

Redigeret af

UFFE JUUL JENSEN, JENS QVESEL & PETER FUUR ANDERSEN

Forskelle og Forandring

— bidrag til humanistisk
sundhedsforskning

PHILOSOPHIA

Forskelle og forandring

Om forfatterne

- Uffe Juul Jensen:* Mag.art. i filosofi. Professor og institutleder ved Institut for Filosofi, Aarhus Universitet. Leder af forskningscentret Menneske, Sundhed og Kultur ved Institut for Filosofi, Aarhus Universitet.
- Thomas Højrup:* Mag.art i europæisk etnologi, Dr.phil. Lektor ved Institut for Arkæologi og Etnologi, Københavns Universitet.
- Lene Otto:* Mag.art. i etnologi. Fra 1991 Ph.d.-stipendiat ved Nationalmuseet. Arbejder med forberedelse af permanent udstilling på Nationalmuseet.
- Karen Munk:* Sygeplejerske, Cand.psyk. Ph.d.-studerende ved Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
- Lisbeth Haastrup:* Cand.mag. i dansk og etnologi, Ph.d. fra Danmarks Lærershøjskole. Projektansat forsker ved Københavns Universitet.
- Ole Dreier:* Mag.art i psykologi, Ph.d., Dr. phil. Docent i socialpsykologi ved Psykologisk Laboratorium, Københavns Universitet.
- Peter Elsass:* Cand.psyk., Dr. med. Chefpsykolog ved Psykiatrisk Hospital, Risskov og professor i Sundhedspsykologi ved Det medicinske Fakultet, Aarhus Universitet.
- Kirsten Hastrup:* Cand.mag., Dr.Phil. Professor ved Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Carl Erik Mabeck:* Dr.med. Professor ved Institut for almen Medicin, Aarhus Universitet.
- Morten Nissen:* Cand.psyk., Ph.d. Forskningsstipendiat, ekstern lektor ved Psykologisk Laboratorium, Københavns Universitet.
- Charlotte Højholt:* Cand.psyk., Ph.d.-stipendiat ved Psykologisk Laboratorium, Københavns Universitet.
- Grete Davidsen:* Sygeplejerske, SA. Fra 1995 ansat som kontorchef og leder af Sundhedsfremmeafdelingen i Ringkjøbing Amtskommune.
- Steen Wackerhausen:* Mag.art. i filosofi, Ph.d. Adjunkt ved Institut for Filosofi, Aarhus Universitet.
- Hysse B. Forchhammer:* Cand.psyk., Ph.d. Psykologisk Laboratorium, Københavns Universitet.
- Bjarne Kildegaard:* Mag.art. i europæisk etnologi. Museumsinspektør ved Nationalmuseet i Brede, Afdelingen for Nyere Tid, med ansvar for området dragt- og kropkultur.
- Helle Johannessen:* Mag.art. og Ph.d. i medicinsk antropologi. Koordinator for International Network for Research on Alternative Therapies, c/o Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Jørgen Husted:* Mag.art. i filosofi. Lektor ved Institut for Filosofi, Aarhus Universitet. Medlem af Etisk Råd.
- Charles Webster:* Fellow of All Souls College, Oxford University. Forfatter til en række internationalt anerkendte værker om sundhedssystemer i socialhistorisk belysning.

Redigeret af

UFFE JUUL JENSEN, JENS QVESEL & PETER FUUR ANDERSEN

Forskelle og forandring

– bidrag til humanistisk
sundhedsforskning

Bidrag af

Uffe Juul Jensen
Thomas Højrup
Lene Otto
Karen Munk
Lisbeth Haastrup
Ole Dreier
Peter Elsass
Kirsten Hastrup
Carl Erik Mabeck
Morten Nissen
Charlotte Højholt
Grete Davidsen
Steen Wackerhausen
Hysse Forchhammer
Bjarne Kildegaard
Helle Johannessen
Jørgen Husted
Charles Webster

PHILOSOPHIA

FORSKELLE OG FORANDRING

– *bidrag til humanistisk sundhedsforskning*

Redigeret af Uffe Juul Jensen, Jens Qvesel & Peter Fuur Andersen

1. udgave, 1. oplag 1996

© PHILOSOPHIA og forfatterne, 1996

Grafisk tilrettelæggelse: Peter Fuur Andersen

Bogen er sat med *Palatino* og trykt hos Werks Offset, Århus

Printed in Denmark 1996

ISBN 87-88-66303-5

Kopiering fra denne bog eller dele deraf er kun tilladt i overensstemmelse med overenskomst mellem Undervisningsministeriet og CopyDan. Enhver anden udnyttelse er uden forlagets skriftlige samtykke forbudt ifølge gældende dansk lov om ophavsret. Undtaget herfra er korte uddrag til brug i anmeldelser.

Forlaget PHILOSOPHIA
Institut for Filosofi
Århus Universitet, bygning 328
Ndr. Ringgade
8000 Århus C
Telf. 8942 2215
Fax 8942 2223

Indhold

Om forfatterne s. 2

Forord s. 7

Uffe Juul Jensen Humanistisk sundhedsforskning – introduktion til bogens temaer s. 9

I KULTURELLE FORSKELLE OG DERES BETYDNING FOR SUNDHED OG SUNDHEDSFREMME

Thomas Højrup Indledning – liv og sundhed s. 27

Lene Otto Helbredet eller hele tilværelsen – kontraster i befolkningens sundhedsopfattelser s. 32

Karen Munk Livsformer og kriser i alderdommen s. 42

Lisbeth Haastrup Sovs, sundhed og madkultur s. 51

II FORANDRING Gennem PRAKSISFORSKNING

Ole Dreier Indledning – praksisforskning om brugere og professionelle s. 61

Peter Elsass Brugerindflydelse – en retfærdiggørelse af omstruktureringer. APPENDIKS: Peter Elsass, Kirsten Hastrup & Carl Erik Mabeck: »Lægfolks og lægers opfattelse af sundhed – en spørgeskemaundersøgelse af 'i-tale-sættelsen' af sundhed« s. 67

Morten Nissen Et socialpsykologisk bidrag til forståelse af brugerindflydelse i psykosocial praksis s. 81

Charlotte Højholt Fra brugerperspektiver til praksisrefleksion s. 93

Grete Davidsen Kvalitetsudvikling – et fælles ansvar for brugere og professionelle s. 103

III FORSKELLIGE SUNDHEDSBEGREBER

Steen Wackerhausen Indledning – sundhedsbegreber – nogle bidrag til en afklaring s. 143

Hysse B. Forchhammer Livskvalitet – et nyt sundhedsbegreb? s. 147

Bjarne Kildegaard Sundhedsbegreber i Danmark i det 20. århundrede s. 160

Helle Johannessen Alternativ sundhed? s. 167

IV FORSKELLE, RETFÆRDIGHED OG FORANDRING I SUNDHEDSSYSTEMET

Jørgen Husted Fra medicinsk prioritering til etisk prioritering? s. 177

Uffe Juul Jensen Sundhed og retfærdighed – har vi et værdigrundlag for prioritering i sundhedssystemet? s. 207

V MARKED, VELFÆRD OG DEMOKRATI

Charles Webster Sundhed versus marked – det skæbnesvangre dilemma for et offentligt sundhedsvæsen s. 231

Uffe Juul Jensen Velfærdsstatens krise s. 250

Thomas Højrup Velfærdsstatens krise og den demokratiske læreproces s. 262

VI SUNDHEDSBØLGEN – IDEOLOGI ELLER FOLKELIG BEVÆGELSE

Jørgen Husted Folkelige bevægelser bag nye sundhedsmål? s. 271

Steen Wackerhausen Sundhed i fokus – retorik eller realitet s. 282

Forord

I slutningen af august 1994 afholdtes på Aarhus Universitet den 1. Nordiske Konference om sundhed, menneske og kultur under overskriften *Forskelle og forandring*. Konferencen var arrangeret af en gruppe forskere, som i 1990 påbegyndte et samarbejde inden for det store rammebevillingsprogram *Sundhed, Menneske og Kultur*, som Statens Humanistiske Forskningsråd iværksatte og – sammen med en række forskningsinstitutioner – støttede fra 1990-94. Arbejdet videreføres nu i et center for humanistisk sundhedsforskning – *Sundhed, Menneske og Kultur* – forankret ved Institut for Filosofi, Aarhus Universitet.

Der var en overvældende interesse for konferencen. Omkring 400 forskere, professionelle praktikere indenfor sundhedsvæsenet og politikere fra de nordiske lande deltog.

Vi anser det imidlertid for særdeles vigtigt, at indlæggene og de deri berørte emner og problemer ikke kun diskuteres i et internt forum, men at offentligheden i bredest mulig omfang får lejlighed til at engagere sig i dialog om og afgive perspektiver på sundhed og derigennem bidrage til at belyse forskellige veje til udvikling i sundhedssektoren.

Tanken med at udgive bidrag fra konferencen er derfor at fastholde de forskellige indlægs rækkevidde for andre borgere, brugere og sundhedsprofessionelle end for de, der deltog i konferencen. Flere af indlæggene peger netop på vigtigheden af brugerindflydelse og på, at nogen sundhedsforskning må tage udgangspunkt heri med henblik på at udvikle praksis og at bidrage til en generel og reel demokratisering af sundhedssektoren.

Vi har således fundet, at flere af bidragene fra konferencen placerer sig i centrum af den aktuelle og fremtidige diskussion og forskning inden for afgørende felter af sundhedsområdet: F.eks. brugerstyring, prioritering, kvalitets sikring, livskvalitet, befolkningens selvforvaltning (autonomi), sundhedsfremme, forebyggelseskampagner samt værdiforandringer i debatten om sundhedsvæsen, velfærdssamfund osv. Det er vores opfattelse at sådanne temaer kan tillægges større betydning, når de diskuteres i bredere sammenhænge. Derfor denne bogudgivelse.

Næsten alle bidrag ved konferencen var et resultat af arbejdet og samarbejdet inden for det oprindelige rammebevillingsprogram. I den foreliggende bog er der kun fire bidrag, som ikke er forfattet af medlemmer af den gruppe, der har arbejdet sammen inden for rammerne af *Sundhed, Menneske og Kultur*: Den fremtrædende engelske socialhistoriker Charles Webster fra Oxford, som tidligere har gæstet *Sundhed, Menneske og Kultur*, var inviteret til at holde en af konferencens åbningsforelæsninger. Grete Davidsen, der har været konsulent på et kvalitetsudviklingsprojekt ved Radiumstationen, Århus Kommunehospital, var inviteret til at præsentere dette projekt i en af konferencens workshops. Etnologen Lisbeth Haastrup, der bl.a. udforsker sammenhængen mellem mad, kultur og sundhed og antropologen Helle Johannessen, der har forsket i alter-

nativ behandling i et antropologisk perspektiv, var også inviteret til at fremlægge bidrag i konferencens workshops.

Der blev afholdt en række forelæsninger for alle konferencens deltagere. Derudover foregik arbejdet i de fire workshops: 'Sundhed og kulturelle forskelle'; 'sundhed og praksisforskning'; 'forskelle i sundhedsbegreber' og endelig 'forskellige modeller for prioritering i sundhedssystemet'.

Bogen er opbygget på følgende måde: I en indledende artikel forklares og begrundes valget af temaer. Herefter følger tre sektioner med bidrag fra hver af de tre førstnævnte workshops. Hver af disse sektioner indledes med en kort præsentation af problematikken. I den anden sektion om praksisforskning indgår endvidere en artikel om praksisforskningens teori og metode af Ole Dreier. Indholdet af denne artikel blev præsenteret i en forelæsning under konferencen. Bogens afsluttende sektion om sundheden og velfærdsstaten rummer dels bidrag fra en workshop om prioritering (af Jørgen Husted og af Uffe Juul Jensen) dels bidrag, der blev præsenteret i forelæsninger om velfærdsstatens krise og udviklingsmuligheder og om andre sundhedspolitiske spørgsmål (af Jørgen Husted, Thomas Højrup, Uffe Juul Jensen, Steen Wackerhausen og Charles Webster).

Det var hensigten gennem præsentationer og diskussioner med andre forskere og professionelle praktikere yderligere at styrke den humanistiske sundhedsforskning, der nu vil blive fortsat inden for rammerne af ovennævnte forskningscenter og i samarbejde med forskere i ind- og udland.

Konferencen med dens mange aktive deltagere bidrog på en inspirerende måde til afklaring af problemer og belysning af forskellige veje for den humanistiske sundhedsforskning og for udvikling af sundheds- og velfærdssystemet. Det er håbet og forventningen at denne bog vil stimulere til yderligere diskussion, praksisudvikling og forskning.

Uffe Juul Jensen, Jens Qvesel & Peter Fuur Andersen

Humanistisk sundhedsforskning

– introduktion til bogens temaer

v. Uffe Juul Jensen

Humanisme er et mangetydigt ord. I daglig tale har det almindeligvis et positivt indhold. I filosofiske, politiske og ideologiske sammenhænge har det været mere omstridt.

For filosofiske og videnskabsteoretiske formål er det vigtigt at skelne mellem to forskellige betydninger af humanisme: a) Humanisme som et filosofisk udviklingsperspektiv på mennesket, menneskets plads i verden og menneskelig blomstring, og b) humanisme som en ideologi der er snævert knyttet til det borgerlige, liberal-demokratiske samfund med dets individualisme, særlige idealer om menneskerettigheder og personlig autonomi. Det er humanisme i den førstnævnte, oprindelige betydning, der udgør en væsentlig inspirationskilde for (eller som kan spores i) megen aktuel humanistisk sundhedsforskning.¹

Nogle af den moderne filosofis største tænkere fra oplysningstiden til i dag har givet omfattende filosofiske udredninger af og begrundelser for vore ideer om personlig autonomi og menneskerettigheder, men de filosofiske analyser er også blevet omsat til ideologi. Som ideologi er den moderne humanisme blevet et redskab i kritikken af eller kampen mod andre kulturer og samfundsmæssige indretninger.

Humanismen bliver ideologisk, når den ophøjer samfundsmæssigt forankrede og historisk betingede idealer til menneskets sande natur og historiens mål og mening. Den indiske forfatter V.S. Naipaul har skildret den ideologiske og etnocentriske humanisme i romanen *Ved en krumning på floden*.²

Handlingen udspiller sig i Østafrika og Naipaul stiller bl.a. spørgsmålet, hvordan europæerne på ganske kort tid kunne bemægtige sig en kultur, som havde udfoldet sig gennem århundreder. Ikke blot gjorde man sig til herrer over de indfødte, man formåede også at få dem til at rejse statuer af og hylde erobrerne. Naipauls forklaring er enkel: Europæerne kom ikke bare med våben og magt, men også med forestillingen om, at de repræsenterer historiens kulmination og mening. Hermed illustrerer Naipaul, hvilken kraft der har været i *humanismen som ideologi*.

1. Den oprindelige renæssancehumanisme er bl.a. belyst af Ernst Cassirer i hans værk: *Individuum und Kosmos in der Philosophie der Renaissance*. Leipzig og Berlin 1927.

2. Dansk oversættelse (Gyldendal. København, 1980) af *A Bend in the River* (London 1979).

Som ideologi er humanismen etnocentrisk. Den ophøjer samfundsmæssigt forankrede og historisk betingede værdier, perspektiver og interesser til udtryk for menneskets natur. Humanismen har som ideologi været anvendt til at retfærdiggøre vold og magtudøvelse af ufattelige dimensioner.

Humanister, som i dag anvender *vore* forestillinger om rettigheder, fornuft og personlig autonomi ideologisk til kritik af livs- og samfundsformer, som ikke respekterer *vore* idealer, kan naturligvis ikke drages til ansvar for de grusomheder, som ideologisk humanisme har bidraget til at retfærdiggøre.

Men den ideologiske humanisme kan kritiseres for at svigte det oprindelige humanistiske perspektiv for *menneskelig frigørelse* og udvikling. Den moderne ideologiske humanisme stiller – ofte berettigede – krav om *politisk* frigørelse, om eliminering af begrænsninger i borgernes frihed (f.eks. ytringsfriheden), den kræver respekt for de menneskerettigheder, som er blevet fastslået i det moderne borgerlige samfund. Sikring af politisk frihed gennem sikring af frihedsrettigheder er imidlertid ikke tilstrækkeligt til at sikre den *menneskelige* frigørelse, der er central i den oprindelige humanisme og som også i vid udstrækning hyldes som et ideal i dag.

Idealet om menneskelig frigørelse eller blomstring er kernen i en humanistisk tradition eller et humanistisk perspektiv som har dybere rødder, end det borgerlige samfunds humanisme. Humanismen som et udviklingsperspektiv har rod i en kulturel og filosofisk bevægelse, der primært udfoldede sig i Italien i slutningen af det 14. århundrede.

Ordet humanisme er afledt af det latinske 'humanitas'. I sin daværende betydning betød det *uddannelse af mennesket som sådant*. Antikkens tænkning og kultur var den historiske inspiration og en væsentlig drivkraft i den italienske humanisme. Humanismen var en anvisning på at genoplive de dyder, der var blevet udfoldet og begrundet i den antikke kultur, men som delvis var blevet fortrængt gennem middelalderen.

Det udviklingsperspektiv, der er en del af denne oprindelige humanisme, har tre forskellige dimensioner: Digtning, retorik og historie er væsentlige kilder til menneskelig udvikling. Men hermed er humanismeperspektivet i dets oprindelige betydning slet ikke udtømt. Anvisningen om at vende tilbage til antikken var også en anvisning om at vende *tilbage til etikken og den politiske filosofi* – i særdeleshed som den var tænkt og udformet hos Aristoteles. Den italienske humanisme var kritisk over for Aristoteles' naturfilosofi, specielt som den var tolket og anvendt i middelalderen. Men Aristoteles' analyser af etik og politik, hans forståelse af staten og det civile samfund blev anset for væsentlige bestanddele for den humanistiske forståelse af mennesket. Her fremtræder klart en kontrast i forhold til vor aktuelle humanismeforståelse og dens individualisme. Den moderne humanismes rettighedsperspektiv og dens betoning af, at det er op til den enkelte at danne sit eget billede af det gode liv,

adskiller sig fundamentalt fra den aristoteliske etiks betoning af et fælleskulturelt perspektiv på det gode liv.

Den udviklingsorienterede humanisme har imidlertid en fjerde dimension, der også klart viser, hvor forskellig den er fra en aktuel humanismeforståelse. Vi tænker i vid udstrækning humanisme i modsætning til det tekniske og det naturvidenskabelige. Den tidlige italienske humanisme er imidlertid uløseligt forbundet med udviklingen af den moderne naturvidenskab (og omvendt en kritik af den naturforståelse inspireret af læsning af Aristoteles' metafysiske skrifter, som havde domineret gennem middelalderen).

Forholdet mellem det forstandsmæssige og det emotionelle, forholdet mellem det individuelle og det politiske (samfundsmæssige, livet i staten) og forholdet mellem menneske og natur er således væsentlige bestanddele af den udviklingsorienterede humanisme. Det særlige ved dette humanistiske perspektiv er, at disse kontraster ikke ses som modsætninger, som tvinger humanisten til at vælge side. Humanisten vælger ikke kunsten og poesien frem for det konkrete liv, den individuelle fordybelse på bekostning af politisk forståelse og virksomhed, noget åndeligt frem for det teknisk-naturvidenskabelige og engagement eller indfølelse metoder frem for naturvidenskabelig tænkning. Det er først i oplysningsfilosofien, at humanismens forsøg på at sammentænke de forskellige sider ved livet antastes eller problematiseres, som det bl.a. viser sig i konflikten mellem rationalistiske og romantiske strømninger.

Humanismen, som den forstås i det følgende, sætter det som sin opgave at vise, at kontrasterne ikke udelukker hinanden, men at de tværtimod udtrykker forhold, der gensidigt betinger hinanden. Som det vil fremgå af det følgende rummer den udviklingsorienterede humanisme indsigt og inspiration for et aktuelt humanistisk perspektiv på sundhed, sundhedssystemets praksis og sundhedsforskning.

Ikke-etnocentrisk humanisme – indsigten i og anerkendelsen af kulturelle forskelle

En ikke-etnocentrisk, udviklingsorienteret humanisme har ikke noget at indvende mod den ideologiske humanismes ideer om menneskers ligeværd og om den enkeltes ret til (og ansvar for) at udfolde sit eget liv. Men borgerrettighederne er ikke en tilstrækkelig sikring heraf. Mål og værdier er ikke bare noget der formuleres. Det er en del af en udviklingsopgave, som den udviklingsorienterede humanisme netop søger at tage på sig. Den ideologiske humanisme kan ikke løse opgaven med sit traditionelle svar, at samfundet blot skal give borgerne de kundskaber, den viden og information, som er nødvendig for, at de kan virkeliggøre deres personlige mål. Her forudsættes det netop, at målene bare foreligger og uden videre formes af den enkelte. Og man lukker

øjnene for, at de kundskaber, man vil give borgerne som midler til, at de kan virkeliggøre deres egne mål, faktisk kommer til at forme borgernes mål og værdier. Bag lovprisningen af den enkeltes ret til (og mulighed for) at udfolde sit eget liv kan der på denne måde udfolde sig et omfattende formynderi dækket af humanismens glasur.

Kulturhistorikeren Troels-Lund har beskrevet, hvordan den oprindelige humanisme (som her omtales som den udviklingsorienterede humanisme) i en periode deformedes og tog en form, der undergravede dens egne idealer. Humanismen ville åbne øjnene for den rige og omfattende antikke tradition. Men hvordan skulle dette vældige kundskabsstof formidles til nye generationer? »For Tiden, der fulgte efter Reformationen, faldt Menneskeheden« – skriver Troels-Lund – »i to skarpt adskilte Klasser: Opdragene og de der opdrages. Hine havde den Pligt at give, disse den Pligt at modtage Prygl. Dette svarede til selve Verdensforholdene. Thi hvad var Gud andet end den store Rektor, der gav Prygl, og Djævelen det bundfordærvede Væsen, der rev og bed mens han fik dem«.³

Humanismen bliver her netop ideologi, en legitimering af formynderi og magtudøvelse uden at den grundlæggende ide om menneskeligt ligeværd opgives. De fornemmes og riges børn var, ifølge Troels-Lund, ikke synderligt bedre stillede end de fattiges. Der var lighed eller retfærdighed i forhold til tyranniet.

Ifølge Troels-Lund lever denne deformede humanisme indtil den franske revolution, hvor dens opdragelsessyn tilbagevises af bl.a. Rousseaus tanker. Dette er imidlertid et for optimistisk billede af udviklingen. Formynderiets og tugtens former ændrede sig. Rettighedsperspektivet, der blev knæsat med de borgerlige revolutioner, omfattede som bekendt kun myndige borgere. Den magtudøvelse over for børn, som Troels-Lund beskriver, har kunnet leve videre langt ind i vort eget århundrede. Men selv de myndige borgere, hvis rettigheder er sikret i den borgerlige stat, har helt ind i vor egen tid under bestemte vilkår (f.eks. ved sygdom eller anden afhængighed af andres støtte) været ofre for formynderi og magtudøvelse retfærdiggjort gennem en humanistisk ideologi.

