig til at fastholde sig selv i ufrihed. Den frie læge derimod kan udvikle sin lægekunst ved at udvikle sin viden og kunnen i omgang med frie mennesker.

En dannende praxis som polemisk begreb

Forholdet mellem den frie læge og den frie borger legemliggør et begreb om praksis, hvor frie mennesker dannes gennem sproglig interaktion. I Jaspers' (og Platons) fremstilling tjener dette polemiske begreb til at idealisere en bestemt form for professionel praksis og devaluere en praksis, hvor den professionelle søger at løse sine opgaver gennem erfaringsbaseret intervention medieret af redskaber og teknologi. Men Jaspers tager fejl, når han giver indtryk af, at den praksis, som her idealiseres, er et resultat af frie borgeres kommunikation båret af en etisk værdi om frihed. Den er tværtimod resultat af en kamp i en konkret samfundsmæssig situation: det antikke slavesamfund.

Den frie læge, vi får beskrevet af Platon, blev først forbilledet efter hippokratiske lægers ihærdige kamp for *anerkendelse* af de samfundsmæssige autoriteter. De hippokratiske læger havde mange odds imod sig i kampen for anerkendelse. Lægen rangerede samfundsmæssigt

lavt i kraft af hans manuelle praksis på linje med andre former for manuel eller håndværksmæssig praksis. Manuel praksis havde ikke samme status som de frie borgeres samtale og forhandlinger om statens indretning og det gode liv i staten. Og medicin og lægekunst havde endda særlige problemer at slås med sammenlignet med andre former for poesis og techne som f.eks. den søfarendes styrmandskunst. Lægens praksis har den menneskelige krop som sin opgave og ikke bare kroppen, men også dens produkter: urin, afføring, etc. Der var dermed også stor afstand mellem den hippokratiske læges praksis og de former for religiøs og mystisk helbredelsespraksis, som hidtil havde været dominerende, og som man nu måtte konkurrere med. Tradition og religion spillede stadig en rolle i Grækenland i den periode, hvor de hippokratiske læger lagde grunden til vores vestlige medicin. Det var endvidere med til at forringe lægers samfundsmæssige anerkendelse og position, at de måtte tilbyde deres kunnen på linje med andre handlende på samfundets markedsplads.

De læger, Platon omtaler som slave-læger, formåede ikke at frigøre sig fra en social lav status. De tilbød at håndtere legemlige problemer på et marked, hvor mange andre bød sig til. De frie læger var derimod læger, som søgte kontakt med og blev anerkendt af frie borgere, og som inkorporerede idealer og værdier fra de frie borgeres liv i deres praksis. Samtale fik en central placering, ikke fordi dialog med patienten realiserer et etisk ideal, eller fordi dialogen kan gøre behandlingen bedre, men primært fordi lægen søgte anerkendelsen ved at deltage i det offentlige liv og i skrift og tale fremhæve lægekunsten som et del af et civiliseret

liv i staten. Det var ved at alliere sig med en bestemt social klasse, de frie borgere, og ved at adoptere denne klasses idealer for menneskeligt samkvem, at medicinen fik samfundsmæssig anerkendelse (Roth 2008).

Praksis og anerkendelse i staten

Jaspers modstiller samtalen mellem frie borgere og en professionel praksis, hvor forholdet mellem professionel og patient er medieret af redskaber. I hans fremstilling bliver poesis og praxis, som hos Aristoteles er analytiske begreber, to dikotome værensformer, den ene båret af et ideal om frihed, den anden kendetegnet ved kontrol og tvang.

Der er imidlertid gode grunde til at fastholde Aristoteles' analytiske tilgang til praksis. Hans skelnen mellem poesis og praxis (og dermed mellem techne og phronesis) er ikke en skelnen mellem to forskellige værensformer, men en måde at fremhæve forskellige aspekter ved kompleks menneskelig aktivitet. Poesis indfanger individets eller kollektivets målrettede interventioner, praxis de dannelses- eller udviklingsorienterede sider af vore aktiviteter sammen med andre. Når vi udøver poesis med brug af forskellige former for techne, bidrager vi til at forme eller udvikle de fællesskaber, vi er en del af. Materielle produkter, kunstværker, eller hvad end vi frembringer individuelt eller sammen med andre, får en betydning for relationerne i de fællesskaber, vi er en del af. De bliver midler i diskussioner om, hvordan vi skal indrette os, hvad et godt samfund er. Der foregår med andre ord en dannelse af såvel de enkelte deltagere som af fællesskabet. Den materielle produktion, techne, design, håndværk og kunst spiller

på forskellig måde en rolle i udviklingen af fællesskabs-praksis og den dannelse, som fællesskabs-praksis er ramme om.

