

Sundhedspolitik og lokal samfundsmedicin

– en kritisk analyse af den primære sundhedstjeneste på baggrund af erfaringer fra Næstved-projekterne.

Dorte Gannik

Allan Krasnik

Henrik Sælan

Marianne Jespersen

Laila Launsø

Från att ha varit en privat- och familjeangelägenhet har sjukdom och hälsa i ökande grad blivit en samhällsekonomisk angelägenhet.

Samhällsproblemet "sjukdom" uppfattas fortfarande som somatiska, psykiska och beteendemässiga problem eller handikapp hos enskilda individer.

Den strukturella uppbyggnaden av såväl primär- som sekundärvård är konstruerad för att behandla individuella hälsoproblem med individinriktade åtgärder. Det är de *professionella* grupperna inom hälso- och sjukvården som definierar vilka problem som är relevanta att arbeta med och vilka (be)handlingar som erbjuds användarna inom det auktoriserade systemet.

Det har under 1970-talet varit en stark tillväxt av antalet alternativa behandlare och lokala intresseföreningar (hälsogrupper) i frisk- och hälsovård. Dessa tendenser kan delvis ses som ett återinförande av tjänster inom hälso- och sjukvård i privatekonomisk regi, delvis betingat av upplevd otillfredsställelse med den offentliga sjukvården. Artikeln diskuterar orsaker till och konsekvenser av denna tendens.

Hälsoväsandets rätt att definiera mål och medel bygger på ett antagande om att det existerar en intressegemenskap mellan professionella hälsoarbetare, politiker, administratörer och utnyttjare av hälso- och sjukvård. Undersökningsresultaten som presenteras i artikeln motsätter sig rimligheten av ett sådant generellt antagande.

Vidare påvisas och analyseras att hälsopolitiska målsättningar på primär- och landstingskommunal (amts-) nivå övervägande handlar om rationalisering och effektivisering av den bestående strukturen, snarare än en egentlig ändring av denna, och med huvudvikten lagd på budgetvård.

Bristen på facklig styrning och utvärdering av hälso- och sjukvård skapar frustrering och en defensiv hållning hos hälsoarbetarna. Dessa är i stor utsträckning medvetna om problemen, men de har svårt att överskrida existerande, hämmande mekanismer inom organisationen, varför hälsoarbetarna sitter som "tysta vittnen".

Genom en beskrivning av individernas självbehandling, bruk av alternativa behandlare och tillväxt av hälsogrupper får man en bild av den individuella och kollektiva reaktionen på det auktoriserade hälsoväsandet.

En exkludering av användarna som faktiskt deltagande personer har historiskt betytt att hälsoarbetet har blivit fråntaget dynamiken och samspelet med konkreta levnadsvillkor.

Artikeln understryker samhällsmedicinens betydelse på lokal nivå som redskap i framtida forsknings-, planerings- och utvecklingsarbete inom primärvården.

Dorte Gannik är sociolog, Marianne Jespersen läkare, Allan Krasnik läkare, Laila Launsø sociolog och Henrik Sælan läkare, alla verkamma vid Institut for social medicin, Köpenhamn.

Fra at have været et privat- og familieøkonomisk anliggende er sygdom og sundhed i stigende grad blevet et samfundsøkonomisk anliggende. I det ydre blev denne udvikling i Danmark fuldført ved oprettelsen af den offentlige (skattefinansierede) sygesikring og nedlæggelsen af Sygekasserne i 1973. Imidlertid har den samfundsmæssige overtageelse af finansieringen af sygdom og sundhed, via sundhedsvæsen og kompenseringsydelser (dagpenge etc.), ikke medført at sygdoms- og sundhedsproblemer betragtes som samfundsproblemer. De er forblevet den enkeltes private problem. Samfundsproblemet "sygdom" reduceres til somatiske, psykiske og adfærdsmæssige problemer eller handicap hos det enkelte individ.

Organisationsstrukturen i den primære såvel som den sekundære sundhedstjeneste er opbygget til at angribe individuelle problemer (symptomer) med individrettede ydelser. Det er de professionelle sundhedsarbejdere, der definerer, hvilke problemer, det er relevant at arbejde med, og hvilken behandling, der tilbydes brugerne.

Dette individualiserende sundhedsarbejde hænger tildels sammen med, at brugerne (patienter og potentielle patienter), der skulle drage nytte af sundhedssystemet, ikke er organiseret og således ikke kollektivt kan varetage deres fælles interesser.

Formelt eksisterede en sådan organisering i form af sygekasserne indtil 1973, men den havde i de sidste årtier af sin levetid ingen praktisk betydning. Vi skal i et senere afsnit vende tilbage til de sporadiske organiseringer af brugere indenfor sundhedssystemet, som findes i dag, og drøfte deres betydning.

