

Dorte Gannik

Indledning

Dette temanummer af *Politica* beskæftiger sig med *sundhedspolitik*. Dette ord som nu er så almindeligt anvendt, er en nyskabelse fra 70'erne. Nyheden er ikke kun begrebslig, men også reel: de første tilløb til en mere overordnet styring af sundhedsvæsenet (i lighed med styring af den offentlige sektor generelt) fandt sted omkring 1970. Styringsbestrebelseerne havde og har stadig en overvejende økonomisk baggrund, nemlig den hastige og efterhånden truende vækst i sundhedsvæsenets udgifter og personaleforbrug (Juul et al., 1984). Derfor har politikernes opmærksomhed været koncentreret om forbedringer af sundhedsvæsenets produktivitet i rent kvantitativ forstand (Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg, 1984). Det har derimod hidtil været sparsomt med analyser af sundhedsvæsenets *funktionsindhold*.

'Politik' betyder i dette temanummer ikke 'politikeres prioriteringer', men først og fremmest udmøntningen af den almindelige befolknings ønsker og mål med hensyn til udformning og fordeling af samfundets goder. Et centralt problem for sundhedspolitikken er, at sundhedsvæsenet og befolkningen ikke mødes i en direkte dialog om sundhedsvæsenets funktioner og ydelser, om den indbyrdes prioritering af delmål, eller om hvad målet for sundhedsvæsenet overhovedet er. Sundhedsvæsenets autoritære definition af problemets rette natur og problemets rette afhjælpning levner kun befolkningen – og den enkelte patient – et meget snævert handlerum. Patienten må acceptere patientrollen – eller tvinges til totalt afkald og til selvhjælp.

Sundhedsvæsenet har historisk set lukket øjnene for andre samfundssektors bidrag til sygdom & sundhed (f.eks. ydre miljø, arbejdsmiljø, trafik, bolig, planlægning, kost/ernæring) og for patienternes erfaringsverden, men hævder til trods herfor stadig monopol på vidensdannelsen omkring sygdom/sundhed. Og ikke nok hermed, men vi ser i stigende grad, at sundhedsvæsenet oven i købet bliver en eksportør af præmisser og opfattelser til samfundet som helhed (Løchen, 1985) – vi er vidner til en *medikalisering* af samfundet.

Netop dette emne er dog taget op i flere debatbøger og i talrige kronikker og avisindlæg inden for det sidste par år. Fire af bøgerne er anmeldt i dette temanummer. Netop den kvalitative debat om, hvad det er for en slags sundhedsvæsen vi har brug for – som politikere og embedsmænd viger tilbage for, fordi den er så meget mere vanskelig end snak om kroner og ører – den folder sig nu ud på græsrodsniveau. Dette temanummer skal være et bidrag til denne brede, offentlige sundhedspolitiske diskussion. Artiklerne er sammensat med det formål at sætte et kritisk lys på sundhedsvæsenet og på forholdet mellem borgere og sundhedsvæsen.

Ebba Holme Hansen og Laila Launsø, begge fra Farmaceutisk Højskole, beskri-

Dorte Gannik

Indledning

Dette temanummer af *Politica* beskæftiger sig med *sundhedspolitik*. Dette ord som nu er så almindeligt anvendt, er en nyskabelse fra 70'erne. Nyheden er ikke kun begrebslig, men også reel: de første tilløb til en mere overordnet styring af sundhedsvæsenet (i lighed med styring af den offentlige sektor generelt) fandt sted omkring 1970. Styringsbestrebelseerne havde og har stadig en overvejende økonomisk baggrund, nemlig den hastige og efterhånden truende vækst i sundhedsvæsenets udgifter og personaleforbrug (Juul et al., 1984). Derfor har politikernes opmærksomhed været koncentreret om forbedringer af sundhedsvæsenets produktivitet i rent kvantitativ forstand (Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg, 1984). Det har derimod hidtil været sparsomt med analyser af sundhedsvæsenets *funktionsindhold*.