Samtalen, som er central i den frie læges praksis som beskrevet af Platon, er, som påpeget ovenfor, udøvelsen af en særlig techne, retorikken. Gennem denne techne får en bestemt gruppe af læger anerkendelse af den privilegerede samfundsmæssige klasse (de frie borgere). Den frihed, borgerne nyder i deres almindelige liv, udstrækkes til også at omfatte deres liv i sygdom, når de er henvist til lægens bistand. Men anerkendelsen af den frie læge som fri blandt andre frie borgere anfægter ikke den bestående samfundsmæssige indretning. De læger, der behandler håndværkerne, kvinderne, slaverne, som ikke er frie borgere, får ikke den samfundsmæssige anerkendelse som fri borgere. De har samme ufrie slavestatus som dem, de behandler. Den samfundsmæssige anerkendelse af lægeprofessionen som en profession af frie borgere kan bidrage til at forstå et karakteristisk træk ved den medicinske profession, som helt ind i aktuell filosofi har gjort lægekunst til model for praksis.

Udfordringen af det medicinske hegemoni

Den frie læge, som Jaspers fremdrager hos Platon, er ikke bare fri i den forstand, at han samfundsmæssigt får status på linje med de frie borgere, der kan føre samtaler uden at bekymre sig om materielle forudsætninger for deres frie liv. De er frie i den forstand, at de er selvregulerende og selvkontrollerende. Det er den position, lægeprofessionen traditionelt har påberåbt og i lange perioder formået at forsvare. Medicinens professionelle autonomi har også opnået

filosofisk støtte bl.a. hos Immanuel Kant. Kant fremhævede medicinens afgørende samfundsmæssige betydning. Det er et af de 'høje fakulteter', dvs. en af de former for professionel kunnen og indsats, som er nødvendig for statens autoritet og suverænitet. Juraen og teologien er de to andre. Men han fremhæver samtidig, at medicinen må have en særlig status blandt de høje fakulteter, den må være selvkontrollerende (Kant 1798/1976).

Ingen anden profession har som medicinen kunnet vinde forståelse for og bred anerkendelse af dens status som selvkontrollerende. Pædagoger eller andre professioner, der varetager centrale samfundsmæssige og statslige opgaver, har ikke kunnet opnå den relative autonomi, som medicinen har haft i lange perioder og langt ind i det 20. århundrede. Ingen anden professionel praksis har haft så stærke filosofiske fortalere som den medicinske. Det medicinske hegemoni (professionens samfundsmæssigt anerkendte magt) baseret på lægelig autoritet og autonomi er først for alvor blevet udfordret gennem de seneste ca. 40 år. Udfordringen kommer fra både civilsamfund (brugerbevægelser, patientorganisationer, medier og industri) og fra staten og overstatslige institutioner. Der er sket en stadig mere omfattende statslig regulering af den sundhedsprofessionelle praksis. En tilsvarende eller stærkere regulering er sket af andre former for professionel praksis, især det pædagogiske og det sociale område.

Denne udvikling har affødt omfattende diskussioner blandt professionelle og i samfundet i almindelighed. Diskussionen har bl.a. udfoldet sig i relation til bestræbelserne for at udvikle evidens-

baseret praksis i sundhedsvæsen (EBP), inden for uddannelsesinstitutioner og på det sociale område. EBP er ofte fremstillet som forsøg på ideologisk styring af professionel praksis, som et etisk eller kulturelt forfald, hvor mål, der er eksterne i forhold til professionel praksis, bliver påtvunget de professionelle praktikere. Men udviklingen af professionel praksis gennem de seneste årtier er mere kompleks, end den etisk-funderede kritik af ekstern kontrol lader forstå. Indre modsigelser i professionel praksis, som er erfaret og identificeret af praktikere selv, har skabt modstandslommer blandt praktikere og forskere. Herfra er der rettet kritik mod overleverede forestillinger om professionel kompetence og autonomi. Der er blevet iværksat forsøg på forandring og udvikling *indefra*. Det er her, vi finder kilden til evidensbevægelsen.