Moderne sundhedsfremmebestrebelse og de problemer, de er løbet ind i, er en udmærket illustration heraf. De har i en vis udstrækning været båret af det humanistiske oplysningsideal: Forestillingen om, at hvis borgerne fik den fornødne information (om sygdomsfremkaldende og sundhedsfremmende betingelser), så ville de som myndige fornuftsvæsener også tage denne viden til efterretning og indrette deres gøren og laden efter den. Hvad stiller man da op, hvis oplysningskampagner og information ikke har den ønskede effekt?

3. Troels Troels-Lund (1903): »Opdragelsens Udvikling gennem Tiderne«, i: Emma Gad (red.): *Vort Hjem*. Det Nordiske Forlag. København.

Der har udviklet sig en omfattende forskning på dette område, en forskning der skal belyse, hvorfor borgere (herunder patienter) ofte ikke handler ud fra de anvisninger, som eksperter giver. Man overvejer naturligvis ikke at prygle kundskaben ind i de formastelige, men man tænker i en vis udstrækning – i lyset af en ideologisk humanisme – på samme måde som de opdragere, der gennem århundreder har søgt at banke den nødvendige dannende kundskab ind i børn: Borgere ses som genstridige eller måske endda som uansvarlige, eller man forestiller sig, at de ville acceptere formaningerne, hvis de bare forstod dem til bunds. Med en sådan tankegang udelukker man fra starten, at den, der søges opdraget – hvis handlingsmønstre ønskes ændret – kunne have sit personlige perspektiv, sin kulturelle sammenhæng og dermed *sine grunde* til at afvise den kundskab eller de perspektiver, som han eller hun søges påført.

Humanismen som ideologi kan ikke overvinde modsætningene mellem opdragere og dem, der skal opdrages (eller i dag: modsætningen mellem eksperter og professionelle på den ene side og lægfolk på den anden side). Den postulerer – ved at appellere til den fælles menneskelighed – at der ikke består nogen modsætning. Anderledes med den udviklingsorienterede humanisme. Den forfalder ikke til etnocentrisme, til at ophøje normer for menneskelighed og fornuft, der er fremtrædende under afgrænsede kulturelle betingelser eller i en bestemt livsform til absolutte standarder på humanitet og fornuft.

Når den tidlige italienske humanisme fremhævede dramaet og poesien som vigtige dimensioner i et humanistisk perspektiv, var det ikke i konkurrence med naturvidenskabelig indsigt. Det var bl.a. for at udfylde en anden opgave end den, naturvidenskaben kunne og kan udfylde. Poesien, dramaet og historien har en afgørende betydning, fordi de gennem deres billedskabende kraft kan bibringe os forestillinger om andre måder at leve livet på end vor egen, forestillinger om alternative handlemønstre, forbilleder og værdier. Den tidlige humanismes betoning af betydningen af poesien, dramaet og historien viser, hvorledes denne humanisme i sig rummer muligheden for at overskride etnocentrisme og kulturel blindhed, hvorledes den netop gør *indsigten i forskelligheden* til en central bestanddel af sit perspektiv.

Forskning i forskelle

Kilderne til en udviklingsorienteret humanisme finder vi i den italienske humanisme. Det er længe før etablering af samfundsvidenskab og kulturvidenskab i moderne forstand. En videreførelse af denne humanistiske tradition i dag må forbinde sig med de kultur- og samfundsvidenskaber, der gør udforskningen af kulturelle forskelle til et centralt forskningstema. Dette er en væsentlig del af forklaringen på, at optagetheden af kulturelle forskelle kom til at

spille en central rolle i forskningsprojektet *Sundhed, Menneske og Kultur* og at det blev et gennemgående tema i den første nordiske conference om humanistisk sundhedsforskning.

Et humanistisk perspektiv, der overskrider etnocentrisme og ideologi ved at fokusere på kulturelle forskelligheder, er ikke blot et værn mod dem, der vil ophøje ekspertviden og praksis til bærere af den sande menneskelighed og fornuft. Det er i lige så høj grad værn mod den etnocentrisme, som vil søge det sandt menneskelige, de grundlæggende humane værdier hinsides ekspertkultur og videnskab: I det folkelige.

Netop i diskussionen om sundhed, om sundhedspraksis og sundhedsforskning har denne særlige etnocentrisme haft en vis gennemslagskraft. Eksperternes bio-medicinske perspektiv og en mere oprindelig 'folkelig' forståelse stilles op over for hinanden. Humanisten påtager sig den opgave at genetablere forståelsen af og respekten for det folkelige perspektiv.

Naturligvis er der ekspertmæssige begreber og begrundelsesformer om sygdom og sundhed, og naturligvis er der beskrivelser og redegørelser for sygdom og sundhed, som ikke støtter sig på videnskabelige metoder og procedurer. Men det vil være vildledende at give det udseende af, at disse to begrebsrammer, diskurser, kulturer eller hvad vi nu vil kalde det, udgør eller repræsenterer to separate virkelighedsområder, hvor det ene historiske eller udviklingsmæssigt går forud for det andet (at den folkelige forståelse er fortrængt eller på vej til at blive fortrængt af den ekspertmæssige), hvorefter humanismen kan tildeles den historiske opgave at føre os tilbage til det oprindelige. Der er tale om begrebsstruktur og praksisformer, der konkret i virkeligheden er uløseligt forbundne, som gensidigt betinger hinanden og som forandres og udvikles gennem dette forhold.

Praksisforskning – afvisning af moralismen

Den ideologiske humanisme bruges ikke længere til at legitimere vold og magtudøvelse, i hvert fald slet ikke i et omfang som tidligere. Den kommer imidlertid usvækket til udtryk i en særlig raffineret form for magtudøvelse: Moralisme. Den eller de, der ikke lever op til en ideologisk humanismes fordringer kritiseres for slaphed eller uansvarlighed. Psykiatriens historie efter den franske revolution opviser skræmmende eksempler på, at menneskelige lidelser og problemer er blevet udlagt som karaktersvagthed eller moralsk afstumpethed – alt sammen i lyset af tidsbundne og kulturelt forankrede normer for fornuft og menneskelighed. Mere aktuelle eksempler på det samme er omtalt ovenfor. Den udviklingsorienterede humanismes indsigt i og anerkendelse af forskelligheder er et element i afvisningen af moralismen.

Men det er ikke tilstrækkeligt til at løse den opdragelses- eller udviklingsopgave, som moralisme eller mere kontant magtudøvelse søgte at løse. Kærnen i den oprindelige udviklingsorienterede humanisme, at tilvejebringe betingelser for menneskets uddannelse som menneske, er ikke løst ved at henvise til, at der er forskellige livsformer, forskellige veje at betrede og at menneskeligheden har mange former.

I *Therapy of Desire; Theory and Practice in Hellenistic Ethics*⁴ belyser Martha Nussbaum nogle af humanismens kilder. Hun fremhæver bl.a., at den erkendelsesholdning, der kom til udtryk i antikkens medicin (som også omfatter hvad vi i dag vil kalde sundhedsfremme; se nærmere herom i Uffe Juul Jensen: »Sundhed og Retfærdighed« i denne bog) adskiller sig radikalt fra den udbredte forståelse af (natur-)videnskaben som en vej til at blotlægge verdens 'objektive' struktur helt uafhængig af vore begreber og vore perspektiver. Den praktiske viden, som medicinen – i den klassiske forståelse – giver os, udtrykker et helt andet erkendelsessyn. Ifølge Nussbaum er patientens forståelse og accept af den professionelles redegørelse og patientens accept af, at redegørelsen oplyser hendes situation et kriterium på, at redegørelsen er gyldig. Naturligvis under den forudsætning, at patienten har fået den nødvendige indformation og har fået redegørelsen præsenteret på en for hende forståelig måde.

At efterleve det humanistiske perspektiv vil altså bl.a. sige at involvere dem, hvis liv udforskes og søges ændret som aktive deltagere i forskningsprocessen. Filosofen, lægen eller forskeren kommer naturligvis til borgerne med en viden, med teorier og begreber, som de ikke selv er i besiddelse af. Men begreberne og teorierne er udviklet i en beskæftigelse med og refleksion over konkrete menneskelige livsforhold og problemer. Hvis begreberne rummer en viden, der er adækvat i forhold til de pågældende mennesker, så må den allerede være til stede om end uarticuleret, tavst, i ikke-videnskabelig form hos den eller de borgere, forskeren stiller sig til rådighed for; eller de vil anerkende den, tage den til sig, fordi den belyser og viser ud over modsigelser eller begrænsninger, som de oplever i deres liv.

Den oprindelige, udviklingsorienterede humanisme beforder således et forskningsideal, der er i radikal modstrid med nogle af de forestillinger om videnskab, som har domineret vor kultur siden oplysningsfilosofien og som fik ny næring og gennemslagskraft med positivismen. Det humanistiske forskningsideal, der tildeler den borger, hvis liv udforskes, en central plads i forskningsprocessen består ikke i forkyndelse af en eller anden særlig kvalitativ, humanistisk metode (i modsætning til naturvidenskabelige metoder). Denne særlige konflikt om modstridende metoder – kvantitative over for kvalitative, forklarende over for forstående – udkæmpes først i og efter oplysningsfilosofien. Af det foregående fremgår det imidlertid, at fremstillingen af en praktisk,

4. Princeton University Press. Princeton 1994.

humanistisk kundskabstilegnelse formes og vinder fodfæste længe før denne moderne metodeproblematik kommer på den filosofiske og videnskabelige dagsorden.

Når en hel sektion i denne bog er viet praksisforskning, kan dette ses som en del af en sammenhængende bestræbelse for at udfolde en udviklingsorienteret humanisme, men under samfundsmæssige og kulturelle vilkår, der er fundamentalt forskellige fra de vilkår, hvorunder den oprindelige europæiske humanisme blev udformet.

Der er ingen fælles forestillinger om et godt liv, ingen fælles, sammenhængende forståelse af, hvad der sikrer menneskelig blomstring. Der er ofte dybe kløfter mellem professionelle gruppers begreber om et godt liv og menneskelig blomstring, og forestillinger herom inden for de livsformer, hvoraf det moderne samfund er bygget op.

Praksisforskning, der vil udforske livsforhold sammen med grupper af borgere med henblik på at ændre disses forhold og give borgerne nye udfoldelsesmuligheder, står derfor over store problemer. Hvordan kan man undgå, at det erklærede mål om at sikre udvikling gennem borgerens egen deltagelse i virkeligheden ikke bliver et dække over nye former for formynderi og magtudøvelse. Man kan ikke tegne nogen filosofisk eller moralsk forsikring herimod, ligegyldigt hvor meget man så end bekender sig til en udviklingsorienteret humanisme. Opgaven er konkret og omfattende: At ændre og udvikle professionelles måde at udøve deres professionelle virksomhed på og at skabe nye institutionelle rammer for denne virksomhed. Det er perspektivet i praksisforskningen (forstået som forskning i praksis med henblik på ændring af den professionelle praksis).

Den ideologiske humanisme og velfærdsstatens krise

I de senere år er den ideologiske humanisme især kommet til udtryk i kritikken af velfærdsstaten. De professionelle og de institutioner, inden for hvilke de udøver deres virksomhed, kritiseres for formynderi og ekspertvælde. Velfærdsstaten kritiseres bl.a. for at undergrave den individuelle ansvarlighed ved at søge at løse opgaver, som det tidligere var overladt til den enkelte og til familierne at varetage. Den kritiseres for at tilstræbe en lighed, som i virkeligheden strider mod de humanistiske idealer, som har været med til at forme det borgerlige samfunds liberale demokratier: Menneskelig selvbestemmelse, borgerens ret men også pligt til at udforme sit eget liv og lægge sine egne livsplaner etc.

I kølvandet på denne kritik er en lang række politiske og ideologiske programmer blevet fremlagt og – med større eller mindre held – søgt realiseret i en række vestlige lande: Programmer for 'modernisering' af den offentlige

sektor ved styrkelse af den enkelte borgers ansvarlighed, delvis brugerbetaling etc. *Statens* intervention i borgerens liv (i uddannelsessystemer, sundhedssystemer, social- og omsorgssystemer) er af kritikere blevet fremstillet som systematisk underminering af humanismens idealer om *menneskelig selvforvaltning*.

Ideologisk humanisme er som anden ideologi udtryk for historisk snæversyn eller glemsel. De europæiske velfærdsstater har udviklet deres stadig mere omfattende system af institutioner (delvis kompensation for tab af indtægt ved arbejdsløshed, sikring af et grundlæggende uddannelsesniveau, sygdomsbehandling etc.) som en del af bestræbelser for at sikre nationerens selvstændighed og overlevelsessevne. Det er – som det bl.a. belyses i Hegels samfunds- og historiefilosofi – en vigtig bestanddel af disse bestræbelser at bibringe borgerne en *selvbevidsthed som borgere* i staten. Gennem et system af samfundsmæssige institutioner, som gennemtrænger civilsamfundet sikres rettigheder for alle nationens borgere.

De statslige institutioner og de professionelles virksomhed er i dette perspektiv ikke i modsætning til eller en direkte trussel mod den enkelte borger som bærer af frihedsrettigheder. Tværtimod: Staten er en forudsætning for borgerens eksistens, som et individ der kan udfolde sit eget liv. Borgeren som frit individ er ikke et naturprodukt, men en samfundsmæssig og politisk skabning.

Denne tanke, der altså kan ses som grundlæggende for den moderne velfærdsstat, som blev grundlagt i sidste århundrede, er helt i overensstemmelse med den udviklingsorienterede humanismes genoplivning af Aristoteles' etik og politiske filosofi og dens påpegning af, at studiet af det civile samfund og staten udgør en væsentlig dimension ved humanistisk tænkning og forskning.

Velfærdsstaten, dens aktuelle problemer og udviklingsmuligheder er derfor en naturlig del af en sundhedsforskning i et humanistisk udviklingsperspektiv: Hvorledes kan eksistensen af en række forskellige livsformer, forskelligheden i personlige livsplaner og forskellige subjektive præferencer blive tilgodeset inden for rammerne af velfærdsstaten? Hvorledes kan det sikres, at alle får del i en velfærd, som må skønnes nødvendig for at kunne udfolde sit eget personlige liv?

Siden slutningen af 70-erne, da Thatcher overtog regeringsmagten i England, har en række neo-liberale kritikere hævdet, at kun indførelsen af former for markedsregulering i den offentlige sektor suppleret med en privatsektor for serviceydelser ville kunne sikre respekten for forskellighederne i borgerens ønsker og forventninger.

Denne problematik behandles i sektionen om velfærdsstaten. Her diskuteres også en række andre diagnoser på velfærdsstatens krise og forsøg på at finde veje til overvindelse heraf (bl.a. gennem forskellige former for demokratisering og gennem professionelles ansvarlige deltagelse i formulering af mål for sundhedssektoren).

En udviklingsorienteret humanisme udpeger, således som der er redegjort for ovenfor, og som der også fokuseredes på på den 1. nordiske konference om *Sundhed, Menneske og Kultur*, tre forskellige forskningsfelter for en humanistisk sundhedsforskning: a) Forskellige livsformer og forskelle i sundhedsstrategier og i begreber om sundhed; b) forskellige former for professionel praksis og muligheder for forandring af professionel praksis, og c) sundhedssystemet i velfærdsstaten og mulighederne for at ændre velfærdsstaten, så den i højere grad er følsom over for forskellene i befolkningen.

Men forsyner den udviklingsorienterede humanisme os også med *en særlig metode* til udforskning af de afgrænsede forskningsfelter? Er det, der betegnes som humanistisk sundhedsforskning, kendetegnet ved brugen af særlige humanistiske metoder, ved en særlig slags teorier eller ved en særlig begrebsanvendelse?

I lyset af dette århundredes omfattende diskussion om forholdet mellem naturvidenskab og humanistisk videnskab vil mange være tilbøjelige til at pege på *særlige metoder* som det kendetegnende ved humanistisk forskning.

Humanistisk sundhedsforskning har udviklet sig som tværvidenskabelig indsats mellem forskere fra forskellige humanistiske discipliner (eller tværvidenskabelig indsats under humanistiske forskeres ledelse) i et forsøg på at udforme et alternativ til eller supplement til den bestående sundhedsforskning. Denne har som bekendt primært været medicinsk orienteret. Men er det muligt nærmere at karakterisere metodemæssige forskelle mellem traditionel sundhedsforskning og humanistisk sundhedsforskning?

Ofte henvises der til kvalitative metoder, som det særlige for humanvidenskaberne. Eksempler på angiveligt kvalitative metoder anføres og illustreres (f.eks. hermeneutiske, fænomenologiske, strukturalistiske eller semiotiske metoder). Der er her tale om perspektiver og fremgangsmåder forankret i bestemte filosofiske traditioner og ofte traditioner med meget forskelligartet indhold. Når de alligevel – på trods af ofte store indbyrdes filosofiske forskelle – kædes sammen og præsenteres som særligt humanistiske, er det i kontrast til naturvidenskabens eksperimentelle og kvantitative metoder. Begrebet 'humanistisk metode' får således sit særlige indhold gennem sin modpol eller 'fjende': Den særlige naturvidenskabelige metode.

Der er store problemer ved disse forsøg på at karakterisere 'humanistisk metode'. Meget ofte svækkes de af en overfladisk forståelse af, hvad der kendetegner metode i naturvidenskab. Naturvidenskabens metode omtales undertiden som forklarende; den humanistiske metode bestemmes i modsætning hertil da som forstående. Eller den naturvidenskabelige metode kaldes kvantitativ, den humanistiske i kontrast hertil kvalitativ. Disse forskellige bestemmelser kan alle have have noget på sig. Men de svækkes af, at den 'naturvidenskabelige metode', som humanistisk metode søges defineret i modsætning til, ofte er udtryk for *et bestemt billede* af naturvidenskabens eller

bestemte krav til naturvidenskabens, som er formuleret af filosoffer uden for selve den naturvidenskabelige arbejdsproces. Det mest velkendte eksempel herpå er positivismens særlige tolkning af eller krav til naturvidenskabens (f.eks. kravet om at videnskabelige begreber må kunne føres tilbage til observerbare data og kravet om brugen af bestemte statistiske metoder til organisering af data).

Her er der tale om et bestemt billede af naturvidenskabens, et billede der er udformet på grundlag af afgrænsede dele af naturvidenskabens. Det er en forestilling om naturvidenskab, der fuldstændigt negligerer den særlige teoretiske karakter ved megen naturvidenskab. Det afskærer os fra at se og forstå de centrale dele af naturvidenskabelig erkendelse, der består i *etablering af nye begreber og etablering af forbindelser mellem begreber*. Få vil f.eks. benægte, at evolutionsbiologien er en del af naturvidenskabens, og ingen kan med rette benægte, at Darwins teori om selektion og variation til forståelse af biologisk udvikling er central i udviklingsbiologien. Men Darwins teori er i en bestemt forstand et klart eksempel på kvalitativ forskning. Han kæder særlige begreber (variation og selektion) sammen med bestemte videnskabelige formål for øje.

Risikoen ved at definere humanistisk forskning som kvalitativ modsat kvantitativ forskning er med andre ord, at det humanistiske defineres i forhold til ideologiske forestillinger om naturvidenskabens og dermed selv løber risikoen for at blive ideologi, dvs. baseret på forudfattede og værdiladede forestillinger uden baggrund i den faktiske forskningssituation og dens problemer.

Usikkerheden om, hvad der kendetegner humanistisk metode og et humanistisk forskningsperspektiv, har vist sig tydeligt gennem de sidste 20-30 år, dvs. netop i den periode, hvor der har været stærke krav om en humanistisk indsats på en række områder (bl.a. sundhedsforskningens område). Humaniora markerede sig i kritikken af den dominerende teknisk-naturvidenskabelige forskning og den stadige forskningsmæssige specialisering ikke ved at præsentere et klart formuleret metodealternativ, men derimod med argumenter for tværvidenskabelighed og tværfagligt samarbejde.

Det runde bord og humanismen

I slutningen af 60-erne og begyndelsen af 70-erne oplevede forskningsverdenen og uddannelsesverdenen de første gennemgribende forsøg på at udvikle alternativer til den stadigt mere specialiserede, primært naturvidenskabeligt dominerede forskning. Tværvidenskabelighed og tværfagligt samarbejde blev næsten slagord. Humanistiske studerende og yngre humanistiske forskere spillede en afgørende rolle i aktiviteterne for tværvidenskabelighed. Når vi i dag ser tilbage på denne situation, står det klart, at det ikke var én bestemt humanistisk metode eller et bestemt humanistisk værdisæt, som blev lanceret. En

mængde af hver for sig mere eller mindre specielle teoridannelser blev præsenteret under tværvideenskabelighedens banner: Psykoanalytiske teorier, kapitallogik, semiotik, strukturalisme og meget andet.

Der var i vid udstrækning tale om metateorier og filosofiske udlægninger af bestemte teorier (psykologiske, økonomiske eller sprogvidenskabelige). I usikkerhed om, hvad en humanistisk tværvideenskabelighed egentlig bestod i, satte man sin lid til filosoffer eller – hyppigere – filosoferende repræsentanter for det ene eller andet humanistiske speciale.

Den franske filosof og videnskabsteoretiker Louis Althusser ironiserede allerede i starten af 70-ernes over den opfattelse, at filosofferne skulle være eksperter i tværvideenskabelighed. For Althusser kunne *de* i hvert fald ikke blive redningsmænd for en humanistisk videnskab, der var i vildrede med, hvad den egentlig skulle beskæftige sig med. Althusser forholdt sig særdeles kritisk til filosofiens rolle i forhold til videnskaben. Oftest kommer filosofferne – ifølge Althusser – fra deres egen selvstændigt definerede position uden for praksis. De kommer og vil optræde som dommere for videnskaben, afstikke retningslinier og fremgangsmåder, men uden tilstrækkelig indsigt i og følsomhed for de særlige begrebmæssige problemer, en videnskab står i, når man søger at bane nye veje.