'Politik' betyder i dette temanummer ikke 'politikeres prioriteringer', men først og fremmest udmøntningen af den almindelige befolknings ønsker og mål med hensyn til udformning og fordeling af samfundets goder. Et centralt problem for sundhedspolitikken er, at sundhedsvæsenet og befolkningen ikke mødes i en direkte dialog om sundhedsvæsenets funktioner og ydelser, om den indbyrdes prioritering af delmål, eller om hvad målet for sundhedsvæsenet overhovedet er. Sundhedsvæsenets autoritære definition af problemets rette natur og problemets rette afhjælpning levner kun befolkningen – og den enkelte patient – et meget snævert handlerum. Patienten må acceptere patientrollen – eller tvinges til totalt afkald og til selvhjælp.

Sundhedsvæsenet har historisk set lukket øjnene for andre samfundssektors bidrag til sygdom & sundhed (f.eks. ydre miljø, arbejdsmiljø, trafik, bolig, planlægning, kost/ernæring) og for patienternes erfaringsverden, men hævder til trods herfor stadig monopol på vidensdannelsen omkring sygdom/sundhed. Og ikke nok hermed, men vi ser i stigende grad, at sundhedsvæsenet oven i købet bliver en eksportør af præmisser og opfattelser til samfundet som helhed (Løchen, 1985) – vi er vidner til en *medikalisering* af samfundet.

Netop dette emne er dog taget op i flere debatbøger og i talrige kronikker og avisindlæg inden for det sidste par år. Fire af bøgerne er anmeldt i dette temanummer. Netop den kvalitative debat om, hvad det er for en slags sundhedsvæsen vi har brug for – som politikere og embedsmænd viger tilbage for, fordi den er så meget mere vanskelig end snak om kroner og ører – den folder sig nu ud på græsrodsniveau. Dette temanummer skal være et bidrag til denne brede, offentlige sundhedspolitiske diskussion. Artiklerne er sammensat med det formål at sætte et kritisk lys på sundhedsvæsenet og på forholdet mellem borgere og sundhedsvæsen.

Ebba Holme Hansen og Laila Launsø, begge fra Farmaceutisk Højskole, beskri-

ver og diskuterer sundhedsvæsenets centrale behandlingsteknologi, lægemidlerne. Indirekte giver de herigennem en karakteristik af det aktuelle sundhedsvæsen, fordi, som de siger, „den rolle lægemidler har og vil få, afhænger af den forståelse læger og patienter har af sygdommes opståen og udvikling samt organiseringen af sygdomsbehandlingsarbejdet“. Forfatterne mener, at lægemidlers rolle i behandlingen er totalt overspillet. Dette skyldes, at medicinindustriens produktudvikling er styret af økonomiske mål, og at lægemiddelkontrollen hviler på en utilstrækkelig udviklet vidensbasis, hvor bl.a. patienternes erfaringer holdes udenfor. Lægevidenskaben har ladet sig reducere til en lægeteknologi, som langt overvejende kun har 2 strenge at spille på: lægemidler og kirurgi. Tiden er overmoden for en teknologivurdering, der inddrager såvel teknologiens forudsætninger som dens konsekvenser.

Lægeteknologien binder lægernes sygdomsforståelse, deres materielle praksis og sundhedsvæsenets organisation sammen. I Allan Krasniks og Henrik Sælans artikel præsenteres det danske sundhedsvæsenes organisations- og beslutningsstruktur. Forfatterne demonstrerer, at „sundhedsvæsenet ikke er et organisk sammenhængende, afgrænset væsen, men et vidt forgrenet net af forskellige organisationsformer, interesser og funktioner“, og præget af en skarp adskillelse mellem sygehussektor og den primære sundhedstjeneste. Sundhedspolitiske udvalg og kommissioner både her i landet og internationalt (WHO) har peget på behovet for organisatoriske ændringer. Men forfatterne konkluderer, at „ingen på basis af den eksisterende lovgivning har magt til at gennemtrumfe omfattende ændringer, som kræver mange parters aktive medvirken. Det nødvendige samarbejde er vanskeliggjort gennem uklare samarbejdsrelationer, mangeartede ledelsesformer og mange særinteresser, og befolkningens muligheder for at gøre deres indflydelse gældende er begrænset af uigennemsigtige beslutningsprocesser.“