Evidens-baseret praksis

Den skotske læge Archibald Cochrane (1909-1988) tilskrives med rette en central rolle i udviklingen af evidensbaseret medicinsk praksis. I 1972 udgav han den skelsættende bog *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Bogen var en radikal kritik af den måde, det nationale engelske sundhedsvæsen (NHS) havde udviklet sig på siden dets oprettelse i 1948. Mange ressourcer var blevet brugt på udbygning af den specialiserede hospitalsbehandling og på dyr teknologi til de specialer, hvis udøvere rangerede højest i det professionelle hierarki. Der indførtes kostbare behandlinger, uden at der var dokumentation for, at de var virksomme. Cochrane krævede dokumentation gennem randomiserede, kontrollerede undersøgelser.

Formuleret med klassiske begreber så foreslog Cochrane en ændret poesis, dvs. en ændret behandlingspraksis, hvor den professionelle tilegner sig og udøver en ny techne, der gør det muligt at begrunde en given behandling ud fra kontrollerede undersøgelser. Men Cochrane bidrog også til en kritik af den praksis, som udgør de samfundsmæssige rammer for behandling, og til en kritik af ideen om den frie læge, som i lyset af professionel erfaring og uden kontrol kan have ansvaret for organisering og udførelse af professionel behandling.

Allerede før 2. Verdenskrig havde Cochrane som politisk aktiv deltaget i demonstrationer i London for et nationalt sundhedsvæsen. På en plakat, han selv havde lavet, krævede han fri og lige adgang til effektiv behandling for alle (Jensen 2004). Cochrane havde således bidraget til en politisk bevægelse med forankring i det britiske Labour, som bl.a. ville fremme lighed og retfærdighed i samfundet gennem et nationalt sundhedsvæsen med social lighed og retfærdighed som centrale mål.

I 1970'ernes begyndelse viste det sig, at de store idealer om lighed og retfærdighed ikke var blevet realiseret. Ifølge Cochrane var det nødvendigt at anfægte den kliniske elites magt inden for sundhedsvæsenet. Cochrane var foregangsmand i en samfundsmedicinsk udfordring af den specialiserede biomedicin. Biomedicinens specialister så sig selv som arvtagere og forvaltere af de klassiske idealer om den frie læge. I Cochans alternative, socialmedicinske perspektiv var lægen derimod deltager i et kollektiv af sundhedsprofessionelle, som er langt mere omfattende end lægerne.

Professionel praksis: modstand og udvikling indefra

Men hvis denne revolution føres igennem, betyder det så ikke, som Jaspers hævdede, et radikalt opgør med kærnen i vores kulturs professionelle praksis: den professionelle (læge eller pædagog) som den enkelte borgers tjener? Er evidensbaseret medicin en trussel mod det ideal om patient-centreret medicin, som er kærnen i det klassiske lægeideal, og som bl.a. kommer til udtryk i Platons frie læger? Det afviste den amerikanske kliniske forsker Alvan Feinstein i det skelsættende værk *Clinical Judgement* (Feinstein 1967). Feinstein er sammen med Cochrane grundlæggere af klinisk epidemiologi (Jensen 1987). Bogen rummer sammen med andre af Feinsteins skrifter en detaljeret præsentation af metoder til at forbedre diagnose og behandling. Feinstein viser, hvordan man gennem undersøgelser af store patientgrupper kan kortlægge, hvordan patienter med samme diagnose gennemløber forskellige sygdomsløb. Nogle patienter har alvorlige forløb, som ofte vil føre til døden, hvis der ikke gennemføres en behandling. Andre har mildere tilfælde med få eller ingen følgevirkninger. Viden om variationer i forløb (illness) hos patienten med samme diagnose (disease) muliggør differentieret og individualiseret behandling, dvs. behandling, der er indrettet efter den enkelte patients særlige forudsætninger.

Lægens klassiske poesis, en dømmekraft baseret på hans eller hendes kliniske erfaringer, er ikke tilstrækkelig. Den personlige dømmekraft må suppleres eller udvides med viden, som tilvejebringes gennem omfattende epidemiologiske undersøgelser af store patientgruppers

Praxis, som praxis er belyst i denne artikel med inspiration fra Aristoteles og Marx, er aldrig isolerede øer på et oprørt samfundsmæssig hav.



sygdomsforløb i relation til patienternes biologiske, psykologiske og samfundsmæssige karakteristika (Jensen 1987).