Althusser skarpe ironi er imidlertid ikke kun rettet mod filosofferne, når de påtager sig rollen som videnskabens redningsmænd. Den er også rettet mod tvivlrådige forskere, der mister hovedet i videnskabelige opbrudstider. Specielt inden for de humanistiske videnskaber – fremhæver Althusser – har der udviklet sig en praksis, hvor man uophørligt låner begreber, metoder, fremstillingsmåder og fremgangsmåder fra hinanden eller fra videnskabelige discipliner, der ligger uden for humaniora. Og hvis man ikke kan låne, inviterer man »sine naboer, til højre og venstre for ikke at glemme nogen, man kan jo aldrig vide. Når man inviterer alle for ikke at glemme nogen, betyder det, at man ikke ved, hvor man skal bevæge sig hen«. Troen eller forhåbningen bag denne rundbordsideologi er – ifølge Althusser – at når man er uvidende om noget, som alle er uvidende om, er det tilstrækkeligt at samle alle de uvidende: Videnskaben vil fremstå af de uvidendes forsamling.⁵

Rundbordsideologien og humanistisk sundhedsforskning

Rammer den althusseriske ironi ikke også humanistisk sundhedsforskning? Det humanistiske perspektiv kan bidrage til at udpege og afgrænse forskningsområder: Forskelle i befolkningen; kulturelle forskelle af betydning for forståelse

5. Louis Althusser (1974): *Filosofi, ideologi og videnskab* (oversat fra fransk af Esbern Krause-Jensen) Rhodos. København.

af sundhed og sundhedsfremme; udvikling af professionel praksis; udvikling af sundhedssystemet i velfærdsstaten. Ingen vil stille sig op og sige: Her er den humanistiske metode, der virkelig vil bringe os afgørende frem i forståelse af de problemer, der møder os på disse områder. Det er komplicerede spørgsmål, som ingen på forhånd synes at have den store indsigt i. Så inviteres alle de uvidende til at sidde om det runde bord.

Men sundhedsforskningen er ikke henvist til det runde bord. Der er en vej mellem den enkelte specialiserede videnskabs snæverhed og rundbordsideologiens vilkårlighed. Det er en vej, der er beskrevet af videnskabsteoretikere (bl.a. i den franske videnskabsteoretiske tradition), som har udforsket konkrete udviklingslinier i videnskaben, specielt etablering af nye videnskabelige begreber og begrebsrammer: Videnskabeligt arbejde er karakteriseret ved, at det er en behandling af en særlig slags genstande; videnskabens genstande er ikke noget, der foreligger konkret og direkte for os; tyngdepunkter; DNA; sygdomsenheder; behov eller livsformer er vidt forskellige eksempler på videnskabelige objekter. Men de er alle karakteriseret ved, at de ikke er noget empirisk foreliggende som en sten på vejen. De bestemmes og afgrænses inden for bestemte teoretiske rammer eller under bestemte eksperimentelle forudsætninger.

Udviklingen af en humanistisk sundhedsforskning eller et humanistisk perspektiv på sundhedsforskning beror således også på etableringen af begreber og begrebsrammer og dermed særlige videnskabelige genstande eller objekter.

Forskellen mellem humanistisk sundhedsforskning og medicinsk forskning er derfor ikke, at medicinen betjener sig af begreber (som f.eks. 'disease' eller 'sygdomsenhed') medens sundhedsforskningen omhandler noget, vi direkte oplever i forbindelse med sygdom og sundhed (de særlige 'menneskelige aspekter'). Den humanistiske sundhedsforskning betjener sig af andre begreber end medicinen eller af begreber, som viser begrænsninger ved og fjører noget til disse. Den humanistiske sundhedsforskning etablerer nye objekter eller genstande for sundhedsforskningen.⁶

Nye begreber og ny viden etableres ved at forskellige humanistiske begreber og teorirammer bringes i anvendelse for at overvinde nogle af de begrænsninger, der lokaliseres i de medicinske begreber.

Medicinen har bl.a. udviklet et omfattende system af begreber, som afgrænser og karakteriserer forskellige sygdomstyper eller sygdomsenheder ('diseases'). Men patienter med samme 'disease' har det ofte forskelligt med deres sygdom. Sygdommen udvikler sig forskelligt og behandleren møder problemer, hvis han eller hun blot behandler alle med 'samme sygdom' på samme måde.

6. I bogen *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis* (red.: Uffe Juul Jensen & Peter Fuur Andersen, Philosophia, Århus 1994) er der en række bidrag til afgrænsning og bestemmelse af den videnskabelige genstand for humanistisk sundhedsforskning.

Et humanistisk forskningsperspektiv på sygdom og beslægtede menneskelige problemer består ikke blot i at lade patienten komme til orde, at respektere patienternes egne oplevelser og fortællinger om deres problemer og situation. Forskeren må inddrage dette, men er som forsker ikke bare en person, der videregiver det personlige eller subjektive, som er fraværende i medicinens 'objektive' redegørelser. Hvis den humanistiske indsats kun bestod heri, så ville den ikke udgøre noget *forskningsperspektiv*, men alene betegne en særlig åbenhed og respekt, en etisk holdning snarere end en videnskabelig nydannelse.

I forskningssammenhænge og i bredere diskussioner har mange fremhævet betydningen af at supplere medicinens 'disease'-perspektiv med et 'illness'-perspektiv. 'Illness' oversættes sommetider med 'sygdomsoplevelse', men burde snarere oversættes med 'lidelse'. Men 'illness' bør da ikke blot forstås som det patienten direkte oplever selv, når han eller hun er ramt af en bestemt sygdom ('disease'). Lidelsen ('illness') er ikke bare noget *indre*, der direkte viser sig for den enkelte og som vi ville få tilstrækkeligt indblik i, hvis vi bare skrællede alle videnskabelige begreber af og lod fænomenet komme til orde. Lidelsen er noget konkret og offentligt; det er forløb i menneskers liv. At begribe og redegøre for sådanne forløb kræver også udvikling af videnskabelige begreber. Det er herigennem, at lidelsen bliver et videnskabeligt objekt.

Når vi skal forstå, hvorfor sygdomsforløbet eller lidelsen kan være forskelligartet hos forskellige mennesker med samme diagnose (samme 'disease'), inddrager vi f.eks. begreber fra etnologien (etnologiens begreber om livsformer), vi inddrager begreber fra socialpsykologien og begreber fra de videnskaber, der beskæftiger sig med fortællingers struktur (narratologien). Udforskningen af lidelsen eller sygdomsforløbet bliver her en del af en mere omfattende humanistisk forskning i livsforløb og livsformer, i de forskellige positioner mennesker kan indtage i forhold til hinanden, i menneskers måde at reflektere over og fortælle om deres liv.⁷

Den humanistiske sundhedsforskning indvarsler et brud med begreber og perspektiver, der er centrale i bio-medicinsk forskning. Betingelserne for et sådant brud skabes gennem videnskabelig udforskning af grænserne for begreber, der er i anvendelse (inden for medicin, velfærdsforskning eller på andre områder).

Den forskning og de resultater, som behandles i denne bogs forskellige bidrag, er led i en humanistisk forskningsproces, som er i sin vorden; i en proces som ikke tager udgangspunkter i bestemte metodemæssige postulater, men som gennem en række konkrete projekter baseret på videnskabelige

begreber og metoder fra forskellige humanistiske (eller andre) videnskaber skridtvis arbejder sig frem mod afgrænsningen af den humanistiske sundhedsforskning *særlige begreber, teorier og objekter*.

7. Jeg har mere udførligt redegjort for disse forhold i min artikel »Humanistisk sundhedsforskning. Videnskabsteoretiske perspektiver«, i: Pia Ramhøj & Inga Marie Lunde (red.): *Humanistisk sundhedsforskning*. Akademisk Forlag. København 1995.

KULTURELLE FORSKELLE OG DERES
BETYDNING FOR SUNDHED
OG SUNDHEDSFREMME

Indledning

– liv og sundhed

v. Thomas Højrup

Pointen i de indlæg vi vil præsentere i det følgende er kort fortalt, at heller *ikke inden for sundhedsområdet er det uskyldigt at tilrettelægge ydelser til befolkningen og at ville ændre dens vaner, fordi befolkningens liv har forskellige og modsatte former.*

Hele humlen i det kulturelle perspektiv på sundheden er, at intet synspunkt på, hvad et sundt og godt liv er, kan være uafhængigt af de modsatte former for liv, der kæmper for en anerkendt plads i samfundet. *Der er ingen privilegeret standard uden for samfundets kulturer, hvorfra neutrale domme om sundhed kan afsiges.* Ikke desto mindre er det meget almindeligt at begrunde sin egen mening om sundheden med, at netop den hviler på, at det nu endelig er lykkedes at finde en sådan standard, der fylder ens argumentation med objektivitet og sandhed. Dette træk finder vi også i de sundhedsprofessionelle myndigheders virke for folkesundheden.

Forskning og udviklingsarbejde på sundhedsområdet er med andre ord involveret i en konkurrence imellem mange parter om at sætte dagsordenen for det sundhedsfremmende virke. Også sundhedsområdet udvider sig i kraft af en vedvarende kamp om at definere sundhedsbegreber og om at få anerkendt de dertil svarende former for sundhedsfremmende praksis.

Praktikere af alle slags modtager derfor en strid strøm af forskelligartede og modsatrettede formaninger, instrukser og informationer om sundhedsfremme. Også velmente råd om, hvordan man selv skal sortere imellem alle disse oplysninger for at vælge de rette, kæmpes der om at forsyne folk med.

Som vi senere vil belyse, er sundhedsområdet karakteristisk ved, at det er svært at nå frem til en entydig bestemmelse af selve emnet. Det er aldrig lykkedes at etablere en videnskab, der gav os et entydigt objekt at arbejde med. Det kan skyldes, at *sundhedsproblematikken dybest set har to grundkilder.* Det indebærer, at der er to forskellige områder, hvorfra denne problematik henter sine fundamentale spørgsmål og grundbegreber. Derfor skal vi heller ikke forvente at finde entydige begreber angående menneskelig sundhed. Sundhedsproblematikkens bestemmelser er sammensat af træk, der har forskelligt udgangspunkt.

Sundhed handler om det hele og uskadte liv. Men det menneskelige liv er karakteristisk ved ikke kun at være et biologisk liv. Udover det *biologiske liv* er menneskelivet også et *kulturelt liv*. Det biologiske stofskifte og den tvekönnede reproduktion er udover sin *zoologiske livsform* formgivet af samfundslivets *kulturelle livsformer*.

Mens den ene af disse kilder til sundhedsproblematikken således er *ens* for alle mennesker, så er den anden *forskellig*. Organismens fødsel, blomstring og forfald er fælles for os alle. Livscyklens er et fælles vilkår, og dens helse vedkommer i den forstand os alle. Den yderligere strukturering af stofskiftet, der finder sted i samfundslivets anerkendelseskamp, subjektivitet, bevidsthedsformer og produktionsmåder giver os derimod forskellige kulturelle livsformer. Gennem kulturhistorien og i vor egen samtid formgiver disse livsformer den organiske livscyklus på måder, som gør vidt forskellige fysiologiske evner og egenskaber relevante og nødvendige for at kunne gennemføre et godt og sundt liv. At abstrahere de kulturelle livsformer bort fra menneskelivet gør det derfor umuligt at tale fornuftigt om sundhed forstået som noget, der har betydning for, om vi lever et godt liv. Selv de tilsyneladende rene biologiske problemstillinger, vi definerer os, når vi arbejder for sundheden, er betinget af, hvilke krav til fysik og funktionsevner samfundets livsformer stiller. Vor kulturelle praksis betinger med andre ord den biologi, vi finder relevant for vor sundhed.

Selvom den biologiske kilde og den kulturelle kilde til sundhedsproblematikken således har principielt forskellige rødder, så forudsætter de også hinanden, hvis vi skal tale meningsfyldt om *sundhed* og kunne bedrive en sundhedsfremme, der virker for de mennesker, det drejer sig om. Begrebet *humanistisk sundhedsforskning* kan anskues som et redskab til at råbe vagt i gevær og minde os om denne kendsgerning i en tid, hvor forskningen ellers truer med at glemme den.

Den sammensathed, det er nødvendigt at arbejde med på sundhedsområdet, giver anledning til mange forviklinger, misforståelser og flertydige begreber. I praksis udfolder disse sig på forskellige måder som konflikter, uenigheder og samarbejdsvanskeligheder imellem de involverede parter: Det kan være imellem forskere og andre sundhedsprofessionelle, der tillægger problematikken biologiske og kulturelle rødder forskellig betydning – evt. forsøger at negligere henholdsvis den ene og den anden i den videnskabelige eller faglige specialiserings navn. I Lene Ottos analyse skal man lægge mærke til, at de forskellige sundhedsbegreber, hvis fortalere og praktikere kæmper om at sætte dagsordenen på sundhedsområdet, ikke bare står i modsætning til hinanden, men også frembringer hinanden, således at de alle må betragtes som aspekter der supplerer hinanden i den moderne sundhedsdiskurs. Man narrer med andre ord sig selv, hvis man tror, at de sundhedsbegreber, de andre har, er uafhængige af ens egne og bare kan fjernes.

Det kan også være imellem sundhedsprofessionelle, der tænker en sundhedsfare i biokemiske termer, og befolkningen, der til hverdag tænker de samme ingredienser i stofskiftet som madvarer eller nydelsesmidler. Det der i folks hverdagsbegreber har form af f.eks. et velsmagende måltid – er blot substans for de professionelle. Til gengæld er det, de sundhedsprofessionelles formbegreber handler om – næringsstoffer og skadelige stoffer – for andre folk

blot den substans, hvoraf de laver, spiser og tænker på former for gode råvarer – friske grøntsager, mørt kød, krydret tobak – og dejlig mad. I Lisbeth Haastrops analyse skal man lægge mærke til, hvilke konflikter det skaber, når myndighederne er opmærksomme på dette skisma og forsøger at overvinde det ved at tale til folk om 'sovs', selvom det i levnedsmiddeleksperternes egen begrebsverden handler om 'fedt' og 'stegemutagener'.

Endelig er der hele den diskrepans imellem forskellige sundheds-, sygdoms- og lidelsesbegreber, der hidrører fra, at de forskellige livsformers praksis gør brug af vidt forskellige sider af den menneskelige organismes evner og derfor definerer menneskets behov ligeså forskelligt. Af samme grund rammes de tilsvarende forskelligt af livscyklens typiske funktionssvigt og helbredslidelser. Men fordi livsformerne bruger organismen forskelligt, betinger deres praksis også dens vækstforløb, således at dette udvikler forskellige former for fysisk og mental styrke. Ligesom livsformerne former og skåner organismen og bevidstheden forskelligt, så udsætter de også krop og sjæl for helt forskellige nydelser, belastningsformer og lidelser.

I Karen Munks analyse skal man lægge mærke til, at livsformerne kontrasterer hinanden strukturelt og giver anledning til uoverensstemmelser og modstridende forventninger til forebyggelse, diagnose og behandling. Men også de vilkår for at realisere bestemte livsformstræk, menneskene møder, er forskellige. Folk der bærer de samme livsformstræk, udvikler forskellige livshistorier, fordi de møder og mestrer vidt forskellige vilkår for at realisere deres livsform. Endelig, og det er ikke det mindst vigtige, er det enkelte menneske ofte bærer af forskellige livsformstræk, hvis sammensætning og modsætninger præger dets liv og tankegang. Man skal med andre ord ikke tro, at alle folk lader sig klassificere i rene livsformskategorier. Det givtige er tværtimod ofte at kunne forstå, hvorledes den enkeltes liv er sammensat af svært forenelige træk fra forskellige livsformer.

Da virkeligheden på sundhedsområdet er så sammensat som her skitseret, kunne man spørge sig selv, om ikke de kulturbegreber, der skal til for at kunne beskrive den, også må være flertydige. Men svaret er nej, og det er væsentligt for at kunne gøre brug af analysemåden og dens resultater, at forstå hvorfor svaret er nej.

Det turde i sig selv være indlysende, at man kun kan bestemme de komponenter, en sammensat helhed består af, ved at kende disse komponenters rene former. Men når det ikke bare er 'subkulturer' eller 'værdinormer', vi her beskæftiger os med som de rene former, skyldes det behovet for at kunne begribe de kulturelle træk i samfundslivet, som *ikke* udviskes eller flyder sammen af interaktion og holdningspåvirkning. Subkulturer er dybest set variationer af en enhedskultur og værdinormer er egentlig udtryk for forskellige *vægtninger* af en fælles begrebsverden, dvs. kvantitative forskelle, som flyder sammen, hvis de forbindes med hinanden af social interaktion. Disse begreber er

med andre ord ikke tilstrækkelig hensigtsmæssige til at kortlægge kulturelle træk, der *kontrasterer* hinanden og *vedbliver* med det, selvom de flettes ind imellem hinanden og sameksisterer i samfundslivet.

Livsformsbegreber er struktureret som cyklisk selvreproducerende former for praksis, der hver især indebærer deres egen begrebsverden og stiller specielle krav til det omgivende samfund for at kunne overleve som en mulig eksistensmåde i samfundet. De livsformer, vi her arbejder med, skal med andre ord betragtes som teoretiske analyseredskaber, der er bygget op som selvbestemmende begrebsstrukturer. Det, vi bruger dem til, er at kende et antal indbyrdes principielt forskellige, rene former – dvs. ideologibærende eksistensmåder – ved hjælp af hvilke vi kan bidrage til at forstå de måder, hvorpå folk tænker, føler og indretter deres liv.¹

Livsformsanalysen er bevidst søgt udviklet, så den i videst muligt omfang belyser de forskelle i befolkningens liv, der er uafhængige af det offentlige behandlingssystem. De fleste af de differentieringer af patienter, klienter, elever, brugere osv. der anvendes af det offentlige, er mere et spejl af det offentliges egen praksis end af befolkningsgruppernes eget liv, fordi de differentierer folk ud fra normer for, hvem der er berettiget til hvilke ydelser. Det betyder, at alder og civilstand samt de kategorier, der hidrører fra den sociale, psykologiske og medicinske diagnosticering, danner grundlag for de professionelle billedes af den sociale differentiering i befolkningen. Bistandsmodtagere med alkoholproblemer, mandlige pensionister med hoftebensbrud, hjemmeboende skoleelever med anoreksi og tilsvarende kategorier afspejler i første række den offentlige praksis, hvis ydelser følger bestemte diagnoser og rettighedsnormer. Hvis man vil forstå, hvorledes brugerne forstår denne praksis og deres egne problemer uafhængigt af de tankegange, der bærer det offentliges centrisme, så er det nødvendigt at arbejde med kulturbegreber, der er konstrueret med udgangspunkt i andre sociale strukturer end f.eks. sundhedssystemets. Det er en grund til, at livsformsbegreberne tager deres udgangspunkt i samfundets produktionsmåder og ikke i normerne fra en specifik offentlig praksis.

Kulturanalysens pointe er, at de kulturelle livsformer forsyner alle mennesker med en stor del af de hverdagsbegreber, hvormed vi tænker og føler vort eget liv og andres. De udstyrer os derfor med en *livsformscentrisme*, der gør det yderst vanskeligt at begribe og forstå de måder, hvorpå der tænkes og føles i

andre livsformer, fordi vi ikke har de samme begreber som dem. Hensigten med de teoretiske livsformsbegreber er derfor at skabe redskaber til at forstå andre mennesker og deres problemer på trods af livsformscentrismen – og at gøre det ved at lære både den herskende centrisme og de andre livsformers begrebsverdener at kende.

At en livsform er et teoretisk begreb betyder som sagt også, at man ikke altid skal forvente, at et menneskes liv og selvbevidsthed er identisk med et eneste livsformsbegreb. Livsformsbegreberne er tværtimod redskaber til at udforske sammensætheden i folks liv, modsætningerne og dilemmaerne, for at blive bedre i stand til at forstå de konsekvenser, disse har for folks sundhed, problemformulering og mestring af problemerne.

I livsformsperspektivet ligger den antagelse, at man må klare de problemer og uoverensstemmelser, livsformscentrismen skaber, ved at lære livsformerne at kende, ikke ved at udrydde dem. Det er kun ved at erkende, at 'det gode liv' kan betyde noget forskelligt, og ved at tage hensyn til denne kendsgerning, at man kan skabe nye resultater på sundhedsområdet.

1. Livsformsanalysen er præsenteret i bl.a. Thomas Højrup (1989): *Det glemte folk. Livsformer og centraldirigering*. Statens Byggeforskningsinstitut. København; Lone Rahbek Christensen (1989): *Hver vore veje. Livsformer, familietyper og kvindeliv*. Etnologisk Forum/Museum Tusculanum. København; Thomas Højrup (1989): *Lønkapital under Folkestyre. ØD-planernes strukturfejl og deres ophævelse*. Rosinante/Museum Tusculanum. København; Thomas Højrup & Lone Rahbek Christensen (1989): »Strukturel livsformsanalyse«, i *Nord Nytt* 37, Nefa-Norden; samt Thomas Højrup: »Kulturanalyse og samfundsanalyse«, i *Nord Nytt* 37, Nefa-Norden.

andre hensyn frem for helbredshensynet. Valget er patientens, og lægen skal blot give patienten dette valg og med rimelige midler kæmpe for én eneste værdi, patientens helbred. Et eventuelt svært valg mellem værdier hører ikke hjemme på lægens bord.

Der er god grund til at mene, at dette er alt for simpelt. Er fortidens velmenende formynder med det fulde ansvar blot blevet afløst af den respektfulde rådgiver med det strengt begrænsede ansvar? Meget tyder på, at det nye ideal for læge-patientforholdet snarere handler om fælles klinisk beslutningstagen, hvor lægen står tilbage med et stort medansvar for det endelige valg mellem værdier. Ofte skal der vælges mellem flere meget forskellige behandlingsalternativer, herunder behandlingsundladelse, med vidt forskellige indvirkninger på patientens evne til at forfølge sine livsværdier. Helt afhængig af den enkelte patients livssituation kan den samme behandling føre til vidt forskellige resultater, sådan at det snævre begreb om helbred helt fortoner sig. Og ofte er det, som læge og patient i fællig kæmper for, så langt fra et snævert helbredsmål som en rimelig fortsættelse under nye vilkår eller en værdig afrunding af patientens levede liv. Ingen af de to parter véd til at begynde med bedst, hvad der er bedst, og sammen må de prøve sig frem som bedst de kan. Den tidligere tids formynder fejlede ikke så meget ved mangel på respekt for patientens status af person som ved mangel på erkendelse af sit virkes forhold til menneskers levede liv. Og hans afløser i den nye tid er næppe så meget drevet af simpel respekt for personer som af ydmyghed over for sin opgave at bistå mennesker i kval til at træffe svære valg mellem værdier. Her skal lægen udnytte sin faglighed til det yderste – ikke for at tilbyde alt, hvad der er fagligt muligt, men for at finde frem til, hvad der menneskeligt set har mening.

Når den sundhedsprofessionelle således ikke kan melde hus forbi i de mange svære valg sammen med enkeltpatienter, er det rimeligt at slå på, at sundhedsprofessionerne må finde måder til på lignende vis at indgå ligeværdigt og medansvarligt i de svære valg på de overordnede niveauer. De skal være med til at forme de sociale værdier og opstille realistiske mål, ud fra hvilke der kan prioriteres.

Sundhed og retfærdighed

– har vi et værdigrundlag for prioritering i sundhedssystemet?¹

Uffe Juul Jensen

Den politiske og teoretiske diskussion om prioritering i sundhedsvæsenet er af forholdsvis ny dato. I begyndelsen af 80-erne tog diskussionen fart. Den har udfoldet sig og bragt sindene i bevægelse netop i den periode, hvor der fra politisk og økonomisk side er blevet talt om nødvendigheden af opbremsning eller begrænsninger i tilførselen af ressourcer til den offentlige sektor.