På baggrund af dette dystre perspektiv kan det være vanskeligt at se, hvor drivkraften til mere gennemgribende sundhedspolitiske ændringer skal komme fra. To af artiklerne i nummeret er særligt relevante for et forandringsspektiv. Lisbeth B. Knudsen og Karin Helweg-Larsen giver med artiklen om udviklingen i fødselspolitikken et fingerpeg om, at også mere grundlæggende og principielle forandringer er mulige, og at sundhedsvæsenet – in casu fødselsinstitutionerne – ikke er immunt overfor pres fra befolkningen. Forfatterne peger på, at organiserede brugergrupper og alliancer mellem brugere (fødende) og kvindeligt fagpersonale (jordemødre, sundhedsplejersker, kvindelige læger) har været af afgørende betydning for kritikens gennemslagskraft og dens foreløbige manifestation i de i 1985 ændrede retningslinier for organisationen af svangre- og fødselshjælp. Forfatterne understreger, at „den fortsatte udvikling inden for fødselsområdet vil være meget afhængig af, om de involverede personalegrupper og ikke mindst kvinderne selv kan tage den udfordring op, som ligger i de ny retningslinier.“

I en artikel skrevet af kvinder fra seks forskellige sundhedspersonalegrupper varsles et internt fag- og kvindepolitisk oprør mod sundhedsvæsenets magtstrukturer. Artiklen peger på, at magt og køn følges ad i sundhedsvæsenet. Personalet opdeles i lægegruppen med mænd i alle overordnede stillinger på den ene side, og på den anden side resten af personalegrupperne, som overvejende består af kvinder og som på forskellig vis er underordnet lægerne.

Gruppen hævder, at mandlige lægers magt og dominans i sundhedsvæsenet også har konsekvenser for patienterne. Hovedvægten i sundhedsvæsenet ligger nemlig på *behandlingen* af patienternes sygdomme, mens *pleje og omsorg* som varetages af kvinderne ikke giver prestige. Pleje- og omsorgstid nedskæres, mens teknisk lægebehandlings- og overvågningsudstyr udbygges. Svælget mellem de kvindelige faggruppers praksis og den naturvidenskabeligt baserede teori i deres uddannelse øges. Gruppen slår til lyd for, at de kvindelige faggrupper må begynde at udvikle en selvstændig teori baseret på deres daglige praksis og på det enkelte individs behov, snarere end på diagnoser.

De kvindelige værdier, der overses i sundhedsvæsenet, og som samtidig er essensen af den nedskæringstruede plejefunktion, er den helbredende og lindrende virkning af menneskeligt samvær, formidling og forståelse. Hvis ressourcerne til denne omsorg er truet i sundhedsvæsenet, er de ikke mindre truet i samfundet udenfor sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet har i de seneste årtier udviklet sig i blindhed for, at sundhed først og fremmest skabes og vedligeholdes uden for sundhedsvæsenet – gennem det enkelte individs levevilkår, dets valg af levevis og dets målrettede handlinger for fremme af egen sundhed. Dette er emnet for min egen artikel om det basale sundhedsarbejde i dagligdagen. Formålet er at klargøre, at den sundhedspolitiske diskussion må omfatte mere end det organiserede sundhedsvæsen.

Birgitte Rørbyes artikel illustrerer mangfoldigheden af sundhedspolitiske bestræbelser i samfundet. Hun viser, at det såkaldte alternative sundhedsarbejde ikke er et enhedsfænomen, men dækker over vidt forskellige udviklinger af kommerciel, privat og offentlig natur.