Moralisme eller revolutionerende professionel praxis

Udviklingen i professionel praksis gennem de seneste 30-40 år viser, at Jaspers (og mange andres) forståelse af professionel praksis i teknologiens tidsalder er uholdbar. Jaspers forudsætter et modsætningsforhold mellem en etisk udøvelse af professionel praxis og en instrumentel fornuft, der kommer til udtryk i videnskabelig og teknologisk techne. Ved at opstille denne modsætning skabes der et rum for moralisten, der må forsøge at forsvare klassiske professionelle idealer. Det er denne rolle som humanistisk opdrager af praktikerne, Jaspers selv påtager sig. Her 60 år efter offentliggørelsen af artiklen, der kritiserer udviklingen i sundhedspraxis, kan vi konstatere, at Jaspers moralisme uden analyse af praxis var virkningsløs. Mere end 100 år før Jaspers udsendte sin

pessimistiske advarsel mod teknologiens invasion i praxis, havde Marx beskæftiget sig med opgavernes rolle i udviklingen af praxis.

I sin 3. tese til Feuerbach forholder Marx sig til spørgsmålet om samfundsmæssig forandring (Marx 1845/1973). Han kritiserer en opfattelse af samfundsforandring, som han finder hos Feuerbach og andre af tidens samfundskritikere: at samfundsmæssig udvikling sker, ved at omstændighederne ændres og ved forandret opdragelse. Her glemmer man ifølge Marx imidlertid to ting. For det første at omstændighederne netop forandres af mennesker, og at opdragerne selv må forandres.

Hvordan er denne pointe relevant i forhold til Cochranes og Feinsteins ideer om ændring af sundhedsprofessionel praxis? Cochrane og Feinstein levede begge op til ideen, at omstændighederne ændres af mennesker. De afviste antagelsen om, at teknologiske gen-

nembrud i sig selv ville udvikle medicinsk praksis. Den kliniske epidemiologi var en ny techne, hvorved professionelle aktører kunne ændre sundhedsvæsenets omstændigheder ved f.eks. at kræve dokumentation for effekten af ny teknologi.

De var reformatorer eller 'opdragere' af professionelle i sundhedsvæsenet. Men overså de, at de selv skulle opdrages? Det gjorde de muligvis i starten, De lærte noget afgørende som deltagere i den transformationsproces, som de selv var aktive deltagere i.

Gennem deres aktive deltagelse i den forskningsmæssige og videnskabsteoretiske udvikling og ved at fastholde professionspolitiske standpunkter kom de ofte på kollisionkurs med magtfulde grupper i deres egen profession. Det var med til at ændre deres egen selvforståelse. De opnåede ved at søge at påvirke bestående magtforhold i praxis en forståelse af magtforholdenes betydning

og en forståelse af, hvorledes økonomiske interesser og professions-interesser var med til at styrke laboratorieforskning på bekostning af klinisk forskning med udgangspunkt i patienters oplevede problemer og begrænsninger. Cochrane lærte bl.a., at det klassiske medicinske hegemoni blev forsvaret indædt af de grupper, der havde størst anerkendelse i professionen, inden for sundhedsvæsenet og i samfundet. Gennem denne læreproces ændrede Cochrane selv sin praksis.

Feinstein levede længere end Cochrane og fik derfor også mulighed for at se, at den evidensbaserede medicin, som han sammen med Cochrane havde været en central inspirator af, blev anvendt i sundhedsvæsenet til varetagelse af andre interesser end patienternes. Den modsætningsfyldte transformation af professionel praksis resulterede i en erkendelse bl.a. udtrykt i Feinsteins allersidste artikel, der først blev publiceret efter hans død (Feinstein 2002). I artiklen efterlyste han mere kvalitativ forskning til at supplere den kvantitative forskning, han selv havde bidraget til at udvikle. Han efterlyste en forskning, som kunne give patienter og pårørende en central rolle i identifikationen af 'goals of

care'. Den modstand, han havde mødt, og den måde, hans epidemiologiske techne var blevet anvendt og ofte misbrugt på, havde opdraget ham. Han talte for en ændret praxis, hvor patienter og pårørende skulle have mulighed for at artikulere, hvad der er vigtigt for dem. Kun på den måde er det muligt at udfordre magtforhold i professionel praxis, hvor individuelle praktikere stadig besvarer spørgsmål på borgenes vegne, eller hvor det i stigende grad er 'impersonal guidelines, pathways, algorithms, or other professionally approved rules of performance' der styrer praksis (Feinstein 2002, s. 476). Udviklingen i sundhedsprofessionel praxis i slutningen af forrige århundrede og begyndelsen af dette forsyner os således med et konkret og lærerigt materiale til forståelse af deltagelse i og udvikling af praxis.