Nogle har ment, at det er ganske utilbørligt at blande spørgsmål om økonomi ind i diskussionen om, hvordan vi skal behandle, og hvem vi skal behandle. Økonomer har erindret om den simple kendsgerning, at man ikke kan bruge de samme penge to gange. De ressourcer, der anvendes på én gruppe patienter, kan ikke anvendes på andre. Det har man ikke haft grund til at tænke over i perioder, hvor sundhedssystemet blot har kunnet få tilført flere midler i takt med, at man udviklede nye behandlingsmetoder, eller i takt med at nye patientgrupper bankede på systemets dør. Mange økonomer og politikere har siden starten af 80-erne fremhævet, at vi nu befinder os i en situation, hvor vi er tvunget til at træffe fundamentale valg og at prioritere brugen af offentlige ressourcer. Man henviste dels til den økonomiske krise, dels til det høje skatetryk og det umulige i fortsat at øge skattebyrden.

Det vil være absurd at hævde, at økonomi er irrelevant, når vi skal vurdere produktion og fordeling af serviceydelser, herunder sundhedssystemets ydelser. Men de, der er kritiske over den stadig større opmærksomhed om økonomiske aspekter ved sundhedssystemet, mener, at økonomiske hensyn tillægges for stor betydning.

Er kravet om økonomisk ansvarlighed ikke simpelthen i strid med nogle af vore mest grundlæggende moralske intuitioner i tilknytning til hjælpearbejde? Er vi netop ikke moralsk forpligtede til at hjælpe det medmenneske, hvis liv er truet eller som på anden måde er i alvorlig nød, også selv om det at hjælpe kræver økonomiske eller andre ofre? Denne forpligtelse er bl.a. legemliggjort

1. En lang række af de temaer og argumenter, der inddrages i denne artikel er diskuteret med den australske sundhedsøkonom Gavin Mooney, som også er tilknyttet forskningscentret *Sundhed, Menneske og Kultur*. Berørings- og brudflader mellem filosofiens og sundhedsøkonomiens perspektiver på retfærdighed og sundhed vil blive behandlet udførligt i en kommende fælles publikation.

i den barmhjertige samaritan som moralsk forbillede; et forbillede der stadig synes levende, selv om vi lever i et sækulariseret samfund.

Sundhedsøkonomer og andre, der betoner det uomgængelige i at inddrage økonomiske betragtninger i vurderingen og planlægningen af sundhedssystemet, er imidlertid langt fra sat skakmat gennem dette etiske træk. Tværtimod. Vi har pligt til at redde den, hvis liv er truet. Men hvad skal vi stille op, når mulighederne for at redde liv bliver så omfattende og mangfoldige, at omkostningerne synes at overstige vor økonomiske formåen. Lægevidenskabens og den medicinske teknologisk stadigt forbedrede muligheder for at gennemføre livsforlængende behandling har – siger kritikere – vist os grænsen for det moralske forbillede, der anviser os at hjælpe den, hvis liv er truet. Men de vil ikke acceptere, at det er ensbetydende med at ofre etikken på økonomiens alter.

Der er situationer, hvor den barmhjertige samaritan ikke kan fungere som moralsk forbillede og vejledning til handling. Billedet af redningsbåden på det oprørte hav levendegør begrænsningerne i forbilledet for ubetinget pligt til at hjælpe den nødstedte. Nogle mennesker sidder i en redningsbåd på det oprørte hav. Hvis alle forbliver i båden, vil de være prisgivet. Enkelte må ofres eller ofre sig, for at flertallet skal kunne overleve. Her præsenteres vi ikke for den traditionelle moralske situation, hvor et menneske har et andet menneskes skæbne i sine hænder. Alle er i samme båd og udleveret en fælles, ubarmhjertig skæbne.

Dette billede fik en særlig gennemslagskraft i 80-ernes politisk-ideologiske diskussion om den offentlige sektor. Der blev fra mange sider argumenteret for begrænsning af den offentlige sektor med henvisning til økonomisk krise og arbejdsløshed.

Vi var alle – blev det formånet – på vej mod den økonomiske afgrund. Kun kompromisløs politisk opbremsning i den offentlige sektor kunne redde os fra kollektiv samfundsmæssig undergang.

Denne ideologisering af prioriteringsproblemerne har givetvis medvirket til at forsinke og vanskeliggøre en bredere samfundsmæssig debat om prioritering i sundhedssystemet. Tidens ideologiske retorik befordrede det indtryk, at samfundet var offer for en slags naturkræfter, der påtvang os et politisk kursskifte. I flere forskellige politiske lejre anvendte man udtrykket 'den nødvendige politik'. Hermed signalerede man, at tiden ikke var til ophøjede moralske diskussioner om, hvordan vi helst ville indrette vort samfund. Sådanne diskussioner måtte vente til andre og bedre tider. Nu måtte vi redde, hvad reddes kunne. Redningsbådsmoralen blev offentlig politisk ideologi.

Prioritering blev i brede kredse – herunder for mange professionelle i sundhedssektoren – ensbetydende med nedskæringer og med et knæfald for en videnskabelig elite af økonomer og planlæggere – generalister – der under dække af at besidde en højere rationalitet kunne suspendere den værdimæssige politiske og etiske diskussion i samfundet. Dermed fik prioriteringsdiskus-

sionen den dårligst tænkelige start. Prioritering blev i manges øren ensbetydende med hovedløse økonomiske nedskæringer.

Økonomi og værdier

Vi har lagt firserne bag os. De økonomiske vilkår er i dag mere gunstige end dengang. Redningsbådsmoralen virker næppe overbevisende i dag. Ideologien om 'den nødvendige politik' er ikke længere et virksomt middel til at lamme politisk og værdimæssig diskussion og fantasi. Dermed er der skabt grundlag for en egentlig diskussion om mål og værdier for den offentlige politik og dermed om grundlaget for prioritering i brugen af de samfundsmæssige ressourcer.

Der er ikke nogen højere fornuft – økonomisk eller anden – der kan udpege den korrekte fordeling af ressourcerne frigjort fra en stillingtagen til og diskussion om værdier for den samfundsmæssige organisering og for udvikling af samfundet.

Økonomi kan betragtes som videnskaben om at træffe valg. Begrænsede ressourcer skal allokere på den mest fordelagtige måde – bl.a. i lyset af hvad der i samfundets øjne er fair eller retfærdigt. Men hermed er det også givet, at økonomernes metoder og modeller ikke i sig selv er tilstrækkelige til at begrunde prioriteringer. Der er ingen absolutte målestokke for, hvad der er fair, rimeligt eller retfærdigt. Der er tale om afvejninger og skøn, der må støtte sig på etiske og politiske værdier i et givet samfund med dets forskellige livsformer.

Hvis samfundet i dag var som en redningsbåd med skibbrudne underkastet naturens ubønhørlige kræfter, ville der ikke være nogen *reel mulighed* for en prioriteringsdebat, dvs. en debat om hvilke værdier vi vil lægge til grund for indretningen af vort sundhedssystem og vort offentlige servicesystem i almindelighed.

Hvis der – på den anden side – var nogle grundlæggende uantastede eller uantastelige værdier, der strukturerede vort samfundsmæssige liv, ville der ikke være nogen *grund* til at diskutere grundlaget for den fremtidige organisering af sundhedssystemet og dets brug af ressourcer.

Det overleverede moralske forbillede – at vi bør søge at hjælpe den, hvis liv er truet af sygdom – er ikke tilstrækkeligt som vejledning for vor samfundsmæssige handlen. Hvis det var tilfældet, behøvede vi ikke bruge mange kræfter på værdimæssige diskussioner.

Selv om vi har gennemskuet redningsbådsideologien, kan vi have gode grunde til at fundere over, om vi skal sætte grænser for udvikling og gennemførelse af forskellige former for livsforlængende behandling. Det er ikke kun en påstået fremtidig økonomisk katastrofe, der kan få os til at spørge, om

livsforlængende indsats er et ubetinget og urørligt mål for sundhedssystemets virksomhed. Man kan meget vel fastholde et moralsk forbillede om at støtte den svage (et forbillede der bl.a. er legemliggjort af den barmhjertige samaritan) og alligevel anfægte, at livsforlængelse altid er et moralsk gode. Hvis vi handler ud fra forbilledet om at støtte den svage, må vi tage imod og drage omsorg for den nødstedte eller syge, der kommer til os. Men forbilledet anviser ikke nødvendigvis, at hjælpen skal bestå i livsforlængende behandling. Dette vil fremgå klarere af det følgende.

Prioritering og sundhedspolitik

Vi står ikke på bar bund, når vi skal diskutere grundlaget for prioriteringer i fremtidens sundhedssystem. Helt uafhængigt af de ideologiske bestræbelser for at begrænse sundhedssystemernes vækst, som prægede den politiske diskussion i mange vestlige lande i 80-erne, diskuterede sundhedsprofessionelle, grupper i befolkningen og sundhedsøkonomer, om der var en rimelig fordeling af ressourcer mellem f.eks. den specialiserede og stadigt mere avancerede hospitalsindsats, der primært sigtede mod livreddende behandling, og de dele af sundhedssystemet, der sigtede mod at afhjælpe forskellige former for kronisk sygdom, at forebygge sygdom eller på anden måde fremme folkesundheden.

Verdenssundhedsorganisationen WHO's program *Sundhed for alle år 2000*² var et storstilet forsøg på at rejse denne diskussion og beslægtede diskussioner. Programmet rummede en omfattende argumentation for en nytænkning om grundlæggende værdier i forhold til sundhedssystemet, og dermed også for en ændret prioritering af ressourcer til sundhedssystemet.

Til trods for at prioriteringsbegrebet for mange professionelle fik en slet klang i 80-ernes diskussioner, bidrog man bl.a. med WHO's program i hænderne til at rejse en prioriteringsdiskussion. I flere lande (først Norge³, i staten Oregon i USA⁴, senere i Holland⁵ og senest i Danmark⁶) har kommissioner, komitéer og råd bidraget til at belyse vigtigheden af prioriteringsdiskussioner eller har fremlagt principper for prioritering af ressourcer i sundhedssystemet.

Prioriteringsdiskussionen udvikler sig imidlertid ikke i et værdimæssigt vakuum. Professionelt behandlingsarbejde og sundhedssystemets praksis er som al anden menneskelig virksomhed og samfundsmæssig praksis reguleret

2. Dansk oversættelse: *Mål for sundhed for alle*. Dansk Sygeplejeråd. København 1986.

3. *Retningslinier for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Norges Offentlige Udredninger (NOU), nr. 23. Oslo 1987.

4. *Oregon-Report*. Health Service Commission. Oregon 1991.

5. *Choices in Health Care*. Zoetermeer.

6. *Prioritering inden for sundhedsvæsenet. Et debatoplæg*. Etisk Råd. København 1995.

af handleforbilleder og værdier. Handleforbilleder foreskriver udførelsen af bestemte handlinger og rutiner på bekostning af andre. Dette betyder at visse handlinger og bestemte former for praksis prioriteres over andre.

Fra den tidligste græske lægekunst til velfærdsstatens moderne sundhedssystem har et bestemt handleforbillede (eller nært forbundne handleforbilleder) spillet en afgørende rolle i den behandlingsmæssige praksis og vægtningen eller prioriteringen af bestemte handlemønstre eller rutiner over andre. I vore dages sprog vil vi omtale dette forbillede som det forbillede, der foreskriver at *alle sikres en lige adgang til at blive behandlet for sygdom eller lidelse*.

De senere års krav om prioritering og formulering af klare principper for prioritering kan i hvert fald i et vist omfang ses som et opgør med dette overleverede forbillede. Når man, specielt under henvisning til samfundsmæssige hensyn, har peget på nødvendigheden af prioritering inden for sundhedssystemet, har man bl.a. ønsket at tilkendegive (eller i hvert fald ønsket diskutere): a) Om der fortsat skulle være adgang til behandling for alle former for lidelse og sygdom (eller om man måske nu var nødt til at skelne mellem alvorlige – behandlingskrævende – lidelser og gener og skavanker, som den enkelte selv må tage vare på); b) om alle med en bestemt lidelse skulle have lige adgang til at få den behandlet (eller om man f.eks. ved begrænset behandlingsskapacitet eventuelt skulle behandle mennsker, der er i arbejde, forud for arbejdsløse).

Der er hermed lagt op til diskussion om, hvorvidt 'lige adgang til behandling' forstået som et generelt prioriteringsprincip skal afløses af specifikke kriterier, der giver grundlag for at prioritere behandling af visse lidelser på bekostning af andre og grundlag for at prioritere behandling af visse borgere (eller grupper af borgere) før andre.

Hvis det kun var øjeblikkelige og eventuelt kortsigtede økonomiske og ideologiske motiver, der lå bag kravene om at opgive forbilledet om lige adgang til behandling, var der måske ikke grund til at tage spørgsmålet så alvorligt. Overleverede, traditionsbundne og kulturelt forankrede handleforbilleder blæses ikke uden videre omkuld af ideologiske vinde. Helt uafhængigt af disse vinde er der imidlertid gode grunde til kritisk at vurdere det traditionsrige forbillede om lige adgang til behandling. Det er et forbillede, der er præget af indre spændinger eller modsigelser. Det er langt fra så entydigt, som man undertiden kan få indtryk af. Det bør ikke overraske, at en del sætter spørgsmålstegn ved det i dag. Det er langt fra klart, hvad der giver dette handleforbillede så forpligtende en karakter, som dets fortalere ofte forudsætter. Undertiden kædes det sammen med kristendommens næstekærlighedsbud om den barmhjertige samaritans forbillede. Men herved mister man blikket for, at forbilledet i forskellige ikklædninger har præget den lægelige praksis fra den græ-

ske medicin (dvs. før det kristne forbillede blev dominerende) til sundhedssystemet i den moderne sækulariserede velfærdsstat.⁷

Kun ved konkret at iagttage og udforske, hvordan forbilledet har fungeret i forskellige former for sundhedspraksis under forskelligartede samfundsbetingelser, vil vi kunne forstå de spændinger og modsigelser, som forbilledet i dag giver anledning til, og som på afgørende måde svækker det som prioriteringsgrundlag for det moderne sundhedssystem.

Sikring af lige adgang til behandling – en professionel dyd?

I skriftet *Om Lægen*⁸ omtaler Hippokrates *philantropia* som en central lægelig dyd. Lægen tilpasser sine honorarer til patientens situation. Han behandler fremmede og subsistensløse, selv om de ikke er i stand til at betale ham. Den filantropi eller godgørenhed, der her er på tale, er ikke et etisk princip, som må opsøges uden for den lægelige praksis og importeres hertil for at give den etisk vægt. Det er en uløselig del af denne praksis. Det er en dyd, der er nødvendigt indlejret i den professionelle læges virke. Lægen forholder sig altid til og udøver sin kunst i forhold til et konkret menneske. Det er ikke en mekanisk anvendelse af abstrakte videnskabelige principper eller procedurer. Filantropien er blot et element i denne professionelle forholden sig til den enkelte patient.

Senere skriver Scribonius (bl.a. i skriftet *Professio*) at det er en del af medicinens natur, at yde hjælp til alle trængende. Medicinen, der er indsigt i helbredelse, dømmer eller behandler ikke mennesker ud fra deres livsomstændigheder (om de f.eks. er fjender af staten) eller ud fra deres karakter (om de f.eks. er forbrydere).⁹

Fra antikken har vi således et billede af godgørenhed, dette at udøve sin professionelle kunnen overfor enhver trængende, som en grundlæggende professionel dyd.

I den aktuelle prioriteringsdebat er forbilledet om lige adgang til behandling for alle sat til diskussion. Mange peger på det ønskelige eller nødvendige i at revidere eller forlade dette forbillede. Der spørges om, hvad der egentlig er den etiske begrundelse for forbilledet. Det er tvivlsomt, om henvisning til forbilledet om den barmhjertige samaritan vil stille kritikere tilfredse. Der kan argumenteres for, at dette er et forbillede, der henvender sig til det enkelte

7. Forholdet mellem den barmhjertige samaritans forbillede, antikkens forbillede og moderne medicinsk-etiske forbilleder er bl.a. belyst i Uffe Juul Jensens artikel »Den medicinske etiks historie«, i: Daniel Andersen, Carl Erik Mabeck & Povl Riis (udg.): *Medicinsk Etik*. FADLs Forlag. København 1986.

8. L. Edelstein (1977): »The professional ethics of the greek physician«, i: C.R. Burns (ed.): *Legacies in Ethics and Medicine*. Science History Publications. New York.

9. G. Helmrich (ed.) (1887): *Scribonius Largus*. Leipzig/London.

menneske, men at det ikke kan forpligte et helt samfund og dets offentlige sundhedssystem. Men dette sundhedssystem er bemandet af professionelle. Hvis pligten til at udøve sin kunnen over for enhver trængende er en professionel dyd, som den antikke tradition belærer os om, synes de professionelle at måtte forsvare et system, der tilstræber lige adgang til behandling, ligegyldigt hvilke ideologiske storme, det måtte blive udsat for.

Det moderne sundhedssystem – at behandle sygdom eller fremme et godt liv?

Nu er spørgsmålet imidlertid, om det overhovedet er det samme, der er på tale i det moderne sundhedssystem med dets forbillede om lige adgang til behandling, og i den antikke tradition hvor den professionelle godgørenhed, dette at stille sig til rådighed for enhver trængende, fandt sin plads.

I den antikke medicin var behandling konkret og individuel. Målet var helbredelse, at genoprette en helhed eller balance, som var forstyrret. Man havde ikke vort moderne sygdomsbegreb, og vor opfattelse af sygdom som en afgrænset sygdomsenhed, der diagnosticeres og gennem specifik behandling søges fjernet fra patienten. Man havde på en måde en langt mere mådeholden men i en anden forstand en mere vidtgående opfattelse af den professionelles opgave. Mere mådeholden i den forstand, at lægen opfattede sig selv som naturens hjælper, som én der kunne *gå til hånd* i naturens egen bestræbelse for at genoprette orden, balance og helhed. Lægen var ikke herre over naturen og dens ubalancer. Men dette behandlingssyn var også langt mere ambitiøst eller vidtgående, end hvad vi finder i professionel medicinsk praksis i dag. I dag er – i hvert fald typisk medicinsk – behandling rettet mod specifikke sygdomsprocesser eller sygdomstilstande. Målet er at identificere disse og om muligt at intervenere over for dem. Anderledes i den antikke tradition. Her er det patientens hele liv, som i princippet er omfattet af den professionelles opmærksomhed. Hans kyndighed eller kunst må omfatte denne helhed. Målet med hans virke er at bidrage til virkeliggørelsen af et mål om *et godt liv*.¹⁰

Når vi i dag taler om at sikre lige adgang til behandling, så indebærer dette en vægtning (eller prioritering) af i særdeleshed teknisk-lægelig behandlingspraksis (bygget op af specifikke, så vidt muligt videnskabeligt begrundede behandlingsprocedurer). Selv om vi faktisk ville være i stand til at leve op til idealet om lige adgang til behandling (i den tekniske forstand), så ville vi ikke nødvendigvis have sikret den pleje, omsorg og indfølelse i hele patienten, som

10. Forskellen mellem det klassiske sygdomsbegreb og de moderne sygdomsbegreber er udførligt belyst i Uffe Juul Jensen: *Sygdomsbegreber i praksis* (2. udg.). Munksgaards Forlag. København 1986.

omfattes af den klassiske dyd. Mange moderne behandlere vil hævde, at man ikke på denne måde kan skelne mellem den tekniske behandling og pleje og omsorg. Man vil hævde, at det hører med til god praksis at give den nødvendige pleje og omsorg i tilknytning til behandlingen. Lige adgang til behandling må folgelig også betyde lige adgang til nødvendig pleje og omsorg.

Anderledes forholder det sig, hvad angår sundhedsfremme og støtte og styrkelse af menneskelige ressourcer. Det er en velkendt kritik af vort bestående system, at det netop vil sikre lige adgang til *behandling*, og derved negligerer eller underprioriterer forebyggelse eller sundhedsfremme. Her synes der da at være en fundamental forskel mellem den moderne (begrænsede) forståelse af, hvad lige adgang til behandling betyder, og den antikke hvor den professionelle dyd omfatter en forpligtelse til at fremme et godt liv for borgerne.

Mangfoldige eksempler kan illustrere dette skisma mellem forpligtelsen til behandling, som den forvaltes i det moderne sundhedssystem, og mangfoldigheden af menneskelige problemer, som systemet renoncerer på, fordi det ikke besidder en kunnen, som kan gøre noget ved problemerne, eller fordi problemerne hævdes at ligge uden for systemets ansvarsområde og forpligtelse.

Det moderne sundhedssystem åbner sine døre for enhver, der har forsøgt at begå selvmord; helt i overensstemmelse med forbilledet om lige adgang til behandling. Der foretages ikke først moralske vurderinger; der spørges ikke om, hvor mange selvmordsforsøg personen måske tidligere har indladt sig på; han eller hun belæres ikke om, at næste gang er der ingen hjælp at hente.

Men i mange tilfælde synes der efterfølgende at være en helt utilstrækkelig støtte til mennesker, der har søgt at begå selvmord. Kritikens kerne er da, at systemet tilsyneladende mener at have efterlevet forbilledet om lige adgang til behandling blot ved at bringe sin ekspertise i værk for at få personen tilbage til livet, men at det holder sig tilbage, når opgaven er at støtte den enkelte i at få bedre muligheder for at leve sit liv og dermed forebygge fremtidige selvmordsforsøg.

Samme problematik genfindes på en lang række områder i tilknytning til det moderne sundhedssystem. Vi tilbyder livreddende behandling ved hjerneblødninger, trafikulykker etc. etc., men mange mener, at der ikke er tilfredstillende tilbud om rehabilitering i forlængelse af behandlingen.

Lige adgang til behandling i det moderne system – hvad er den etiske begrundelse?

Når vi idag skal søge at forstå og tydeliggøre princippet om lige adgang til behandling synes vi – som en konsekvens af den udvikling, der er belyst ovenfor – at være præsenteret for *et dilemma*: Enten står vi ved, at vi har *indsnævret* det oprindelige forbillede om lige adgang til behandling, så det omfatter lige

adgang til videnskabeligt begrundede og politisk accepterede behandlingsprocedurer (som f.eks. hjertetransplantation). Eller vi fastholder det oprindelige forbillede, der foreskriver god behandling i en bred forstand (der involverer støtte og tagen hånd om, styrkelse af ressourcer, sundhedsfremme og dermed langt mere end at tilbyde bestemte behandlingsprocedurer).