Har disse vildtvoksende udviklinger ude i samfundet nogen indflydelse på sundhedsvæsenets udvikling? Ja, det har de. Men påvirkningerne er modsigelsesfyldte. Rørbye noterer, at behandlingsmetoder der er i modsætning til det herskende lægevidenskabelige paradigme, skjult og ad bagvejen sniger sig ind i det offentlige sundhedsvæsen, via kvindeligt fagpersonale, der er utilfreds med den autoriserede praksis. Samtidig indvirker kommercielt fremelskede behov på efterspørgslen af sundhedsydelser, og flytter derigennem indirekte grænsen for sygdom, f.eks. ved at naturlige biologiske variationer defineres som gener og afvigelser, der bør behandles. Også her er det kvinderne, der er i centrum. Grænsen mellem normalitet og sygdom er vilkårlig, og de ressourcer, der kan investeres i sundhedsvæsenet for med forskellige metoder at frembringe så ens individer som muligt, er endeløse: først plastikkirurgi og psykofarmaka, siden kunstige organer, efterhånden genteknologi.

Også på andre måder er sundhedssektorens udvikling bestemt af samfundets politik og normer. Flere forfattere har peget på, at den økonomiske effektivitet i samfundet øges på bekostning af de basale sociale strukturer som sikrer livskvalitet. Når forudsætningerne for fællesskabsfølelse og omsorg i nærmiljøet udhules, øges efterspørgselspresset mod sundhedsvæsenet, og de negative virkninger af dette pres lader sig ikke eliminere ved nedskæringer.

Udviklingen af en sundhedspolitik må derfor omfatte en samfundsmæssig forbedring og mere ligelig fordeling af de ressourcer, som tillader folk, dels at tilrettelægge deres liv med et minimum af sundhedsskadelige ydre påvirkninger,

dels at skabe sociale strukturer hvor mellemmenneskelig trivsel og velvære spiller en rolle for prioriteringerne.

Sundhedspolitik kan ikke baseres på centralt udformede påbud eller forbud om dit eller dat – hertil er individernes liv for forskelligt prioriteret og påvirket. Sundhedspolitik kan heller ikke baseres på sundhedsøkonomiske beregninger, som i sig selv forudsætter det eksisterende sundhedsvæsens struktur, sygdomsbegreb og behandlingsmetoder (Flower et al., 1984).

Sundhedspolitik må efter vor opfattelse indebære, at man vender udviklingen bort fra professionel monopolisering, specialisering og centralisering hen mod at lægge forudsætningerne for sundhed tilrette ved en jævn ressourcefordeling i befolkningen.

Mange ting – etablerede interesser og strukturer – stiller sig begribeligvis hindrende i vejen for en sådan sundhedspolitik. Det skal jeg ikke opholde mig ved, da det illustreres udmærket i de første fire artikler. Her skal jeg afslutningsvis pege på, at der mangler tværfaglig forskning, der kunne støtte udviklingen af en sådan sundhedspolitik. I sit bidrag har Birgitte Rørbye forsøgt at samle en række samfundsmæssige udviklinger under begrebet „alternativt sundhedsarbejde“. Vor viden om dette „spændingsfelt“ er netop så sporadisk som det fremgår, og teori- og begrebsdannelse mangler totalt. Det samme gælder beskrivelse og vurdering af det jeg har kaldt „det basale sundhedsarbejde“, og Krasnik & Sælan peger på, at magtstrukturer og beslutningsprocesser i sundhedsvæsenet er næsten udforskede her i landet. Der er sket en udvikling i samfundet, men forskningen er ikke fulgt med – vi har ikke udviklet et dækkende begrebsapparat, der kan hjælpe os til at forstå hvad der sker.

En videnskabelig beskrivelse og udforskning af sammenhængene mellem sundhed/sundhedsarbejde og sociale mikro- og makrostrukturer fordrer et tværfagligt forskningsmiljø, hvor psykologer, sociologer, økonomer, etnologer, sundhedspersonale og entreprenører fra den fysiske virkelighed, f.eks. byplanlægnings- og arbejdsmiljøfolk, kan arbejde sammen på lige fod. Et sådant miljø eller samarbejdsstruktur eksisterer ikke i Danmark. Vi arbejder inden for en forældet fagstruktur.