Det er politikere og administratorer, der fastlægger rammerne for sundhedsvæsenet, men i denne fastlæggelse opererer man mere med økonomiske målsætninger for sundhedsarbejdet end med egentlige sundhedspolitiske målsætninger (PPII. Perspektivplanredegørelse 1972-87, 1973). Sundhedsvæsenets anerkendte ret til at definere mål og midler bygger på en antagelse om, at der eksisterer et interessefællesskab mellem professionelle sundhedsarbejdere, politikere og administratorer på den

ene side og brugere af sundhedsvæsenet på den anden side. Men er der forudsætning for at antage, at der overvejende er sammenfaldende interesser mellem professionelle sundhedsarbejdere og brugere?

Vore undersøgelsesresultater peger ikke på rimeligheden i denne *generelle* antagelse. Sundhedsvæsenet har ingen mulighed for at vurdere, om det tjener brugernes interesser. Dette skyldes bl.a. sundhedsarbejdernes ofte utilstrækkelige viden om og forståelse af befolkningens konkrete levevilkår, samt af brugernes sygdomsopfattelse og sygdomsadfærd.

Vore undersøgelsesresultater peger på, at de professionelle sundhedsarbejdere i den primære sundhedstjeneste i stor udstrækning arbejder med uklare mål og følgelig også med en uklar behandlingsteknologi, der gør det vanskeligt eller umuligt for sundhedsvæsenet selv at besvare spørgsmålet om, hvorvidt det tjener befolkningens interesser. Sundhedsvæsenet kan antage, at det gør det, men ikke vise det.

Uklarheden i mål og i behandlingsteknologi i den primære sundhedstjeneste hænger bl.a. sammen med, at de professionelle sundhedsarbejdere ikke foretager systematiske vurderinger af behandlingernes virkning eller af befolkningens sundhedsproblemer. Den enkelte sundhedsarbejder har sjældent lejlighed til at efterspore behandlingsvirkninger hos den enkelte patient. Og der foretages ikke registreringer, der muliggør vurdering af behandlingers virkning på det samlede sygdomsmønster i et lokalområde.

De uklare mål og behandlingsmetoder i den primære sundhedstjeneste har også den virkning, at det bliver vanskeligt at medinddrage befolkningen (brugerne) i det lokale sundhedsarbejde, fordi selve udgangspunktet for brugerdeltagelse og -indflydelse er uklart.

De ovennævnte problemer i sundhedsarbejdet var væsentlige motiver for igangsættelse af Næstved-projekterne (se *figur 1*).

Projekterne udgør tilsammen en forsknings- og forsøgsvirksomhed med det formål at introducere begrebet *lokal samfundsmedicin* i en dansk kommune.

Figur 1. Næstved-projekterne – en oversigt

Næstved kommune med sine ca 45.000 indbyggere ligger i Sydsjælland i en afstand af 80 km fra København. Her er siden 1975 igangsat en række forskningsprojekter med tilknytning til Institut for social medicin, Københavns universitet. De fem projekter, som tilsammen udgør Næstved-projekterne, supplerer hinanden via deres forskellige indfaldsvinkler og metoder og giver tilsammen et billede af vilkårene for sundhedsarbejde i et dansk lokalsamfund.

A. Forsøgsvirksomhed i sundheds- og skolesystemet

Delprojekt 1: Forsøgsvirksomhed i den primære sundhedstjeneste (lægecenterprojektet)

Udgangspunktet er et dominerende sygdomsproblem, som ligger indenfor traditionelt lægeligt arbejde, nemlig hjertekar-sygdomme. Ved hjælp af epidemiologisk metode og opsøgende virksomhed opnåedes kendskab til viden og holdninger angående hjertekarsygdomme og forebyggelse af disse blandt de ca 10.000 16–60 årige personer, som er tilknyttet et stort lægecenter i Næstved. Endvidere kortlagdes fordelingen af en central risikofaktor, blodtryk, og en mindre risikogruppe blev afgrænset med henblik på bred, forebyggende intervention overfor risikoen for udvikling af hjertekarli-delser. Igennem dette delprojekt forsøgtes traditionel primær sundhedstjeneste udvidet ved hjælp af integration af epidemiologisk metodik og individ- og familieorienterede forebyggende aktiviteter (Krasnik, Sælan & Kempinski, 1979).