Praxis, som praxis er belyst i denne artikel med inspiration fra Aristoteles og Marx, er aldrig isolerede øer på et oprørt samfundsmæssig hav. Praxis opretholdes eller udvikles altid i samspil med materielle vilkår, teknologiske og videnskabelige muligheder, politiske magtforhold og generelt samfundsmæssige betingelser. Det gælder de overgribende former for samfundsmæssig praxis som uddan-

nelsessystemet, sundhedsvæsenet, det sociale system, men det gælder også de former for praxis, som vi er en del af i vores lokale miljøer og hverdagsliv. Udvikling af praxis er ikke underlagt nogen naturlov eller specifikke determinerende kræfter. Professionelle praktikere optaget af at udvikle deres techne vil erfare, at deres forandringsprojekter kun lykkes under betingelser, som de må være med til at tilvejebringe: betingelser, hvor dem, der er genstand for de professionelle techne, bliver anerkendt som subjekter i de professionelle kollektive praxis.

Når en kollektiv indsats på én og samme tid ændrer handlemåder og betingelserne for praxis, er der tale om det, Marx i den 3. tese til Feuerbach kaldte en revolutionerende praxis. Cochrane og Feinstein formede kun elementer af en revolutionerende praxis i denne forstand. Men deres erfaring med magtens modstand mod forandring og betydningen af at give magt og kontrol til dem, praxis skal støtte, behandle eller udvikle, vil være vigtige i fremtidig undervisning i praksis-analyse og kollektiv organisering med henblik på ændring og udvikling af praxis (Jensen 1999, 2015). ♦

REFERENCER

Aristoteles (2000). *Etikken* (dansk oversættelse af *Den Nikomacheiske Etik* (384/322). København: Det lille Forlag.

Bernstein, R.J. (1971). *Praxis and Action. Contemporary Philosophies of Human Activity*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Cochrane, A.I. (1972). *Effectiveness and Efficacy: Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Dunne, J. (1993). *Back to the Rough Ground. 'Phronesis' and 'Techne' in Modern Philosophy and in Aristotle*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.

Feinstein, A. (1967). *Clinical Judgement*. Philadelphia: Williams and Wilkins Co.

Feinstein, A. (2002). Is 'Quality of care' being mislabeled or mismeasured? *The American Journal of Medicine*, 472-478.

Horkheimer, M. & T.W. Adorno (1944/1996). *Oplysningens Dialektik*. København: Gyldendal.

Jaspers, K. (1959/1989). The physician in the technological age. *Theoretical Medicine*, 10(3), 251-267.

Jensen, U.J. (1987). *Sygdomsbegreber i Praksis. Det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori*. København: Munksgaard.

Jensen, U.J. (1999). Categories in Activity Theory: Marx's philosophy just-in-time. I: S. Chaiklin, M. Hedegaard & U.J. Jensen (red.), *Activity Theory and Social Practice: Cultural historical approaches* (s. 79-99). Aarhus: Aarhus University Press.

Jensen, U.J. (2004a). Evidence, Effectiveness, and Ethics: Cochranes's legacy. I: I.S. Christiansen & G. Mooney (red.), *Evidence-Based Medicine in its Place*. (s. 20-32). London: Routledge.

Jensen, U.J. (2004b). Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren ved at være mere katolsk end Paven. I: J.J. Brunn, M.L. Hanak & B.G. Koefoed (red.), *Viden og evidens i forebyggelsen* (s. 19-28). København: Sundhedsstyrelsen.

Jensen, U.J. (2008). The struggle for clinical authority: shifting ontologies and the politics of evidence. *Biosocieties*, 2, 101-114.

Jensen, U.J. (2015). Den fortrængte vitalitet og det humane genkomst – en human vending i biologi og samfund. I: M. Gudmund-Højer, S. Raffnsøe & M. Raffnsøe-Møller (udg.), *Den humane vending. En antologi* (s. 135-158). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Kant, I. (1798/1976). Lincoln: University of Nebraska Press.

MacIntyre, A. (1981). *After Virtue*. London: Duckworth.

Marx, K. (1845/1888/1973). Marx' teser til Feuerbach. I: *Marx/Engels udvalgte skrifter*, bd. 2 (s. 401-403). København: Tidens Forlag.

Nussbaum, M. (1994). *The Therapy of Desire. Theory and Practice in Hellenistic Ethics*. Princeton: Princeton University Press.

Platon (2014): *Platon V. Lovene I-XIII, Epinomis*. København: Gyldendal.

Roth, A.D. (2008). "Reciprocal influences between rhetoric and medicine in ancient Greece." Ph.d.-afhandling, University of Iowa. Hentet på <http://ir.uiowa.edu/etd/3>.

Schmitt, C. (1932/2002). *Det politiske begreb*. København: Hans Reitzels Forlag.