Hvis vi vælger den første mulighed (og det er, hvad der normalt sker i det moderne behandlingssystem), så står vi i en vis forstand uden dækkende etisk begrundelse. Det klassiske forbillede foreskriver støtte og tagen hånd om i en bredere forstand. Så følger det, at man ikke kan bruge det til at begrunde *en forpligtelse til noget andet*, nemlig tilbud om specifik behandling. Den anden mulighed er, at vi søger at fastholde det klassiske forbillede. Men det fører sine egne problemer med sig. Man kan argumentere for, at menneskelige problemer, nød og lidelse er så omfattende, at en moderne stat ganske enkelt ikke vil kunne påtage sig en forpligtelse til at tage den nødlidende under sine vinger, sådan som det klassiske forbillede foreskriver for den enkelte læge. Nogle vil også argumentere for, at selv om der havde været ressourcer nok til at forvalte en sådan opgave, ville det slet ikke være ønskeligt ud fra en moderne etisk synsvinkel. Resultatet ville være – lyder argumentet – en så omfattende indgriben i borgernes liv, en statslig organiseret og forvaltet paternalisme, at det helt ville undergrave vore moderne moralske intuitioner om respekten for den enkeltes autonomi.

Spændingen mellem en klassisk behandlingsfilosofi og den moderne forvaltning af forbilledet om lige adgang til behandling har bl.a. vist sig i diskussionen om WHO's program *Sundhed for alle år 2000*. Dette program kan læses som en kritik af det bestående sygdomsbehandlingssystem for ikke at leve op til professionelle dyder forankret i den antikke tradition. Man kritiserer et system, som tilbyder behandling, der skal sikre bedre overlevelse (år til liv), men som i for høj grad negligerer kvaliteten af det menneskelige liv, der ønskes sikret. Derfor udfolder man planer for et sundhedssystem, der også skal sikre *liv til år*.

En del læger (og andre) har kritiseret WHO's program for at åbne vejen for en alt for omfattende indgriben i menneskers liv og levemåde og således krænke et princip om personlig autonomi, der er helt centralt i den moderne kultur til forskel fra den antikke, hvor omsorgen for det gode liv blev opfattet som en professionel dyd.

Denne henvisning til borgerens autonomi er nøglen til forståelsen af, hvorfor det klassiske forbillede er blevet afløst af det aktuelle princip om lige adgang til systemets behandlingstilbud. Der er skiftet etik i vadestedet. De professionelle henviser i vid udstrækning stadig til og forkynder principperne fra den klassiske hippokratiske etik. De har været tøvende til at acceptere hensynet til borgerens autonomi som et centralt etisk princip i behandlingssammenhæng. Men et sundhedssystem som det danske, der lægger rammer for næsten al

sundhedsprofessionel indsats, kan kun forstås, hvis vi anskuer det i lyset af vort moderne menneskesyn og opfattelsen af borgeren som autonom, dvs. med ret til at forvalte sit eget liv og derfor heller ikke underlagt politiske eller samfundsmæssige forestillinger om, hvad der er et godt liv.

Den klassiske søgen efter det gode overfor den moderne proceduraetik

Spændingen mellem det klassiske, brede forbillede om lige behandling, og det moderne forbillede om lige adgang til systemets behandlingstilbud genspejler kontrasten mellem to helt forskellige opfattelser af eller perspektiver på etik.

Det er en kontrast mellem det klassiske eller antikke perspektiv, som vi primært møder hos filosoffer som Platon og Aristoteles, og det moderne som vi møder hos den europæiske oplysningsfilosofis store tænkere som Hume og Kant. Den klassiske etik forudsætter en fælles kulturel forståelse af, hvad der kendetegner det gode liv. Den kyndige (filosoffen eller lægen), der søger at virkeliggøre etikken, kan derfor aldrig blive en formynder i nogen negativ betydning af dette ord. Han påtvinger ikke borgeren sine eller sin snævre gruppes opfattelse af det gode liv, men bidrager eventuelt til at borgeren opnår indsigt i etikken, i sit eget liv og tillige sikres støtte til at få del i det gode liv. God behandling af medmennesket er derfor ikke bare udøvelse af visse tekniske færdigheder, men en udvikling eller perfektionering af den anden gennem brug af menneskelig indsigt i bred forstand.

I det moderne samfunds og den moderne etiks sammenhæng afvises dette billede helt. Det moderne samfund består netop af frie borgere, der har ret til at afstikke deres egne livsplaner. Der er ingen fælles etik i klassisk forstand, dvs. ingen konsensus om, hvad det gode liv er. Staten forgriber sig, hvis den gennem sine embedsmænd, professionelle og institutioner søger at virkeliggøre én bestemt opfattelse af, hvad det gode liv er. Etikken er i en vis forstand uden substans eller indhold (den udtaler sig ikke om, hvad der er godt). I stedet får vi en proceduraetik: en etik der består i procedurer eller retningslinier, der angiver, hvad vi skal gøre for at gøre det rigtige i givne situationer. I en sådan proceduraetik er angivelse af hvilke rettigheder borgerne har noget helt centralt.

Diskussionen om det moderne sundhedssystem viser tydeligt, at det klassiske forbillede nu er blevet fortrængt af den moderne tids proceduraetik. Godt nok er der enkeltpersoner, der i diskussionen søger at genopvække det klassiske forbillede, men det moderne sundhedssystem er ikke baseret på den enkelte behandlers pligt til at fremme det gode liv for den, der kommer til hans dør, men på borgerens ret til behandling: Vi har alle lige ret til at få adgang til den service, som systemet kan tilbyde. Der er ikke bare tale om overfladiske sprog-

lige ændringer (fra at tale om pligten til at hjælpe den nødlidende til at tale om retten til serviceydelser). Ændringerne slår markant igennem i systemets funktionsmåde og i rammerne for borgernes handlinger i forhold til systemet.

Autonomiprincippet er ikke bare en ideologisk frase, men er virkeliggjort i den forstand, at borgeren kan gøre krav på sin ret. Han kommer ikke med hatten i hånden og beder om en barmhjertighedsgerning. Forholdet mellem borgeren og den professionelle i systemet skal – i en vis forstand – være upersonligt. Hvordan den enkelte har levet sit liv og forvaltet sine pund er ligegyldigt, når han kommer med sin sygdom eller lidelse.

Så langt er der en lighed til den traditionelle (i antikken formulerede) forpligtelse til at stå til rådighed for enhver. Men dengang var forpligtelsen begrundet i den professionelles kyndighed om, hvad der er godt for medmennesket. I dag er den begrundet i borgerens rettigheder.

Håndhævelsen af dette rettighedsprincip er helt afgørende i den moderne velfærdsstat. Det er ikke indført for at tjene som prioriteringsgrundlag, men man kan sige, at det er kommet til at fungere som et (negativt) prioriteringsprincip: Rettighedsprincippet indebærer, at vi ikke må stille nogen ringere end andre, fordi de f.eks. er kvinder, arbejdsløse, bor på landet eller er over en vis alder. Det vil også kunne tjene til at afvise indførelsen af en bestemt slags behandling, nemlig hvis man har grund til at tro, at flere ville have berettiget krav på behandlingen, end systemet faktisk har kapacitet til. Forud for indførelsen af hjertetransplantationer argumenterede tilhængere af velfærdsstatens rettighedsprincip eksempelvis med, at vi kun skulle indføre den nye behandlingsform, hvis vi kunne være rimeligt sikre på, at der ville være kapacitet (herunder også tilstrækkeligt med organer) til at tilbyde behandling til alle med det særlige kliniske behov.

Etik i klassisk forstand (refleksionen og diskussionen om det gode liv) er fortrængt fra det moderne samfunds og velfærdsstatens institutioner. Borgerne har rettigheder. Staten må tage vare på, at disse rettigheder respekteres. Hvordan borgeren så i øvrigt vil leve sit liv er overladt til ham eller hende selv.

Lige adgang til behandling – i et etisk tomrum

Er henvisning til borgerens rettigheder og til autonomiprincippet tilstrækkeligt til at udfylde det etiske tomrum, der er opstået, efter at vi har opgivet at formulere billeder af eller teorier om det gode liv? Eller mere konkret: Kan billedet om lige adgang til behandling i sundhedssystemet begrundes alene ved henvisning til borgerens rettigheder og autonomi?

Autonomi i betydningen respekt for den enkeltes selvbestemmelse kan bruges som bolværk mod forskellige former for samfundsmæssig indsats. Med henvisning til autonomi kan man kritisere forsøg på professionel indgriben i

borgerens liv (f.eks. forskellige forebyggelses- og sundhedsfremmeaktiviteter). Rettighedssynspunktet kan tilsvarende bruges negativt eller kritisk til at begrunde, at samfundet ikke kan tilbyde en bestemt service (f.eks. en bestemt sygdomsbehandling) til visse borgere eller grupper af borgere og ikke til andre. Men hverken autonomi (i betydningen selvbestemmelse) eller rettighedssynspunktet kan i sig selv begrunde, at der skal være adgang til bestemte former for behandling (transplantationer, tandpleje eller andet).

Med andre ord, hvis forbilledet om lige adgang skal bruges konkret i prioriteringsøjemed, dvs. til at anvise at dette eller hint skal tilbydes borgerne, så mangler det reelt en etisk begrundelse.

Rettighedsprincippet kan således heller ikke bruges til at afgøre, om vi skulle opgive en allerede indført behandling for at skaffe ressourcer til en ny. Det brændende spørgsmål, hvilke behandlinger skal vi prioritere frem for andre, kan ikke besvares ved anvendelse af rettighedsprincippet. Og dette princip kan heller ikke anvendes til at kaste lys over det problem, der er nævnt flere gange i det foregående: Hvorfor skal vi sikres lige adgang til (har vi lige ret til) behandling i den snævre betydning af behandling (tekniske behandlingsprocedurer) snarere end ret til støtte og udvikling?

Fra den procedurale etiks perspektiv vil man måske forsøge sig med et svar på det sidste spørgsmål: Egentlige tekniske behandlingstilbud bør prioriteres øverst (eller have eneret) i et moderne sundhedssystem, fordi man herved respekterer, at alt hvad der vedrører menneskelige livsplaner og ideer om, hvordan et liv skal leves, må forvaltes af borgeren selvstændigt og uden for systemets rækkevidde.

Men proceduraletikeren er, når han forsøger at begrunde, hvad vi skal have adgang til og ikke have adgang til, allerede involveret i en etisk diskurs (i den traditionelle betydning af etik). Han har givet sig i lag med en problemstilling, som ikke kan besvares inden for proceduralettikens egne rammer. Hvis han påstår, at borgeren har ret til adgang til medicinsk behandling (men f.eks. ikke til 'støtte til formulering af livsplaner' som en slags sundhedsfremmeaktivitet), går han ud over, hvad hans rettighedssynspunkt muliggør.

Hvorledes trækker han grænsen mellem, hvad den frie borger har ret til, og hvad der er borgerens egen opgave og forpligtelse? Denne grænsedragning forudsætter allerede en opfattelse af, hvad der er et godt eller menneskeværdigt liv. Ved at acceptere retten til medicinsk behandling, værdsætter man en bestemt samfundsindretning (med et offentligt sundhedsvæsen). Han forudsætter, at bestemte former for medicinsk behandling er et gode, som borgeren må have adgang til for at kunne leve som en selvstændig borger. Han tillægger – implicit – samfund, der tilbyder medicinsk behandling en højere etisk kvalitet end et samfund uden velfærdsstatens offentlige sundhedssystem (som USA). At denne etiske problematik er fortrængt i den aktuelle diskussion om sund-

hedssystemet vil fremgå senere i diskussionen af den amerikanske filosof Rawls og hans retfærdighedsteori.

Hvordan kan det være, at denne skjulte etiske problematik ikke er kommet op til overfladen i diskussionen om vort sundhedssystem og i diskussionen af prioritering af offentlige ressourcer? Hvad er forklaringen på, at princippet om lige ret til behandling har haft en central placering som (i hvert fald implicit) prioriteringsgrundlag i vort sundhedssystem, når det har manglet egentlig etisk begrundelse?

En væsentlig del af svaret herpå finder vi i velfærdsmodellen, som siden anden verdenskrig og specielt siden begyndelsen af 60-erne har været den altdominerende ramme for forståelsen af offentlig service (herunder sundhedssystemets service) i vor del af verden.

Velfærdsstaten – objektiv prioritering eller værdiernes fortrængning?

Velfærdsmodellen rummer et meget enkelt svar på, hvorfor samfundet skal stille bestemte behandlingstilbud til borgernes rådighed og – ifølge rettighedsprincippet – sikre alle lige adgang til tilbudene. Den behandling eller service, der tilbydes, skal tjene til at dække objektive menneskelige behov. Velfærdsmodellen bygger på en grundlæggende skelnen mellem ønsker og behov. Ønsker er en privatsag. Nogle kan lide rockmusik og ønsker at bruge penge for at få deres ønske tilfredsstillet. Nogle ønsker at køre bil, andre på cykel. Det giver ikke mening at hævde, at vi bør have lige adgang til at få vore ønsker tilfredsstillet. Man kan ikke begrunde, at staten skal give et særligt tilskud til mennesker, der ønsker at køre bil, hvis de ikke selv har midler dertil.

Anderledes forholder det sig med behov. Når vi tilskriver hinanden bestemte behov, så tilkendegiver vi samtidig, at det er noget, vi *nødvendigtvis* må have dækket. Hvad det er for en nødvendighed, der er tale om, kan give anledning til megen videnskabelig og filosofisk strid. Almindeligvis anvendes behovsbegrebet dog som begrundelse for, at her er der tale om noget der må tilfredstilles, uden at man behøver begive sig ind i omfattende teoretiske begrundelser. Det er tilstrækkeligt at henvise til simple eksempler, der kan illustrere sagen. Vi har f.eks. et behov for væske: Indtagelse af væske er ganske enkelt en livsbetingelse. Hvordan vi får dette behov dækket er så en ganske anden sag. Nogle kan bedre lide mælk end vand, andre foretrækker frugtsaft. Ønsker eller præferencer varierer, men de bagvedliggende behov opfattes som almene og objektive.

Selvom behov spiller en særlig og central rolle, når vi begrunder handlinger, er der imidlertid ikke nogen absolut og endegyldig definition af, hvad vi skal forstå ved behov. Væske er ligesom næring biologiske behov; tilfredsstillelsen

af disse behov er ganske enkelt en forudsætning for, at vi kan overleve. De behov, der henvises til, når professionelle begrundet service og behandlingsformer inden for velfærdsstaten, er almindeligvis af en ganske anden art. Det er behov, der søges dækket gennem uddannelse, omsorg, pleje, behandling mm., og det er nødvendigt at tilfredsstille dem *ikke* fordi vi ellers ville dø, men fordi deres tilfredsstillelse antages at være en betingelse for at vi kan udfolde vort eget liv og virkeliggøre vore personlige livsplaner.

Retten til lige adgang til service begrundes i velfærdsmodellen ved at henvises til objektive behov (dvs. behov der er identificeret gennem videnskabelige eller ekspertmæssige procedurer). Princippet om lige adgang til service synes på denne måde hævet over eller frigjort fra værdimæssige og etiske diskussioner. Et af prioriteringsdiskussionens nøglespørgsmål: *Hvilken service og hvilke behandlingsprocedurer skal indføres og skal der være lig adgang til?*, omdannes inden for velfærdsmodellen og dens ekspertdiskurs til et rent teknisk eller ekspertmæssigt spørgsmål: Hvilke behov er de mest grundlæggende?

Denne fortrængning af værdier og etiske problemstillinger fra diskussionen om velfærdsstaten og dens prioritering af ressourcer tilslører grundlæggende træk ved systemets reelle praksis.

Behov identificeres og vægtes ikke forud for og uafhængigt af systemets praksis. Hvad der *anerkendes som behov* er bl.a. en funktion af den praksis, der udøves. Det giver kun mening at tale om, at bestemte patienter har behov for bestemte organer, forudsat at der er udviklet en medicinsk praksis for organtransplantation. Velfærdsmodellen bibringer os den forestilling, at identifikation af behov er et middel til et mål (at udvikle en service, som kan dække det identificerede behov). Men i praksis forholder det sig omvendt. Udviklingen af nye service- og behandlingsformer kommer til at fungere som midler til et mål: At udpege behov i befolkningen.¹¹

Men herved dukker de fortrængte værdier op på ny. Enhver praksis er reguleret af regler og handleforbilleder. Det gælder også den medicinske og andre former for professionel praksis. Sundhedssystemets praksis er altså ikke fundet i et objektivt system af behov, men er netværk af stridende praksisformer. I nogle former for praksis søger man at udvikle behandlingsformer, der kan redde liv, i andre f.eks. at udvikle behandling og støtte som kan styrke patienternes handleevner. Striden eller kampen mellem de forskellige specialer og praksisformer er i virkeligheden en kamp om behovene eller rettere om magten til at identificere og prioritere behovene. I velfærdsstatens aktuelle funktionsmåde føres denne kamp primært mellem forskellige praksisformer og deres professionelle grupper. I det moderne sundhedssystem er denne kamp indtil

videre stort set vundet af avancerede teknisk-medicinske specialer og professionsgrupper.

Ifølge velfærdsmodellen skal samfundet og dets professionelle ikke beskæftige sig med, hvad der er et godt liv (hvordan borgerne vil udfolde deres individuelle liv). Hvad den enkelte værdsætter er staten og de professionelle uvedkommende. Men i og med at den omfattende professionelle praksis stadig mere gennemgribende fastlægger, hvad der er behov (hvad der er nødvendigt for at udfolde sig), bidrager velfærdsstatens institutioner og professionelle til at forme en etik (et system af værdier der formulerer et billede af, hvad der er et godt eller menneskeværdigt liv).

Denne modsigelse er på forskellig vis blevet registreret og kommenteret i den bredere samfundsideologiske debat om velfærdsstaten. I hele den moderne velfærdsstats udvikling fra 60-erne til i dag har der været politiske grupper, der har advaret mod velfærdssystemet og fremstillet det som en trussel mod grundlæggende principper i vort liberale demokrati. I den internationale debat har amerikanske politikere og tænkere advaret mod udviklingen i en række europæiske lande.

Det kan nu se ud som om, det umiddelbart så smukke princip om borgernes lige adgang til samfundets støtte ikke bare er en bombe under samfundskonomien, men at det tillige er moralsk anløbent og i hvert fald inficeret af en etisk tænkning, der er det moderne liberale demokrati fremmed.

Det afgørende spørgsmål er nu, om det er muligt ud fra etiske eller andre filosofiske principper, der ikke søges maskeret som objektiv og videnskabelig fastlæggelse af behov, at afgrænse, hvad borgerne bør have adgang til og hvilke borgere, der bør have adgang til hvad.

I den internationale debat og forskning i sundhedssystemets udvikling og om prioritering af sundhedssystemets ydelser anvendes to radikalt forskellige filosofiske strategier for at løse de formulerede opgaver: Den ene strategi fastholder rettighedsperspektivet, men vil frigøre rettigheder fra eksperternes og de professionelles kvælertag. Hvad vi har ret til af samfundsmæssige goder skal ikke være underlagt skiftende professionelle fortolkninger.

Den anden strategi bygger på principper med baggrund i utilitaristisk tænkning. Det vil vise sig at begge strategier løber ind i betydelige vanskeligheder i forsøget på at levere forsvar for modificerede udformninger af princippet om lige adgang som det bærende princip for sundhedssystemets funktion (og dermed også for prioritering).

Lige adgang til behandling – et socialt gode?

En af de filosoffer, der gennem de sidste 20 år har haft mest gennemslagskraft i diskussionen om retfærdighed i samfundet er amerikaneren John Rawls, der

11. Angående forholdet mellem den idealiserede velfærdsmodel og velfærdsstaten i praksis se Uffe Juul Jensens artikel »Velfærdsstatens krise« i dette bind.

i sit store værk *A Theory of Justice*¹² søger at levere et forsvar for en demokratisk liberalisme, der ikke blot overlader det enkelte menneske til dets egen styrke og ansvar, men som gør en retfærdig fordeling af sociale goder til noget helt centralt i et liberalt demokratisk samfund.

Ifølge Rawls er der en række primære sociale goder, dvs. goder som i almindelighed må anses for nødvendige for at et menneske kan udfolde en selvstændig, rationel livsplan. Sådanne goder er f.eks. grundlæggende rettigheder og friheder (politisk frihed og religionsfrihed), indkomst og adgangen til at opnå erhverv og stillinger. Rawls selv opfatter ikke adgangen til sundhedsservice som en grundlæggende rettighed og dermed ikke som et primært socialt gode. Men andre har argumenteret for, at også adgang til medicinsk behandling og sundhedsservice bør opfattes som et socialt gode i Rawls' forstand, og at der med andre ord er lige så gode argumenter for, at der skal være adgang til en sådan service, som der er argumenter for de grundlæggende frihedsrettigheder, vi normalt fremhæver som et særkende ved det liberal-demokratiske samfund. Nogle vil endog hævde, at det er nødvendigt at medtage retten til sundhedsservice og behandling i rækken af sociale goder, hvis det skal give mening at opfatte disse som grundlag for borgerens udfoldelse af deres eget personlige liv.

Den fremtrædende økonom Amartya Sen¹³ synes, at der er et element af 'fetichisme' i den rolle, Rawls tildeler primære goder. Ifølge Sen burde vor interesse være rettet mod menneskers handleevner (capabilities), snarere end mod de primære goder, vi har adgang til. Ifølge Sen er handleevne et forhold mellem personer og goder. Selv om mennesker i princippet havde lige adgang til de samme goder, så er det langt fra sikkert, at de alle ville formå at gøre lige god brug af dem. Men i så tilfælde ville de heller ikke have lige grundlag for at udfolde deres personlige livsplaner.

Sen har ligesom Arrow¹⁴ – en anden fremtrædende teoretiker på området – fremhævet, at netop sygdom eller handicap kan forringe et menneskes evne til at omsætte forhåndenværende goder i handleevne. Den amerikanske filosof Norman Daniels støtter Rawls' teori, men mener at kunne imødegå Sens og Arrows indvendinger ved at lade adgang til behandling af sygdomme indgå som et primært gode.¹⁵

Daniels' argumentation påkalder sig interesse af flere grunde. Hvis hans argumenter er holdbare, må et liberal-demokratisk samfund (sådan som det

forstås af Rawls og Daniels) ikke bare give borgerne de velkendte borgerlige rettigheder og friheder, men også retten til at få medicinsk behandling i tilfælde af sygdom. Hans forslag er imidlertid også interessant, fordi det rummer et teoretisk begrundet svar på det spørgsmål, som så mange stiller i aktuelle prioriteringsdiskussioner: Hvad skal et sundhedssystem tilbyde sine borgere? Skal det i princippet være alt det, som de medicinske og behandlingsmæssige eksperter er i stand til eller kun en begrænset del af det? Hvordan foretager vi i givet fald en afgrænsning mellem det, der skal tilbydes, og det folk selv må tage sig af?