Delprojekt 2: Sundhedspædagogik i folkeskolen (skoleprojektet)

Som et forsøg på at iværksætte forebyggende virksomhed i en lokalsamfundsinstitution udenfor den primære sundheds-tjeneste etableredes et sundhedspædagogisk projekt i folkeskolen, væsentligst koncentreret om forebyggelse af hjerte-karsygdomme. Herigennem undersøgtes mulighederne for at medvirke til sundhedsmæssige holdningsændringer blandt børn, og betingelserne for at indpasse sundhedspædagogiske aktiviteter i folkeskolens undervisning er blevet nærmere belyst.

Projektets faktiske indhold og udførelse udformedes af pædagoger og elever i fællesskab, således at man tog direkte udgangspunkt i elevernes egen viden, holdning og adfærd (Lindskov Pedersen, Krasnik & Sælan, 1979).

Delprojekt 3: Forebyggelse i indskolingsfasen (børneprojektet)

I erkendelse af de særlige problemer, som ofte gør sig gældende ved overgangen fra førskole- til skolealderen, etableredes et forsøg på at samle information og koordinere den sociale og sundhedsmæssige indsats specielt for denne aldersgruppe. Forsøget omfattede et samarbejde mellem sundhedsplejerske, pædagoger, skolepsykolog, skolelæge og forældre om tilrettelæggelse af indskolingsfasen udfra systematisk indsamlet viden om det enkelte barns særlige situation. Herved undersøges mulighederne for etablering af en sådan samarbejdspraksis samtidig med, at der indhentes systematisk information om denne aldersgruppes sociale og sundhedsmæssige vilkår.

B. Sygdomsforløb, – bevidsthed og -adfærd i befolkningen

Delprojekt 4: Sociale ressourcers betydning for forløbet af sygdom (rygprojektet)

Ryglidelser udgør en af de mest udbredte folkesygdomme i den danske befolkning, ofte præget af et langvarigt forløb uden mulighed for helbredelse og medførende store sociale problemer. Projektets formål er at opnå indsigt i betydningen af de sociale betingelser for udvikling og forløb af ryglidelse.

Specielt undersøges hvilke faktorer i og omkring individet og i lokalsamfundet, som er bestemmende for udviklingen af individets holdning, bevidsthed og adfærd i forhold til ryg sygdom.

Projektet indbefatter ingen direkte intervention, men skal tilvejebringe et grundlag for forbedret individuel forebyggelse og behandling samt fremtidig generel forebyggelse af ryglidelses opståen (Gannik & Jespersen, 1978).

C. Autoriseret og uautoriseret sundhedsarbejde i lokalsamfundet

Delprojekt 5: En analyse af det autoriserede og uautoriserede sundhedsvæsen (lokalsamfundsanalysen)

En undersøgelse af de etablerede strukturer indenfor såvel det officielle, autoriserede sundhedsvæsen som det uautori-serede, som er væsentlig, men hidtil relativt lidt undersøgt faktor i befolkningens sygdomsbekæmpende aktiviteter.

Undersøgelsen omfatter kortlægning af eksisterende autoriserede og uautoriserede sundhedsarbejders funktioner og arbejdsområder indenfor lokalsamfundets rammer samt befolkningens forbrug og oplevelse af disse (Launsø, 1980).

Projekterne udgår fra Institut for social medicin, Københavns universitet og finansieres af Statens Samfundsvidenskabe-lige Forskningsråd og Sygekassernes Helsefond.

Vi skal senere i artiklen komme tilbage til, hvad lokal samfundsmedicin er, og hvordan den kan tænkes udviklet i et konkret område.

Gennem projekterne har vi kortlagt forskellige dele af sundhedsarbejdet i lokalsamfundet. I projekterne forekommer tre indfaldsvinkler:

1. Forskning og forsøgsvirksomhed, der tager sigte på at analysere muligheder for overskridelse af de traditionelle rammer og begreber for professionel praksis blandt henholdsvis læger, hjemmesygeplejersker og pædagoger. De aktive i dette overskridende og normændrende arbejde var de professionelle selv.
2. Forskning, der tager udgangspunkt i befolkningens subjektive oplevelse af et sygdomsproblem (ryglidelse) og dens egne sygdomsbekæmpende aktiviteter.
3. Forskning, der kortlægger og beskriver eksisterende autoriserede og ikke-autoriserede sundhedsarbejders samt private sygdoms- og/eller sundhedsrettede organiserings arbejdsområder og funktioner i lokalsamfundet.

Nogle af problemstillingerne i projekterne har bedst kunnet belyses ved kvantitative metoder. Andre problemstillinger, specielt de der vedrører bevidstheds- og handlingsfænomener, har vi bedre kunnet belyse ved det kvalitative forskningsinterview. De kvalitative forskningsmetoder giver en bedre forståelse af tanker og holdning og dermed mulighed for at opbygge teorier, der opleves som relevante, og som er velegnede som grundlag for ændring af praksis blandt brugerne (Kvalitative Metoder i Dansk Samfundsforskning, 1979).