Litteratur

- Juul, Svend, Svend Sabroe og Ebba Holme Hansen (1984). *Det danske sundhedsvæsen*. Århus: FADL's forlag.
- Produktivitetsudvalget (1984). *Sygehusenes organisation og økonomi*, København: Indenrigsministeriet.
- Løchen, Yngvar (1985). Helsetjenesten i en nasjonalt fellesskab, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 26. årgang, nr. 1-2, pp. 5-28.
- Flower, Sidney, Dorte Gannik og Lars Iversen (1984). Sundhedsøkonomi – de små beslutningers videnskab? *Ugeskrift for Læger*, vol. 146, no. 48., pp. 3784-3786.

dels at skabe sociale strukturer hvor mellemmenneskelig trivsel og velvære spiller en rolle for prioriteringerne.

Sundhedspolitik kan ikke baseres på centralt udformede påbud eller forbud om dit eller dat – hertil er individernes liv for forskelligt prioriteret og påvirket. Sundhedspolitik kan heller ikke baseres på sundhedsøkonomiske beregninger, som i sig selv forudsætter det eksisterende sundhedsvæsens struktur, sygdomsbegreb og behandlingsmetoder (Flower et al., 1984).

Sundhedspolitik må efter vor opfattelse indebære, at man vender udviklingen bort fra professionel monopolisering, specialisering og centralisering hen mod at lægge forudsætningerne for sundhed tilrette ved en jævn ressourcefordeling i befolkningen.

Mange ting – etablerede interesser og strukturer – stiller sig begribeligvis hindrende i vejen for en sådan sundhedspolitik. Det skal jeg ikke opholde mig ved, da det illustreres udmærket i de første fire artikler. Her skal jeg afslutningsvis pege på, at der mangler tværfaglig forskning, der kunne støtte udviklingen af en sådan sundhedspolitik. I sit bidrag har Birgitte Rørbye forsøgt at samle en række samfundsmæssige udviklinger under begrebet „alternativt sundhedsarbejde“. Vor viden om dette „spændingsfelt“ er netop så sporadisk som det fremgår, og teori- og begrebsdannelse mangler totalt. Det samme gælder beskrivelse og vurdering af det jeg har kaldt „det basale sundhedsarbejde“, og Krasnik & Sælan peger på, at magtstrukturer og beslutningsprocesser i sundhedsvæsenet er næsten udforskede her i landet. Der er sket en udvikling i samfundet, men forskningen er ikke fulgt med – vi har ikke udviklet et dækkende begrebsapparat, der kan hjælpe os til at forstå hvad der sker.

En videnskabelig beskrivelse og udforskning af sammenhænge mellem sundhed/sundhedsarbejde og sociale mikro- og makrostrukturer fordrer et tværfagligt forskningsmiljø, hvor psykologer, sociologer, økonomer, etnologer, sundhedspersonale og entreprenører fra den fysiske virkelighed, f.eks. byplanlægnings- og arbejdsmiljøfolk, kan arbejde sammen på lige fod. Et sådant miljø eller samarbejdsstruktur eksisterer ikke i Danmark. Vi arbejder inden for en forældet fagstruktur.

Litteratur

- Juul, Svend, Svend Sabroe og Ebba Holme Hansen (1984). *Det danske sundhedsvæsen*. Århus: FADL's forlag.
- Produktivitetsudvalget (1984). *Sygehusenes organisation og økonomi*, København: Indenrigsministeriet.
- Løchen, Yngvar (1985). Helsetjenesten i en nasjonalt fellesskab, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 26. årgang, nr. 1-2, pp. 5-28.
- Flower, Sidney, Dorte Gannik og Lars Iversen (1984). Sundhedsøkonomi – de små beslutningers videnskab? *Ugeskrift for Læger*, vol. 146, no. 48., pp. 3784-3786.