Daniels' svar er klart: Den liberal-demokratiske stat skal tilbyde behandling for egentlige, biologisk funderede sygdomme. Daniels bygger her på et velkendt, men meget problematisk begreb om sygdom, ifølge hvilket sygdom er afvigelse fra den biologiske normalfunktion hos typiske medlemmer af arten. Han argumenterer ikke særskilt for denne opfattelse af sygdom. Men det er ikke svært at forstå, hvorfor han tager den til sig. Hvad der er sygdom og hvad der ikke er sygdom, kan – ifølge den opfattelse – afgøres gennem strengt biologisk-videnskabelige undersøgelser. Værdier spiller ingen rolle. Det er lige præcis, hvad Daniels har brug for, når han skal argumentere for, at adgang til sundhedsservice og medicinsk behandling skal indregnes i klassen af primære goder. Hvad der er goder eller ikke goder skal netop kunne fastlægges uafhængigt af lokale interesser, værdier og perspektiver. Værdier kommer først i spil, når det enkelte menneske skal udfolde sin egen livsplan. Goderne, som samfundet stiller til rådighed, skal alene tilvejebringe det nødvendige grundlag for det personlige valg af livsbane ud fra personlige værdier.

Som antydnet er det et meget problematisk begreb om sygdom, som Daniels betjener sig af. Der kan gives tungtvejende argumenter for, at også den biomedicinske afgrænsning af, hvad der er sygdom, og hvad der ikke er sygdom, er under indflydelse af værdier. Denne sag skal imidlertid ikke diskuteres nærmere. For selv om man kunne definere sygdom på den biologisk-teoretiske måde, som Daniels forudsætter, så ville det ikke være en tilstrækkelig begrundelse for at anerkende lige adgang til behandling (for egentlige biologisk betingede sygdomme) som et primært gode.

Ifølge Rawls (og Daniels) er de primære sociale goder nødvendige forudsætninger for at det liberale samfunds borgere kan udfolde deres personlige livsplaner. Sen fremhæver som nævnt, at sygdom og handicap kan lægge begrænsninger i menneskers evne til at bruge de sociale goder (i form af rettigheder og friheder). Det er for at overvinde den vanskelighed, at Daniels argumenterer for, at adgang til sundhedsservice skal ind i rækken af primære goder.

Men hermed har man ikke taget brodden af Sens indvending: At det afgørende er, hvilke handleevner borgerne har, snarere end hvilke goder de har ret til at benytte. Det er veldokumenteret, at der er store forskelle i forskellige menne-

12. Oxford University Press. Oxford 1971.

13. »Equality of what?«, i: S. McMurrin (ed.): *Tanner Lectures on Human Values*, vol. I. Cambridge University Press. Cambridge 1980.

14. »Some ordinalist-utilitarian notes on Rawls' theory of justice«. *Journal of Philosophy*, 70, 1973.

15. »Equality of what. Welfare, resources, or capabilities?« *Philosophy and Phenomenological Research*. Supplement, fall 1990.

skers og forskellige gruppers brug af de tilbud, det offentlige sundhedssystem giver. Disse forskelle kommer ikke bare af, at mennesker og forskellige grupper og livsformer har forskellige værdier. Brugen af de offentlige tilbud er også afhængige af den information, forskellige individer og grupper har. På denne måde kan man tale om, at nogle bliver straffet, fordi de har ringere information og viden end andre. Hvis sygdom og handicap kan betyde begrænsning i menneskers brug af andre sociale goder, så løses problemet altså ikke ved at give adgang til sygdomsbehandling. Nissen flytter med. Adgang til goderne (dvs. ret til at benytte dem) er i sig selv ikke et tilstrækkeligt grundlag for menneskers lige muligheder for udfoldelse af personlige livsplaner.

Et utilitaristisk forsvar for lige adgang til sundhedsservice

Daniels leverer med andre ord ikke nogen overbevisende argumentation for, at lige adgang til behandling kan begrundes som et primært social gode, som en grundlæggende rettighed. Fra en anden etisk synsvinkel, en bestemt form for utilitarisme, har man også forsøgt sig med almene argumenter for at opfatte den lige adgang til behandling som det afgørende princip for organisering af sundhedssystemet og dermed for overordnet prioritering.

Utilitarismen knyttes ofte sammen med markedsorientering og markedsideologi. Der er imidlertid teoretikere, der stærkt vil anfægte, at en utilitaristisk etik nødvendigvis må udmøntes i et markedssystem, der overlader det til den enkelte forbruger at søge at maksimere sin egen lykke gennem suveræne forbrugsvalg. Disse teoretikere vender sig imod den forestilling, at maksimering af lykke blot skal forstås som tilfredsstillelse af særlige individuelle ønsker (som erhvervelse af personlige forbrugsgoder). Der er – hævder de – meget andet end tilfredsstillelsen af individuelle ønsker, der kan bidrage til at øge den enkeltes lykke.¹⁶

Tanken er, at hvis man lever i en kultur, der er præget af idealer om retfærdighed eller solidaritet, så vil den enkelte borgers (også den bedre stillede borgers) lykke øges, hvis samfundet stiller service til rådighed på solidarisk vis. Hvis dette er korrekt, kan vi – ifølge denne særlige form for utilitarisme – give en utilitaristisk begrundelse for at have et offentligt sundhedssystem, der tilbyder lige adgang til behandling for sygdomme. Et sådant system vil ganske enkelt bidrage til at maksimere den samlede mængde lykke i samfundet.

I denne sammenhæng skal det ikke diskuteres, om der er hold eller ikke hold i utilitarismens forsøg på at give etikken et grundlag (ved at gøre maksimering af lykke til kriterium på en handlings etiske rigtighed). Meningerne

16. F.eks. Joseph Margolis i *Selfishness, Altruism, and Rationality*. Cambridge University Press. Cambridge 1982.

herom er som bekendt stærkt delte. Utilitarismen spiller stadig en stor rolle i megen økonomisk tænkning. I filosofien har den været og er den fortsat genstand for omfattende kritik, selv om den bestandig søges forsvaret i nye former.

Det er ikke overraskende, at man fra et økonomisk-teoretisk synspunkt har overvejet, om det er muligt at give en utilitaristisk underbygning af et solidarisk servicesystem. Utilitarismen har i vid udstrækning fungeret som økonomiens – mere eller mindre stiltiende forudsatte – etiske teori, og mange har været interesserede i at vise, at man ved beregning af den samfundsmæssige lykke eller nytte kunne inddrage ikke blot økonomisk nytte, men også nytten af eller lykken ved et retfærdigt system.

Men kan utilitarismen hjælpe med at afklare, om lige adgang til behandling vil være et passende grundlag for vort sundhedssystem? Det kan godt være, at solidarisk politik øger lykken i et samfund, hvor solidaritet er et handleforbillede. Men det springende punkt for vor aktuelle problematik er, om solidaritet eller retfærdighed faktisk er et forbillede i dag, og *hvad* et sådant forbillede mere konkret forpligter os til. Hvis solidaritet er et centralt handleforbillede i vort samfund, dvs. er en værdi, så er det et spørgsmål, hvad vi ville kunne opnå ved at foretage en yderligere filosofisk-etisk underbygning af denne værdi (ved på utilitaristisk vis at dokumentere, at efterlevelse af solidariteten øger samfundslukken). Så er opgaven snarere at finde ud af, hvordan solidariteten må eller kan udmøntes i praksis – f.eks. i et offentligt sundhedssystem.

Solidaritet og retfærdighed – sikring af menneskelige ressourcer og handleevner, ikke bare sikring af rettigheder

Rettighedssynspunktet, som kommer til udtryk i velfærdsmodellen, og som søges begrundet filosofisk af Rawls (og hvad medicinsk behandling angår af Daniels) og af visse utilitarister, begrænser retfærdighed eller solidaritet til at bestå i den lige adgang til bestemte primære goder (som frihedsrettigheder, indkomst o.l.).

De teoretikere, der (i Rawls-traditionen eller med utilitaristiske argumenter) søger at begrunde princippet om ret til behandling (dvs. lige adgang til behandling) gennem deres forskellige filosofiske teorier, foregiver ikke at have analyseret vort almindelige begreb om solidaritet eller retfærdighed eller de professionelle traditioners begreb herom. De bygger i stedet på antagelser om, hvordan en rationel person eller aktør (ud fra et begreb om rationel aktør som defineres inden for deres respektive teorier) vil handle og om, hvordan retfærdighed kan indgå i en sådan rationel aktørs perspektiv.

I både Rawls-traditionen og den utilitaristiske tradition forudsættes et individualistisk menneskesyn, og borgeren fremstilles som et frit og autonomt

væsen, som (hvis blot de grundlæggende rettigheder er sikret) kan udfolde sin egen livsplan, sit eget billede af et godt liv eller skabe sin egen lykke.

Begrænsninger og modsigelser i dette menneskesyn kan belyses gennem et bredere begreb om solidaritet, som – i overensstemmelse med et menneskesyn, vi finder hos antikkens tænkere – fastholder, at individets udfoldelse og blomstring altid som forudsætning har individets deltagelse i et bestemt samfund, en kultur eller livsform. Den enkeltes udfoldelse af personlige livsplaner har således som *forudsætning* ikke blot bestemte frihedsrettigheder eller adgang til lykkemaksimering, men *deltagelse i en fællesmenneskelig sammenhæng præget af fælles handleforbilleder*. Selvbevidsthed, den enkeltes evne til at reflektere over sit eget liv og udfolde sit eget liv, forudsætter et liv i forhold til andre.

Et liv i forhold til andre har altid bestemte forudsætninger i form af viden, formåen og ressourcer eller handleevner. Der er her ikke tale om noget absolut og én gang for alle givet. De handleevner, der er nødvendige for at kunne tage del i et fælles liv med andre, varierer gennem historien og mellem forskellige kulturer og livsformer. Man kan ikke fastlægge karakteren af sådanne handleevner gennem abstrakte filosofiske overvejelser. Det må ske i lyset af faglig indsigt, men også gennem demokratisk diskussion og forhandling. I antikken havde man tiltro til, at medicinen og filosofien i fællesskab kunne udforme et billede af eller en teori om, hvad der betingede realiseringen af det gode liv. I et moderne samfund præget af forskellige livsformer og underlagt stadige forandringer må vurderingen af, hvad der er de fælles betingelser (i form af handleevner) for, at borgerne kan udfolde deres eget liv og blomstre individuelt, være en del af den politiske proces med inddragelse af borgerne, deres politiske repræsentanter og professionelle.

Et sådant forslag om at gøre spørgsmålet om det gode liv til et fælles anliggende og ikke bare en privatsag er i modstrid med det liberale demokratiske samfunds ideologi.

Mange vil ængsteligt spørge: Hvad åbnes der ikke op for, hvis samfundet ikke indskrænker sig til at give dets borgere forskellige tilbud (om f.eks. behandling), tilbud som de så kan vælge at tage imod eller at afvise, men også søger at kortlægge og fremme bestemte handleevner som skønnes nødvendige forudsætninger for menneskelig udvikling og blomstring?

Problemstillingen kan illustreres med et eksempel fra Amartya Sen, der i diskussionen om prioritering af offentlig service har spillet en afgørende rolle i forsøget på at ændre fokus fra *tilbud om service til sikring af handleevner*.

Et komparativt studium af enker og enkemænd i Indien¹⁷ viste, at enker i vid udstrækning beskrev deres sundhedstilstand som 'god' eller 'fortræffelig', skønt de fra en medicinsk synsvinkel var i en betydelig ringere tilstand end

mænd (som havde en tilbøjelighed til at fremsætte mange klager og bedømme deres egen tilstand som dårlig).

I en undersøgelse ti år senere var der ikke sket nogen afgørende ændring i kvindernes sundhedstilstand (bedømt ud fra professionelle medicinske kriterier), men som resultat af en uddannelse, de havde været igennem i den mellem-liggende tid, havde de ændret deres vurdering af deres egen tilstand. Deres vurdering var nu mere i overensstemmelse med de professionelles vurdering. De havde forstået, at der var en standard eller norm i forhold til hvilken deres tilstand var uacsetabel.

Her er der et forsøg på at ændre kvindernes handleevner. Man stiller sig ikke tilfreds, selv om kvinderne måtte have haft adgang til de samme professionelle servicetilbud som mændene. Man har brugt ressourcer til at bibringe kvinderne et andet handlegrundlag.

Krænker dette ikke kvindernes autonomi? Er det ikke en farlig glidebane, man her begiver sig ind på? En glidebane der fører derhen, hvor professionelle og eksperter har magt til at påtvinge befolkningsgrupper 'videnskabelige forestillinger' om, hvad der er godt for de pågældende grupper? Er det ikke netop, hvad vi har villet undgå i det liberale demokrati gennem fastholdelse af dets rettighedsperspektiv og betoningen af, at det er op til den enkelte at definere det gode liv for ham eller hende.

Martha Nussbaum inddrager i sin seneste bog *The Therapy of Desire*¹⁸ Sens eksempel fra Indien. Nussbaum, som diskuterer Sen i sammenhæng med en analyse af den klassiske opfattelse af et bredt begreb om medicin og behandling, der indebærer sikring af balance og sundhed, besvarer den udfordring, der er nævnt ovenfor, således: Den professionelle sidder ikke inde med en almen-gyldig teori om sundhed, som borgeren bare har at tilegne sig. En medicinsk sandhed (og fortsat mener Nussbaum en sandhed der vedrører menneskelig sundhed, ikke bare sygdom i snæver forstand) må altid kunne gøres forståelig for og vinde accept hos patienten eller borgeren, hvis hun bare har fået den præsenteret på en forståelig måde, er blevet bibragt den nødvendige viden, har et overblik over alternativer til hendes aktuelle situation og perspektiver og har haft betingelser for at kunne overveje disse alternativer.

Udfordringen for medicin (og sundhedsfremme) er ifølge Nussbaum (og givetvis også for Sen) »at skabe forbindelser til folks dybeste ønsker og behov, og deres opfattelse af, hvad der er betydningsfuldt. Den må bibringe dem et liv, som de til syvende og sidst vil acceptere som en forbedring, ellers kan den ikke hævde at have haft succes«.

Denne holdning, der er forbundet med tendenser i aktuel kommunitaristisk (fælleskabsorienteret) etik er ikke uden problemer, og den vil – på grund af ri-

17. Amartya Sen (1985): *Capabilities and Commodities*. North-Holland. Amsterdam.

18. Princeton University Press. Princeton 1994.

sikoen for ekspertmæssig manipulation – blive mødt med skepsis specielt fra fortalere for rettighedssynspunktet og for autonomiperspektivet.

I en diskussion om indretning af sundhedssystemet (og principper for prioritering) har den imidlertid sin særlige interesse, fordi den anviser os at ændre fokus for diskussionen: Fra abstrakte prioriteringsprincipper til konkrete forslag til udvikling af den professionelle praksis, så den a) i stedet for primært at producere og tilbyde nye behandlingstilbud, udvikler måder til at give eller sikre mennesker handleevner, som må skønnes nødvendige for at udfolde sig i og for udvikling af den livsform, man er en del af, og b) i sammenhæng hermed og gennem etablering af nye samarbejdsformer mellem brugere og professionelle – 'nedefra' – udpeger og prioriterer handleevner, som sundhedssystemet må lægge rammer for udviklingen eller sikringen af.

Det, at fokus for prioriteringsdiskussionen ændres, betyder imidlertid ikke, at man behøver vende ryggen til de konkrete prioriteringsproblemer, der rejses i disse år: Er der visse former for behandlingstilbud, der skal prioriteres højere end andre? Er der visse former for behandlingstilbud, som sundhedssystemet slet ikke skal give (f.eks. behandling mod barnløshed)? Er der visse grupper af patienter med bestemte sygdomme, der skal behandles før andre med samme sygdom?

Et sundhedssystem, der gør udviklingen eller sikringen af handleevner til sit højeste mål, vil anskue de nævnte spørgsmål på en anden måde end systemer, der har andre målsætninger. De stillede spørgsmål må overvejes og anskues i lyset af målet, at udvikle eller sikre ressourcer og handleevner. Indførelsen af en ny behandlingsteknik må med andre ord ske efter en vurdering af, hvilken indflydelse netop den type behandling kan have for udvikling eller sikring af patienternes ressourcer og handleevner. Retfærdighed eller solidaritet, der bygger på sikring af et bestemt niveau af sundhed hos borgerne (i form af bestemte ressourcer og handleevner) giver således et andet grundlag for prioritering af offentlig service, end et system hvor man forsøger at gøre sygdommens alvor (om der er tale om 'virkelig' sygdom eller om der er tale om livstruende tilstande) til grundlæggende prioriteringsprincip. De forskelligartede eller direkte modstridende opfattelser angående retfærdighed og sundhed, der er belyst i det foregående, har med andre ord ikke blot en egen filosofisk interesse. De er af største praktiske betydning, fordi de giver grunde til helt forskelligartede måder at prioritere på inden for sundhedssystemet i særdeleshed og det offentlige system i almindelighed.

V

MARKED, VELFÆRD OG DEMOKRATI

Velfærdsstatens krise

Uffe Juul Jensen

Forskellige diagnoser

Siden i hvert fald starten af 70-erne har 'velfærdsstatens krise' været et stadigt tilbagevendende tema i den politiske debat i de vestlige lande. Men også i den politisk videnskabelige forskning har denne påståede krise affødt diskussion og en række – modstridende – beskrivelser og forklaringer.

Nogle har ført velfærdsstatens krise tilbage til det økonomiske tilbageslag i starten af 70-erne (i tilknytning til oliekrisen). Mellem 1965 og 1973 var den gennemsnitlige økonomiske vækstrate i OECD-landene 5%. I 1974 faldt den til 2%, og i 1975 var den for ni OECD-landes vedkommende faldet til under 0. I takt med at det økonomiske tilbageslag tog til i omfang øgedes behovet for offentlig støtte som følge af arbejdsløsheden og dens sociale konsekvenser.

I særdeleshed den skandinaviske velfærdsstat (og beslægtede vesteuropæiske velfærdsstater) har været under kritikernes lup. Man har peget på nødvendigheden af at anskue velfærdsstatens situation og fremtid i et globalt økonomisk perspektiv. De vestlige lande står på verdensmarkedet i en alvorlig konkurrencesituation i forhold til de nye kraftcentre i Asien. Vil vi i vores del af verden kunne klare denne udfordring, hvis vi opretholder vore idealer om offentlig service på højt niveau?

Når det betænkes, hvor mange gange velfærdsstatens kritikere i de sidste 20 år har råbt 'ulven kommer', virker de stadigt tilbagevendende spådomme og dommedagsprofetier kun overbevisende på de færreste. Velfærdsstatens fortalere har da heller ikke haft svært ved at levere argumenter for velfærdsstatens betydning også set i et fremtidigt globalt konkurrenceperspektiv. Velfærdsstaten vil kunne bidrage til at sikre en højt kvalificeret, fleksibel arbejdskraft, sikre folkesundheden og modvirke dybe sociale konflikter.

Nogle kritikere har søgt at opspore mere grundlæggende problemer i velfærdsstatens struktur og funktion. Det er bl.a. blevet fremhævet, at velfærdsstatens problemer er affødt af, at den på én og samme tid vil understøtte de grundlæggende økonomiske interesser i det kapitalistiske samfund, samtidig med at den vil sikre hele befolkningen et sådant omfang af service, at den sociale harmoni kan opretholdes. Efterkrigstidens (keynesianske) politiske økonomi, viser her sin utilstrækkelighed, siger kritikerne, som hævder, at man ikke samtidigt kan opfylde to funktioner, der strider mod hinanden: At skabe de bedst mulige betingelser for profitabel kapitalakkumulation og samtidig skabe betingelser for social harmoni.¹

Også en række teoretikere og ideologer, der repræsenterer det såkaldt 'nye højre' mente at kunne diagnosticere en dybtgående samfundsmæssig krise. De så velfærdsstatens krise som intet mindre end udslag af en krise for det repræsentative liberale demokrati. Samtidig med at offentligheden stillede øgede krav til deres regeringer, viste man ringere og ringere villighed til at acceptere beslutninger truffet af offentlige autoriteter. Faldende tilslutning til traditionelle partier blev tolket som faldende tilslutning til traditionelle former for repræsentativt demokratisk liv. Der var – pegede man på fra denne side – en stadig stærkere artikulering af gruppe- eller sektorinteresser uden anerkendelse af en højere offentlig interesse repræsenteret af de politiske autoriteter. I sådanne kritikeres øjne fremstår velfærdsstaten nærmest som resultatet af stadigt mere grådige borgeres bestræbelser for at skaffe sig selv og gruppefæller fordele.

Den amerikanske forsker Daniel Bell har spillet en særlig rolle i belysningen af denne, hvad han opfatter som en kulturel, krise i det senmoderne kapitalistiske samfund.²

Men der er tale om toner, der ofte høres i en bredere samfundsmæssig diskussion. Specielt i de senere års diskussion om overførselsindkomster (bl.a. dagpenge), tales der hyppigt om en moderne uansvarlighed og nassementalitet, der hævdes at undergrave tilliden til velfærdsstaten. Den vedvarende tale om velfærdsstatens økonomiske krise suppleres nu med talen om en 'legitimeringskrise'. Hvordan skulle man regne med fortsat opbakning fra den del af befolkningen, der gennem skatterne finansierer velfærdsstatens serviceinstitutioner, hvis der udbredes en begrundet mistanke om, at pengene tilflyder plattenslagere og samfundsnassere?

Patienten overlevede

Forsøgene på at diagnosticere velfærdsstatens krise som 'legitimeringskrise' eller 'uregerlighedskrise' synes imidlertid ikke særligt oplysende. Da disse diagnoser blev fremlagt i slutninger af 70-erne, blev de ledsaget af ildevarslen- de prognoser. Patienten, den bestående økonomiske og politiske orden, var truet på livet og gik en meget usikker fremtid i møde.

70-ernes krisediagnoser var kædet sammen med samfundsmæssige dommedagsprofetier. Nogle forudså det markedsøkonomiske systems sammenbrud bl.a. som konsekvens af uansvarlig velfærdspolitik. Andre forudsagde selve det repræsentative demokratis endeligt som en naturlig konsekvens af særinteressernes stadig mere uhæmmede gennemslag.

1. J. O'Connor (1976): *The Fiscal Crisis of the State*. St. Martin's Press. New York, p. 6.

2. Daniel Bell (1979): *The Cultural Contradictions of Capitalism*. Heineman. London.

I de senere års diskussion om velfærdsstaten har adskillige fremhævet, at forventningerne om en systemundergravende krise viste sig grundløse.³ Intetsteds i den udviklede kapitalistiske verden er det repræsentative demokratiske system brudt sammen og intetsteds er det markedsøkonomiske system blevet truet.

Mange slog koldt vand i blodet: Under den økonomiske tilbagegang havde man blot oplevet velfærdsstatens normale 'double-bind': I økonomiske nedgangstider vil der naturligt nok manifestere sig øgede behov for støtte. De mere omfattende ændringer, der skete i den økonomiske verdensorden (af nogle omtalt som overgangen fra 'organized capitalism' til 'disorganized capitalism'), medførte naturligvis krav om politisk omstilling også i forhold til velfærdsstaten og dens funktioner, men de trak ikke tæppet væk under velfærdsstaten.

Der, hvor borgerlige og højreorienterede regeringer kom til magten, betød det da heller ikke en opgivelse af velfærdsstaten. Dette gælder også i England, hvor den ideologiske retorik mod velfærdsstaten havde været mest gennemtrængende. Der er sket store ændringer af det engelske nationale sundhedsvæsen (se bl.a. Websters artikel i denne bog). Men hvad man end mener om disse ændringer, så har man opretholdt velfærdsstatens grundlæggende institutioner også i England.⁴

Når det ikke i højere grad lykkedes at afmontere velfærdsstatens institutioner i de år i 80-erne, hvor den neo-liberale ideologi var mest dominerende i Europa, skyldes det givetvis, at der selv i den periode var en betydelig folkelig opbakning bag velfærdsstaten. I Danmark afløstes privatiseringsideologien lanceret af den borgerlige regering i 80-ernes begyndelse hurtigt af planer for *modernisering af den offentlige sektor*.

Undersøgelser viser, at holdningen til velfærdsstaten er en meget kompleks sag. Visse aktiviteter mødes med skepsis fra bestemte grupper og livsformers side; specielt foranstaltninger som de pågældende opfatter som tilslørede forsøg på social kontrol. Støtte til syge, gamle og handicappede og støtte til undervisning vinder derimod fortsat anerkendelse i meget brede grupper.⁵

3. Se bl.a. Christopher Pierson (1991): *Beyond the Welfare State*. Polity Press. Cambridge. Pierson giver et storartet overblik over den diskussion, der kort er sammenfattet i starten af denne artikel.

4. Alber søger at sammenfatte den generelle udviklingstendens for velfærdsstaterne ved at fastslå, at »the welfare state has continued to grow in most western countries even throughout the most recent period of austerity«. Han taler om »a phase of consolidation rather than of welfare state dismantling« (»Continuities and Changes in the idea of the welfare state«, *Politics and Society*, 16 (4), p. 451-68.

5. Pierson sammenfatter, efter at have konstateret, at der kun er sket mindre ændringer i holdningen til velfærdsstaten i de sidste 20 år, situationen således: »Overall, the pattern of popular attitudes to state welfare is complex but stable. There is public hostility to certain areas of state provision, probably some repressed demand masked

Fravær af historisk perspektiv

De sidste 20 års offentlige diskussion om velfærdsstatens krise befordrer et overfladisk billede af velfærdsstaten og dens problemer, bl.a. fordi denne diskussion har været blottet for historisk perspektiv og i stedet har været knyttet til en aktuel politisk-ideologisk problematik: En svækkelse af socialdemokratierne i en række vestlige lande og en tilsvarende svækkelse af fagbevægelsen og dens autoritet. Under disse betingelser er diskussionen om velfærdsstaten i vid udstrækning blevet reduceret til en diskussion om den velfærdsideologi, som blev artikulert af socialdemokratierne i en række europæiske lande fra slutningen af 50-erne og op gennem 60-erne. De problemer, som denne politik affødte og de problemer, den kom til at stå over for i starten af 70-erne (når man bl.a. sammenlignede det erklærede mål, at skabe betingelser for borgernes lige udfoldelse, med realiteterne), blev udpeget og diskuteret som velfærdsstatens problemer i *almindelighed*.

Anskuer man derimod velfærdsstaten i et videre historisk perspektiv, får man et langt mere komplekst og nuanceret billede af de ideer og interesser, den er knyttet sammen med. Problemerne, som de manifesterer sig i en given periode (f.eks. i 70-erne og 80-erne), kan da forstås som *udviklingsproblemer*, snarere end som symptomer på et definitivt ideologisk sammenbrud.

Et af kriterierne, der af socialhistorikere almindeligvis betragtes som centralt for bestemmelsen af velfærdsstaten, er indførelsen af social forsikring i forhold til omstændigheder, der er en potentiel trussel mod den enkeltes evne til klare dagen og vejen i et moderne industrialiseret markedssamfund: Arbejdsløshed, sygdom, alderdommens svækkelse. Med velfærdsstaten anerkendes det (fra engang i slutningen af sidste århundrede), at det er en legitim opgave for staten at sikre kollektiv kompensation for indtægtstab af de nævnte grunde.⁶

Dette afføder en ændring af forholdet mellem stat og borger. Statens opgaver gælder nu ikke blot at kompensere for nød og mangler og at sikre opretholdelse af den offentlige orden. Den samfundsmæssige forsikring bliver et af de midler der sammenføjer staten og dens voksende antal borgere gennem tildeling af rettigheder og forpligtelser.⁷

by state compulsion, hostility to certain categories of beneficiary and some support for private-market provision of welfare services. However, these views are not new and they co-exist with widespread popular endorsement of the most expensive and extensive elements of state provision. There is little evidence here of large-scale popular backlash against the welfare state« (Pierson, *op.cit.*, p. 171).

6. P. Flora & A.J. Heidenheimer (1981): »The historical core and changing boundaries of the welfare state«, i: Flora & Heidenheimer: *The Development of the Welfare State in Europe and America*. Transaction Books. London, pp. 17-34.

7. R. Goodin (1988): *Reasons for Welfare*. University of Princeton Press. Princeton.

Velfærdsstaten kom på denne måde faktisk til at udfylde en af de funktioner, som ifølge Hegel er centrale for staten. Den sikrer ikke blot sin selvstændighed og identitet ved at hævde sin suverænitet i forholdet til andre stater. Den gør det også ved at bibringe borgerne selvbevidsthed som borgere i staten. Velfærdsstatens system af pligter og rettigheder er et udtryk for den etik ('Sittlichkeit'), der er et særkende ved staten.⁸ Realiseringen af dette politiske mål indebærer at statens institutioner gennemtrænger stadig større dele af borgernes liv.⁹

Ideologisk kasterbold

Neo-liberale kritikere af den aktuelle velfærdsstat søger undertiden at give indhold til krisediagnosen ved at henvise til, at velfærdsstaten er et resultat af, at man ud fra snæversynede ideologiske interesser har gennemført politiske foranstaltninger, som i virkeligheden gør vold på en oprindelig samfundsmæssig orden. Velfærdsstaten fremstilles af disse kritikere, som et socialdemokratisk tresserfænomen. Omvæltningerne i Østeuropa bidrog til at der blev pustet nyt liv i denne myte. Den vesteuropæiske velfærdsstat blev undertiden fremstillet som et specialtilfælde af en planøkonomisk tankegang, og altså dybest set i strid med et markedsøkonomisk samfund.

Dette er blot endnu et tegn på, at velfærdsstaten er blevet kasterbold i en ideologisk fejde blottet for historisk perspektiv.

Det 19. århundredes laissez faire-kapitalisme er ikke noget naturprodukt. Der var her tale om en bevidst politisk bestræbelse på at disengagere staten fra opgaver, den tidligere (om end ikke i velfærdsstatens systematiske form) havde varetaget for at sikre forskellige former for social velfærd.¹⁰ Adskillige historikere har belyst, hvorledes det viktorianske England, der sommetider fremstilles som selve legemliggørelsen af laissez faire-kapitalismen, gennemførte en lang række forholdsregler til kontrol af arbejdsvilkår, boligstandard,

8. Se bl.a. Uffe Juul Jensen & Thomas Højrup (1993): »Den suveræne stats krav til borgerne og borgernes krav til den suveræne stat«, i: H.H. Brydenholt (udg.): *Brugeren viser vej*. Dafolo. Frederikshavn.

9. Den institutionaliserede støtte, der herved blev etableret, kræver gennem hele dette århundrede en stadig større andel af velfærdsstaternes bruttonationalprodukt i en udvikling, der fører til det, Therborn omtaler som »the universal welfare state« kendetegnet ved en massiv tilstedeværelse i borgerens dagligliv. Ved siden af det liberale demokrati bliver – ifølge Therborn – velfærdsstaten »the most pervasive feature of the everyday politics and policy of western countries« (Göran Therborn: »States, Populations, and productivity: Towards a Political Theory of Welfare States«, i: P. Lassman (ed.): *Politics and Social Theory*. Routledge. London, 1987.

10. Karl Polanyi (1943): *The great Transformation*. Rhinehart. New York.

uddannelse etc.¹¹ Debatten om velfærdsstaten og dens aktuelle problemer er generelt blevet uklar af, at man i vid udstrækning – i hvert fald i den politiske diskussion – har forholdt sig til ideologier eller ideologiske forestillinger om velfærdsstaten snarere end til den måde, hvorpå midler og mål faktisk er blevet søgt implementeret i velfærdsstatens forskellige udviklingsfaser.

Krisen er derfor ikke blevet opfattet som spænding eller misforhold mellem rammer og mål på den ene side og midler og fremgangsmåder på den anden side. Den er snarere blevet opfattet som modsigelser mellem visse ideologiske forestillinger (specielt om lighed) og robuste træk ved virkeligheden eller vor natur (den enkeltes ønske om først og fremmest at maksimere sin egen interesse; eller autonomi, den enkeltes værdsættelse af egen frihed eller selvforvaltning over enhver anden værdi). En analyse og diskussion af velfærdsstatens problemer og udviklingsmuligheder afløses her af en abstrakt diskussion om, hvad der er det rigtige eller naturlige menneskesyn, og hvad der er de grundlæggende menneskelige værdier. Denne vendten blikket væk fra det konkrete til påstået forsømte humanistiske idealer er desto mere urimelig som anerkendelsen af den enkelte som ligeberettiget borger og den enkeltes ret til fri udfoldelse faktisk har været del af den ideologi, der har været brugt til at legitimere velfærdsstaten. Gennem hele velfærdsstatens udvikling har der været forkyndt målsætninger, som i det væsentlige harmoniserer med det liberale demokratis værdier og menneskesyn.

En forståelse af velfærdsstatens problemer må derfor snarere end at tage udgangspunkt i en generel etisk diskussion tage udgangspunkt i de konflikter mellem mål og midler, som gang på gang viser sig i velfærdsstatens udvikling.

Der er tungtvejende evidens, der viser, at 60-ernes massive indsats i bl.a. den danske velfærdsstat for at sikre størst mulig lighed, dvs. at sikre at flest muligt fik betingelser for at udfolde deres egne livsplaner på lige vilkår med andre, ikke blev nået. Et enkelt, men ikke uvæsentligt eksempel kan illustrere dette. Lighed mellem forskellige grupper eller livsformer i samfundet hvad angår forventet levealder er af velfærdsteoretikere blevet opfattet som en af forudsætningerne for at tale om lige udfoldelsesmuligheder. Dette er ikke sikret. Tværtimod kan f.eks. ufaglærte arbejdere stadig forvente at leve betydeligt kortere end medlemmerne af højtuddannede grupper. Nogle vil endda gå så vidt som til at hævde, at de midler velfærdsstaten bragte i anvendelse (i den måde den indrettede sit sygdomsbehandlingssystem på) bidrog til at modvirke systemets egen målsætning.

Habermas har peget på en endnu mere generel modsigelse mellem velfærdsstatens mål og dens midler. Velfærdsstaten skulle fremme den enkeltes mulighed for at blive en myndig borger, men midlerne hertil (et omfattende pro-

11. Bl.a. W.J. Mommsen (ed.) (1981): *The Emergence of the Welfare State in Britain and Germany*. Croom Helm. London.

fessionelt system med midler der griber langt ind i den enkeltes liv) bidrager systematisk til at undergrave dette mål.

I det følgende skal der peges på, hvordan udviklingen i velfærdsstaten efter 60-erne har været præget af *mere og mere tilspidsede modsætninger mellem mål og midler*. Det skal især fremhæves, hvordan sundhedssektoren har bidraget til denne udvikling.

Velfærdsmodellen

Gennem velfærdsstatens snart hundredårige historie kan man konstatere tilstedeværelsen af bestemte procedurer for organiseringen af den statslige intervention. Disse procedurer (der både omfatter procedurer for den konkrete – primært professionelle – indsats og procedurer for begrundelser for indsatsen) ændrer sig i det historiske forløb, og der er betydelig variation i måden procedurerne faktisk følges på under forskellige samfundsmæssige og historiske betingelser. Det er alligevel muligt at beskrive *typiske former og sammenhænge*. Denne beskrivelse vil i det følgende blive omtalt som velfærdsmodellen. Begrebet 'model' bruges her til at betegne en abstraktion dvs. en karakteristisk af *typiske fremgangsmåder*. Det er ikke meningen at give indtryk af, at velfærdsmodellen har foreligget som en slags mental repræsentation for velfærdstaternes forskellige arkitekter og aktører. Det ville – som fremhævet ovenfor – være meget problematisk at antage, at der i denne forstand skulle ligge én bestemt idé eller ét afgrænset sæt af forbundne ideer til grund for udformningen og udviklingen af velfærdsstaten.

Formuleringen af velfærdsmodellen i det følgende vil imidlertid afsløre en *modstrid* mellem de *begrundelser for handlemønstre*, som er karakteristiske for velfærdssystemet, og *den faktiske sammenhæng* mellem systemets forskellige elementer.

Gennem hele velfærdsstatens historie har den statslige indsats over for befolkningen sigtet mod at yde det, der er *nødvendigt for den enkeltes liv eller velfærd*. Hvad det enkelte menneske herudover har af personlige ønsker er ikke et anliggende for velfærdsstaten. Der forudsættes med andre ord en skelnen mellem behov (almene behov) og individuelle ønsker. Økonomisk støtte i tilfælde af arbejdsløshed, sygdom eller svækkelse var den tidlige velfærdsstats grundlæggende midler til sikring af nødvendige materielle behov.

Denne tidlige sammenkædning af indsats (eller som vi ville sige i dag: service) og behov var ikke et resultat af teoretiske overvejelser. Det forudsatte behovsbegreb blev ikke anset for problematisk, sandsynligvis fordi det blev betragtet som en åbenbar kendsgerning, at f.eks. arbejdsløshed og dermed tab af indtægt afskar en familie fra nødvendige forudsætninger for at opretholde liv og velfærd.

Det er først i velfærdsstatens udvikling fra midten af dette århundrede, at sammenkædningen af behov og indsats rejser problemer på grund af den stadigt tiltagende professionalisering af velfærdsstaten og af dens fremstilling og fordeling af service. Nu er det ikke længere muligt at betragte behov som empirisk foreliggende forhold. Det bliver tværtimod en del af de professionelle opgave at identificere behov, dvs. at identificere hvad der er nødvendigt for individernes opretholdelse af liv og velfærd.

En betragtning af denne udvikling (specielt i forlængelse af den omfattende specialisering inden for medicinen og udviklingen i den medicinske teknologi) dokumenterer klart, at behovsbestemmelsen ikke blot er påvirket af skiftende normer for velfærd, men at den også er resultat af udviklingen af nye handle- (og behandlings-) muligheder inden for de forskellige former for professionel praksis.

Den professionelle service skal tilvejebringe og fordele *midler*, der skønnes passende i forhold til *målet: at tilfredsstille de almene eller grundlæggende behov*. I udfoldelsen af denne praksis sker der imidlertid noget ejendommeligt: *Midlerne* kommer selv til at konstituere målene. Tilfredsstillelse af bestemte behov, der angiveligt er målet med velfærdsstatens praksis, bliver midler til nye mål: Udvikling af nye behandlingsprocedurer og ny behandlingsteknologi.

Når midler bliver mål – et eksempel

I det følgende skal et konkret eksempel illustrere de komplekse sammenhænge mellem mål og midler i velfærdsstatens serviceapparat.

En gammel dame findes bevidstløs og bringes til hospitalet. Hun har tidligere været indlagt med en mindre hjerneblødning. Hun har længe været meget svækket. Hospitalet råder over et antal respiratorer. I det omfang kapaciteten tillader det anbringes patienter i samme tilstand som den gamle dame i respirator. Det sker også her.

Der er kun få pårørende, heriblandt et par gamle søskende, som lægerne har svært ved at kommunikere med om patientens situation. En nevø underrettes om tantens tilstand. Under et besøg på hospitalet taler han med overlægen. Der er intet reelt håb om, at den gamle vil klare dette. Ovenikøbet behandles hun nu for en lungebetændelse.

Der er i en vis forstand tale om en standardiseret praksis. Respiratorbehandling er et middel i det behandlingsmæssige arbejde. Målet er – generelt formuleret – at sikre patienters overlevelse. I det konkrete tilfælde beskrevet ovenfor tjener respiratorbehandlingen ikke som middel til at dække patientens behov. Det udelukkes nærmest, at hun har nogen chance for at overleve i betydningen 'at vende tilbage til livet'. Reelt bliver henvisning til 'behov for respiratorbehandling' et middel til at begrunde opretholdelse og videreførelse

af den etablerede praksis med respiratorbehandling: Det, der egentlig skulle være et *middel* (identifikation af et behov) til et *delmål* (tildeling af en dækkende behandling) bliver i denne proces omdannet til *mål*.

Det ville dog være at tegne et forenklet billede af den bestående praksis, hvis man gav det udseende af, at identifikation eller anerkendelse af behov alene var bestemt af bestående behandlingsprocedurer og teknologiske muligheder. Den gamle dame får ikke bare respiratorbehandling, fordi der (tilfældigvis) er en betydelig respiratorkapacitet på det hospital, hvor hun indlægges. Hun er i en tilstand, som – alt andet lige – begrundet behandlingen. Problemet er, at behandlingen ikke gennemføres på grundlag af en konkret, individuel behovsbetømmelse, men at hun – så at sige – underlægges systemets logik.

Denne logik er imidlertid ikke tilstrækkeligt belyst gennem beskrivelsen af de etablerede, teknologisk begrundede behandlingsprocedurer på det pågældende hospital. Der er tale om et dansk hospital og om en praksis, der således udøves inden for rammerne af en velfærdsstat. Den gamle dame får respiratorbehandling, ikke bare fordi der er en ledig respirator. Men hun har en ret til at blive behandlet på lige fod med andre, der indlægges i en lignende tilstand. Der var ingen pårørende til stede, da hun blev indlagt. Der var således heller ikke nogen, der eventuelt kunne anmode lægerne om at gøre, hvad der måtte være menneskeligt muligt. Måske var hun en enlig dame uden nogen til at tale hendes sag. Men velfærdsstaten skal netop vise sin styrke også i sådanne situationer. Hun skal have adgang til samme behandling som andre. Alder, køn, race eller social status betyder principelt intet, når velfærdsstaten fordeler sine serviceydelser.

Velfærdsstaten skal med andre ord ikke blot producere en service, der er passende i forhold til almene behov. Den skal også sikre at alle, der har samme behov, har lige muligheder for at få deres behov dækket. Dette rettighedsperspektiv fører til yderligere komplikationer for forståelsen af sammenhængen mellem mål og midler i velfærdsstatens indsats.

Sammenfattende kan det altså fastslås, at fastlæggelsen (eller anerkendelsen) af behov (det der er nødvendigt for den enkeltes liv eller velfærd) er bestemt af, hvad der er teknisk (professionelt) muligt og af, hvad der er fordelingsmæssigt muligt under hensyntagen til materielle ressourcer og politiske prioriteringer.

De komplekse sammenhænge mellem mål og midler i velfærdsmodellen, som er belyst ovenfor, forklarer den standardisering af service, som er typisk for den moderne velfærdsstat og som har været et af kritikpunkterne i de senere års debat om velfærdsstaten.

Kritikere har undertiden hævdet, at det er det grundlæggende menneskesyn, det er galt med, at modellen forudsætter, at alle er ens og har samme behov og derfor skal behandles på samme måde.

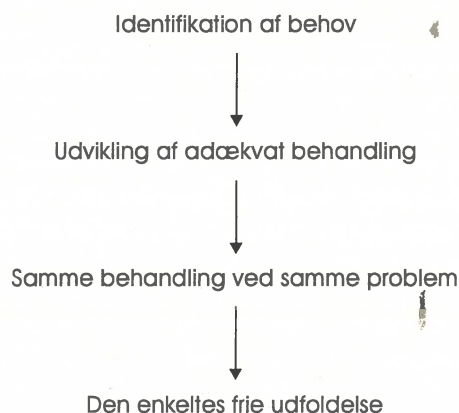
Dette er en overfladisk betragtning. Den grundstruktur ved velfærdsmodellen, som er skitseret ovenfor, er forenelig med, at mennesker har forskellige perspektiver for deres liv, og at modellen faktisk skal medvirke til at tilvejebringe betingelser for at mennesker kan udfolde deres eget livsprojekt.

Årsagen til standardiseringen må søges i systemets funktionsmåde. Behovsfastlæggelse er bl.a. en funktion af udviklingen i den professionelle service, dermed er den afhængig af specialiseringen inden for professionerne og af den videnskabelige ideologi, der har præget disse, en ideologi der har tillagt procedurer for specifik behandling (dvs. procedurer der foreskriver specifik behandling for samme diagnostiske enhed/sygdomsenhed en særlig videnskabelig status). Videre er standardiseringen en funktion af rettighedsperspektivet: Sigtet er at modvirke forskelsbehandling. Enkeltpersoner eller grupper skal ikke afskæres fra at modtage den ydelse, der skønnes bedst at dække de 'almene behov'. Dette fører imidlertid uundgåeligt til komplikationer, hvis enkeltpersoner ønsker en anden behandlingsservice end den standardiserede.

Fravigelse af standardprocedurerne kan have omfattende økonomiske og etiske konsekvenser. Selv hvor der er tale om meget gamle og i forvejen svækkede patienter, vil standardproceduren i tilfælde af hjerneblødning eller andre akut tilstødende lidelser være den samme som for andre patienter: Indlæggelse på nærmeste større hospital (i visse områder endog med respiratorbehandling). I nogle tilfælde ønsker de nærmeste (eventuelt efter forudgående overvejelse sammen med den sygdomsramte) proceduren fraveget og foreslår, at den gamle får lov at blive hjemme. Men systemet er ikke indrettet på og derfor heller ikke forberedt på håndtering af en sådan situation. Følges standardproceduren er ansvaret for ordentlig behandling så at sige legemliggjort i selve systemets funktionsmåde. Men hvem skal bære ansvaret, hvis standardproceduren fraviges, og der senere måske alligevel (fra pårørende) rejses tvivl om den gamle nu også fik, hvad hun havde behov for. Behovet er fastlagt ud fra standardproceduren. Den bevidstløse patient (også en gammel og svækket) har behov for den optimale behandling, som kan gives af den bedste lægelige ekspertise.

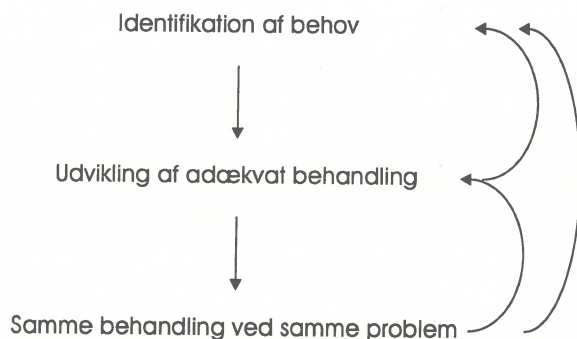
Velfærdsmodellen viser sig at være langt mere kompleks end den umiddelbart tager sig ud. Hvis vi lader modellen sammenfatte de begrundelsessammenhænge, der anvendes af aktørerne inden for systemet, har den følgende form:

fig. 1



Lader vi derimod modellen repræsentere de særlige sammenhænge mellem mål og midler inden for velfærdssystemet, som er illustreret ovenfor, viser den sig at være langt mere kompleks:

fig. 2



Velfærd eller professionelt formynderi?

For nogle kritikere vil dette måske være det bedste bevis på, at velfærdsstaten er i en dyb krise. Viser det sig nemlig ikke ganske klart, at modellen rummer klare selvmodsigelser? Ind i modellen er bygget den antagelse, at der handles

ud fra objektive behov; ja, dette er måske endda noget af det, der skulle give modellen dens legitimitet. Men behovsbestemmelsen viser sig at være afhængig af servicesystemet og den professionelle praksis (som ifølge modellen skulle begrundes med henvisning til behovene). Behovsfastlæggelsen er også afhængig af den politisk (eller etisk) funderede fordelingsprocedure (rettighedsprincippet). Men har dette perspektiv ikke som sin logiske forudsætning, at der findes bestemte almene behov (noget fælles menneskeligt)?

Disse spørgsmål synes at være benzin på den brand, som kritikere forlængst har antændt under velfærdsmodellen og velfærdsstaten. Her har man dels gjort gældende, at velfærdsstaten er blevet et instrument for professionelle gruppers forvaltning af egeninteresser under dække af at varetage de svages, nødlidendes og syges objektive behov, og man har ligeledes hævdet, at velfærdsstaten i virkeligheden er et ideologisk overgreb mod menneskets grundlæggende autonomi, dets mulighed for og ret til at forvalte eget liv.

Det kunne tage sig ud, som om en nøgtern redegørelse for velfærdsstatens faktiske funktionsmåde begrunder denne ideologiske kritik, som andre har afvist som neo-liberalistisk ideologi, der alene sigter mod at undergrave eller ødelægge møjsommeligt opbyggede samfundsmæssige støttesystemer.

Mennesket, det menneskelige og de sande menneskelige værdier er – siger kritikere – fortrængt i et system og et samfund, hvor professionelle og deres politiske håndlangere har gjort menneskelige problemer og menneskelig lidelse til deres ejendom, så patienter og klienter er blevet kasterbold mellem griske og kæmpende professionelle grupper.

Man kan med rette mobilisere en vis skepsis over for tidens mange ideologiske angreb på velfærdsstaten. Men eksistensen af en mangfoldighed af former for professionel praksis i stadig udvikling og dermed også en mangfoldighed af professionsgrupper, indebærer udfordringer for os alle i en tid, der samtidig er præget af krav om demokratisering og demokratisk kontrol også på områder, der tidligere blev overladt til eksperter. Problemets omfang illustreres bl.a. af den beskrevne kløft mellem systemets ideologi (den måde velfærdsstatens aktører almindeligvis begrunder systemets funktion på) og modellens faktiske struktur.

I den efterfølgende artikel om »Velfærdsstaten og den demokratiske læreproces« beskriver Thomas Højrup, hvorledes de professionelle i velfærdssystemet kan bidrage til en demokratisk proces.

Velfærdsstatens udvikling og tilbuddet om stadigt flere behandlingsmuligheder rejser store problemer om prioritering af ressourcer i systemet. Prioritering synes bl.a. at forudsætte formuleringen af mål for sundhedssystemet. Vor viden om, at målene i vid udstrækning er et resultat af de professionelle praksis (der var tænkt som midler til at realisere opstillede mål) rejser nye store udfordringer. Nogle af disse behandles i artiklen »Sundhed og Retfærdighed«.

Velfærdsstatens krise og den demokratiske læreproces

Thomas Højrup

Velfærdsstaten bygger i dens oprindelige udformning på den forudsætning, at der er basale menneskelige behov, og at der kan opnås konsensus mellem eksperter og politikere herom og om midlerne til at imødekomme de basale behov.

I en årrække er konflikter mellem politikere og professionelle og mellem professionelle grupper indbyrdes blevet mere og mere synlige. Professionelle grupper har krævet andel i de offentlige ressourcer under henvisning til, at de har behandlingsmæssige midler til at dække vitale behov hos den ene eller anden gruppe af borgere. Politikere – og andre – har kritiseret professionelle for at skubbe patienter, klienter eller andre grupper foran sig som et dække over varetagelse af egne snævre interesser.

Af debatten om velfærdsstaten kunne man forledes til at tro, at det er denne statsform som sådan, der går sin undergang i møde. Alt tyder imidlertid på, at denne form for debat tværtimod skal betragtes som et vitalt element i velfærdsstatens politiske liv, fordi den er forudsætningen for en levende diskussion om, hvorledes denne statsforms institutioner løbende udformes og omformes. Og netop dette, at store områder af den samfundsmæssige produktion og reproduktion hverken er styret af markedet eller af en autoritær planmyndighed, men tværtimod varetages af en offentlig sektor, hvis virke er til debat, og hvis indretning og udformning er noget, borgere og brugere må tage stilling til og lave om på, er essentielt for velfærdsstaten som sådan.

Til denne debat hører imidlertid, at de forskellige politiske partier og grupperinger i deres kamp for indflydelse og overlevelse argumenterer med, at hvis deres modstandere får magt, som de har agt, så trues velfærdsstaten af enten 'økonomisk ruin' eller 'asociale nedskæringer'. Det hører med andre ord med til en velfærdsstats ideologiske trivsel, at den er i 'krise'.

Nu er det imidlertid almindeligt at spørge sig selv, *hvem* det egentlig er, der har både magt og agt til at påvirke udvikling og indretning af velfærdsstatens offentlige virke. Det, at så stor en del af samfundsökonomien styres af helt andre mekanismer end markedets og kapitalismens, indebærer jo, at vi også har at gøre med en samfundstype, hvor ualmindeligt mange mennesker er offentligt ansatte og derfor har særinteresser knyttet til omfanget og udformningen af den offentlige sektor.

Professionaliseringen af det offentliges opgaveløsning er i sit udgangspunkt et *middel* for staten til at skabe bedre og mere effektive løsninger af forsvars-, sundheds- og uddannelsesopgaverne samt andre serviceopgaver for samfunds-

borgerne. Offentligt ansatte professionelle pædagoger, officerer, læger, sygeplejersker osv. har vi for at få løst store samfundsopgaver bedst muligt. Men som for tilsvarende midlers vedkommende bliver også dette middel et mål i sig selv. For de offentligt ansattes vedkommende er professionaliseringen med til at gøre dem uundværlige for opgavernes varetagelse, hvorved den bliver *deres* middel til at vedligeholde og udbygge deres magt og position i stat og samfund. Professionalisering og specialisering er med andre ord også magtinstrumenter til at forsvare særinteresser.

Professionalisering betyder, at en faggruppe uddannes til at varetage en opgave bedre end andre, hvorved den kommer i besiddelse af en ekspertise på området, som andre må lytte til. For at forstå de sundhedsprofessionelles og tilsvarende offentligt ansattes særlige muligheder for at fastholde og udvide deres eksistensbetingelser er det imidlertid nyttigt også at se på den måde, hvorpå offentlig virksomhed finansieres og styres i en velfærdsstat.

Offentlig virksomhed finansieres gennem beskatning af statsborgerne. Samtidig har de selv samme borgere demokratisk indflydelse på den finanslov, der afgør, hvorledes skattekronebrugen bruges på forskellige former for offentlig virksomhed og overførselsindkomster. Deraf afhænger arten og omfanget af de forskellige opgaver, som specielle faggrupper sættes til at varetage. Det afgørende er, at det produkt, store dele af velfærdsstatens offentlige sektor frembringer, har borgerne som målgruppe, og at borgerne – på baggrund af deres relative tilfredshed med den offentlige 'service' – tager del i den politiske beslutningsproces, der styrer finansieringen af den selv samme produktion.

Da de behov, den offentlige service dækker, som fremhævet i Uffe Juul Jensens artikel »Velfærdsstatens krise« (i denne bog) ikke er eviggyldige, men kulturhistorisk betingede, er det ikke givet, på hvilken baggrund borgernes tilfredshed eller utilfredshed med de offentlige ydelser bliver til. Udformningen af den relative tilfredshed med det, de offentligt ansatte kan og gør, præges af, hvad der netop nu betragtes som naturligt og nødvendigt for at kunne leve et godt liv som menneske og samfundsborger. Ud over befolkningens kulturelle livsformer er det med andre ord dens begreber om, hvad det vil sige at være sund og rask, at være vel uddannet, at være godt boende, have gode forbindelsesmuligheder og tilsammen et oplyst og velinformeret, sikkert og bæredygtigt samfund, der danner baggrund for vor konkrete vurdering af de ydelser, vi finansierer kollektivt som stat.

Disse begreber opstår ikke ud af den blå luft, men udvikler sig i takt med udviklingen af nye teknikker, redskaber og metoder til at løse de hidtidige opgaver; en udvikling der rejser nye problemstillinger og påpeger nye opgaver, som kunne og burde varetages. I en professionaliseret velfærdsstat udspringer dette udviklingsarbejde af f.eks. den pædagogiske praksis og den medicinske behandlingspraksis i de offentlige skoler, på hospitaler, plejehjem osv., hvis

faggrupper uddannes og videnskabelige grundlag leveres af de statslige forsknings- og uddannelsesinstitutioner.

Den offentlige sektors praksis producerer med andre ord ikke kun den service, det drejer sig om for borgerne, men udvikler også den diskursive baggrund – dvs. de grundlæggende begreber om hvad der er naturligt og nødvendigt i et moderne samfundsliv, – som sætter dagsordenen for, hvad borgerne og brugerne synes, det hele drejer sig om. Gennem denne diskursive magt producerer de professionelle faggrupper i det offentlige derfor stadig nye behov, som er med til at sætte dagsordenen for, hvad borgerne vil have ud af den offentlige sektor. Karakteristisk for velfærdsstatens offentlige praksis er derfor ikke kun dens professionalisering, men også at de ansattes væsentligste middel til at sikre sine egne finansielle eksistensbetingelser ligger i at bidrage fagligt til den diskurs, der sætter dagsordenen for, hvad samfund og statsmagt vil med sin offentlige sektor og bestiller af den. Det er lærerne, der gør os opmærksomme på, at der skal flere penge til de musiske fag, fordi vi bør sikre os, at børnenes kreativitet udvikles. Det er sygeplejerskerne, der går til medierne, når en omsorgsfuld og personlig pleje fordrer mere personale. Lægerne foreslår jævnlige øgede bevillinger til de nye behandlingsformer, de udvikler, mens humanisterne forklarer, at kulturarven er truet, hvis ikke bevillingerne til humanistisk forskning og formidling garanteres.

Ud fra dette perspektiv er befolkningen underkastet en hær af professionelle offentligt ansatte, hvis diskursive magt fastholder et formynderisk åg over skatteborgerne.

En almindelig reaktion herpå er at kræve ekspertvældet erstattet af en styring, der tager sit udgangspunkt i brugernes personlige ønsker og behov. Problemet er imidlertid, at brugersynspunkter ikke er et uafhængigt alternativ til ekspertvælde, fordi ekspertvældet netop virker gennem de begreber om godt og skidt, nødvendigt og naturligt, hvormed borgere og brugere formulerer deres synspunkter. For eksempel kommer det aktuelle krav om menneskets 'autonomi' ikke bare fra folkedybet, for dets udformning hviler på begrebsgymnastik, der udvikles på humanistiske institutter af professionelle filosoffer og systemkritiske faggrupper, der vil erstatte de nuværende måder at behandle folk på med nye behandlingsformer, der hviler på et 'humanistisk menneskesyn'.

Ud fra et komplementært perspektiv tager sagen sig imidlertid helt anderledes ud. For den diskursive magt tjener jo ikke kun én interesse. I og med at velfærdsstatens professionelle er nødt til at kunne forklare sig og argumentere for deres indsats, så er de også bragt ud i en konkurrence med hinanden om, hvilken type af indsats, hvilke behandlingsformer, hvilke typer af ekspertise og i sidste ende hvilke faggrupper og retninger indenfor fagene, der er mest overbevisende og som bør prioriteres finansielt.

Ud fra dette perspektiv er det offentliges professionelle bragt ud i en indbyrdes konkurrence om at sætte dagsordenen for, hvordan problemerne skal fremstilles, og hvordan virkeligheden på f.eks. sundhedsområdet ser ud. Om det er medicinske, etnologiske, psykologiske og/eller sociologiske diagnoser, der får lov at tegne billedet af folks problemer, har afgørende betydning for, hvilke faggrupper og hvilke metoder der vil blive prioriteret og finansieret.

Ud fra velfærdsstatens perspektiv er de offentlige professionelles kamp for deres egen eksistensberettigelse derfor alligevel et listigt middel, nemlig et middel til at få divergerende og konkurrerende begreber og grundanskuelser på banen, som velfærdsstatens borgere kan tage stilling til, prøve af og vælge imellem ud fra de erfaringer, de løbende gør med brugen af dem. Og ikke nok med det, for evnen til at argumentere overbevisende for sine grundanskuelser afhænger af de forskningsresultater og den viden, der kan mønstres af fagfolkene, hvilket betyder, at denne konkurrence imellem argumenter på forstandens marked også driver en betydelig forskningsindsats frem, der stadig tilbyder nye måder at anskue og forklare tingene på.

Hvis, med andre ord, velfærdsstatens borgere og brugere ikke bare underkaster sig de professionelle behandlere og rådgivere i blind tillid til ekspertisens magt, men tværtimod betragter dem som en vifte af tidens mest kvalificerede bud på beskrivelser af og metoder til at afhjælpe problemerne, så skaber denne statsform rum for fornuftens stillingtagen til og valg imellem de forklaringer og metoder, der for tiden tilbydes af de professionelle faggrupper. Og da denne fornuftens list kan vælge og vrage på forstandens marked og gøre sig erfaringer med de metoder og faggrupper, som man forsøger at satse på, kan resultaterne af de foretagne valg indgå i overvejelserne ved næste valg. Muligheden for at vælge og muligheden for, at valgene får konsekvenser for de foretagne prioriteringer, kaster gode og dårlige erfaringer af sig, på baggrund af hvilke man igen kan drøfte fordele og ulemper, korrigere tidligere beslutninger og igen forsøge gamle eller nye veje.

Til forskel fra en markedsmekanisme eller en autoritativ planmyndighed udmærker dette system sig ved at åbne mulighed for en *demokratisk læreproces*, hvor fornuften ikke er i lommen på en professionel elite, men tværtimod gør brug af de professionelles argumenter, som må konkurrere på forstandens marked om borgernes tillid, sympati og penge. De professionelle er tvunget til at producere argumenter, der kan holde i en offentlig debat, tvunget til at kritisere hinanden og til at se kritisk på egne argumenter og grundbegreber, når de ikke slår til. I et sådant system vil en vågen befolkning som kollektivt statssubjekt kunne feje de professionelle gruppers metoder og grundopfattelser til side, som ikke formår at argumentere overbevisende for deres eksistensberettigelse. Fremfor penge og enevælde er det i sidste instans evnen til at kunne overbevise andre om sin eksistensberettigelse, der afgør, hvilke metoder, begreber og professioner, velfærdsstaten sætter til at producere sine ydelser.

En demokratisk læreproces er selvfølgelig ikke den givne følge af ethvert velfærdsstatsligt projekt. Den fordrer både borgere, brugere og professionelle, der selvbevidst anerkender hinandens opgaver og forstår deres samspil i en demokratisk velfærdsstats særlige, offentlige produktionsmåde. Hvis man f.eks. blot forsøger at erstatte den diskursive magt med 'det personlige møde' imellem professionel og bruger, forbliver man fanget i diskursens magtudøvelse, bare repeterende en ny professionel dagsorden for det rette forhold imellem behandler og patient. At gøre demokratisk brug af diskursen fordrer, at man ikke hengiver sig i den rene tro på den ene eller den anden dagsorden, men underkaster ethvert professionelt bud på nye dagsordner, forklaringer og metoder en grundig debat og kritisk stillingtagen, – dvs. betragter dem som de for tiden bedst begrundede alternativer og ikke som mulige repræsentanter for sandheden.¹

Fra professionel side kan man beklage, at det ofte er de overfladiske argumenter, der løber af med den folkelige debat, hvilket risikerer at sende et hav af kortvarige modebølger ind over den offentlige virksomhed, som f.eks. Steen Wackerhausen beskriver det for sundhedssektorens vedkommende (Steen Wackerhausen, i denne bog). Den eneste trøst er, at enhver modestrømning selv kommer til at stå for skud, når resultaterne begynder at tælle, samt at det står enhver part frit for at afsløre de herskende paradigmers blændværk og at bombardere hovedkvarteret, hvis der er civilcourage til det. Til gengæld skal man som faggruppe ikke have dårlig samvittighed over at kæmpe for sin egen anerkendelse og eksistensberettigelse, for netop denne egeninteresse er et redskab for fornuftens list i velfærdsstatens demokratiske læreproces.

Karakteristisk for velfærdsstaten er, at det er en statsform, i hvilken individet er en selvbevidst person i kraft af dets medlemsskab af et kollektivt statssubjekt, der anerkender sine statsborgere som individuelle, frie og lige personer. Samtidig henter borgerne hovedparten af deres materielle livsbetingelser i et markedsorganiseret civilsamfund, hvis produktionsmåder indebærer forskellige livsformer, der skaber store uligheder imellem menneskene. Som statsborgere er menneskene imidlertid anerkendt som personer, der uden navns anseelse og velstand anerkendes samme trækningsret til velfærdsstatens offentligt producerede ydelser og bistand. Hævet over civilsamfundets uligheder og vilkårligheder har menneskene som personer lige adgang til kollektivets velfærdsgoder og lige indflydelse på deres produktion. Den gamle enlige kone, der samles op i sin lejlighed har samme adgang til Rigshospitalets respirator som den kendte dame, der har venner til at tale sin sag for sig.

1. Dette er drøftet i Thomas Højrup & Uffe Juul Jensen (1993): »Den suveræne stats krav til borgerne og borgernes krav til staten«, i H.H. Brydensholt (red.): *Brugeren viser vej. Markedsorientering i det offentlige på godt og ondt*. Dafolo Forlag. Frederikshavn.

Komplementært til denne statsforms betydning for personens anerkendelse beskriver denne statsforms særlige etik individerne som selvberørende personer, fra hvis vilje den samfundsmæssige fornuft udspringer. Individet er ukrænkeligt og grundkilde til al samfundsmæssig orden og humanitet. Dets frihed og ansvar er det gode samfunds grundpille. Individualitetens myte – forestillingen om at samfundet og staten forudsætter personen og ikke omvendt – kan give anledning til kortslutninger, som når man f.eks. kun tænker statsmagten som en formynder, der begrænser individets frihed og ikke ser staten som den nødvendige forudsætning for individets frihed. Som herskende ideologi er den humanistiske etik imidlertid nødvendig for velfærdsstatens eksistensmåde og offentlige produktionsmåde:

På den ene side er velfærdsstatens anerkendelse af borgeren, der hæver denne som person over civilsamfundets uligheder og vilkårligheder, en betingelse for at alle personer uanset deres livsskæbne i civilsamfundet – som kollektiv kan sikre hinanden trækningsret til kollektivt producerede velfærdsgoder. Det er som statsborgere og ikke som mennesker, vi har personlig andel i velfærdsstatens kollektiv.

På den anden side er den etik, der sætter personen i centrum og lægger styringen af den offentlige produktion ud til borgernes afgørelse – hvor det i næsten alle andre statsformer er fyrstens eller oligarkiets egen afgørelse – betingelsen for, at den offentlige produktionsmåde styres af en demokratisk læreproces. Betingelsen for, at vi som personer kan betragte staten som vort kollektive subjekt er til gengæld, at vi selv som personer er inddraget i det nationale projekt, det er at drive en velfærdsstats offentlige sektor til fælles gavn.

Velfærdsstaten kommer som statsform betragtet først i en eksistentiel krise den dag, den ene af disse to sider negligeres og skuden kæntrer. Den bedste sikring herimod er nok en aktiv folkelig og professionel brug af den demokratiske læreproces, gennem hvilken personens behov for velfærdsstaten og velfærdsstatens behov for personen aktualiseres som en hverdagserfaring trods alle tidens ideologiske kortslutninger.

FORSKELLE OG FORANDRING

– bidrag til humanistisk sundhedsforskning

Bogen bygger på en række indlæg ved »1. nordiske konference om sundhed, menneske og kultur« afholdt under overskriften *Forskelle og Forandring*.

Flere af bidragene placerer sig i centrum af den aktuelle og fremtidige diskussion og forskning inden for afgørende felter på sundhedsområdet: F.eks. brugerstyring, prioritering, kvalitetssikring, livskvalitet, autonomi, sundhedsfremme, retfærdighed, alternative behandlingsformer, forebyggelseskampagner samt værdiforandringer i debatten om sundhedsvæsen og velfærdssamfund. Der er tale om temaer af omfattende betydning for borgere og brugere. Disse personer må – ifølge flere af diskussionerne i *Forskelle og Forandring* – inddrages dels som led i demokratiseringen af sundhedssektoren og dels for at belyse forskellige veje til udvikling af praksis i denne sektor.

Tanken med bogen er, at overnævnte emner ikke kun må være i fokus for en mindre kreds, men at offentligheden i bredest muligt omfang får lejlighed til at engagere sig i dialog om og afgive perspektiver på SUNDHED. Udgivelsen henvender sig derfor ikke blot til professionelle praktikere men også til brugere og politikere. Endvidere er bogen aktuel for mennesker, der er engageret i sundhedssektorens udvikling og i debatten om sundhed og velfærd generelt, ligesom den er relevant for dem, der har interesse i den teoretiske og filosofiske afklaring af sundhedsbegreber.

Bogen kan således betragtes som en fortsættelse af *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis* (Philosophia 1994) og vil ligesom denne bl.a. kunne læses ved de videregående uddannelser inden for sundheds- og socialområdet.

Bidragydere: JØRGEN HUSTED, OLE DREIER, UFFE JUUL JENSEN, PETER ELSASS, KIRSTEN HASTRUP, CARL ERIK MABECK, STEEN WACKERHAUSEN, MORTEN NISSEN, THOMAS HØJRUP, CHARLES WEBSTER, LISBETH HAASTRUP, HELLE JOHANNESSEN, HYSSE B. FORCHHAMMER, KAREN MUNK, CHARLOTTE HØJHOLT, LENE OTTO, BJARNE KILDEGAARD OG GRETE DAVIDSEN.