Projekternes opbygning og praktiske udformning er præget af deres status som fondsfinansierede videnskabelige undersøgelser ved et universitetsinstitut, der er uden direkte tilknytning til praktisk socialmedicinsk virksomhed. I modsætning til f.eks. Sverige var der ikke i Danmark umiddelbare muligheder for lokalsamfundsmedicinsk forsknings- og forsøgsvirksomhed i kommunalt eller amtsligt regi. Det samarbejde, som i vore projekter er etableret med det kommunale og amtslige sundheds- og forvaltningspersonale samt politikere, har derfor udelukkende været baseret på gensidig velvilje.

I de følgende afsnit vil vi først skitsere hovedten-

denserne i den officielle målsætningsdebat indenfor sundhedssystemet, både fra professionelt og politisk hold, og se på forholdet mellem målsætning og midler på landsplan og på lokalplan indenfor det officielle sundhedssystem.

Derefter vil vi redegøre for strukturen i den primære sundhedstjeneste, sundhedsarbejdernes funktioner og deres eget syn på disse funktioner med hovedvægten på resultater fra projektarbejdet i Næstved kommune.

Det sidste afsnit om befolkningens reaktioner på sygdoms- og sundhedsproblemer (herunder brug af alternative behandlere og private organiseringer) er ligeledes hovedsagelig baseret på resultater fra projekterne.

Gennem disse tre hovedafsnit vil vi påvise eksistensen af nogle konflikter mellem befolkning og sundhedsvæsen og i sundhedsvæsenet, som den påbegyndte debat om målsætning og midler i sundhedsarbejdet ikke indeholder noget svar på. I den afsluttende diskussion skitseres en række hovedproblemer, og der peges på nogle løsningsveje, der bryder med både etableret praksis og officielle visioner.

Det skal pointeres, at artiklen udgår fra de konkrete resultater, projekterne har afdækket i Næstved kommune, men at vi på ingen måde anser de problemer, der beskrives, for specielle for dette område.

MÅL OG MIDLER I SUNDHEDSVÆSENET

Det økonomiske pres på sundhedssektoren har i løbet af 70'erne givet anledning dels til en række kortsigtede akutte indgreb i form af begrænsninger af service, bortfald af tilskud mv, dels til en sundhedspolitisk debat først og fremmest mellem politikere og professionelle. Denne debat har ført til en række mere langsigtede konkrete reformforslag for sundhedsvæsenet i Danmark.

Debatten pågår stadig, og vi skal her rekapitulere de vigtigste målsætninger, der er stillet op, samt beskrive den foreløbige version heraf i lokalpolitisk regi.

Landsplan

Sundhedspolitikken i Danmark er i de senere år

blevet behandlet i en række oplæg fra de politiske partier og fra organisationerne, samt af Indenrigsministeriet gennem Prioriteringsudvalgets betænkning (Prioritering i sundhedsvæsenet, 1977). Vi skal her koncentrere os om den sidste, samt om oplægene fra de to hoved-overenskomst-parter i den liberale del af sundhedstjenesten: Lægeforeningen og Amtsrådsforeningen.

Prioriteringsudvalget for sundhedsvæsenet foreslog i 1977 en større forebyggende indsats på tværs af samfundssektorerne, en øget sundhedspædagogisk virksomhed, større koordination af de sundhedsmæssige opgaver på såvel centralt som lokalt plan samt endelig en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne ved hjælp af bedre information, bedre styring m.v.

Udvalget sammenfattede sine synspunkter således:

"Målsætningen for den hidtidige udvikling af sundhedsvæsenet har været generelt at fremme befolkningens sundhedstilstand mest muligt og at stille den bedst mulige hjælp – bla i form af avanceret lægevidenskabelig og teknologisk bistand – til rådighed for den enkelte i tilfælde af sygdom. Udvalgets forslag tilsigter ikke nogen ændring heri, men alene en justering af midlerne til fortsat at realisere denne naturlige målsætning for sundhedsvæsenets indsats." (s 52)

Man bør notere sig to træk i formuleringen, som generelt karakteriserer de overordnede politiske målsætninger, der er kommet til udtryk i debatten: For det første, at begrebet "sundhed" fremstår, som om der var tale om et klart og éntydigt mål – som om der ikke kunne være nogen uoverensstemmelse om dets konkrete betydning i samfundets forskellige grupper. Begrebet er ikke defineret, og denne mangel på definition gør det muligt at idealisere samfundets hidtidige virksomhed på området, idet man udnytter begrebets diffuse positive værdiladning. Udvalget har heller ikke ladet sig påvirke af den tekniske dokumentation i betænkningens del II, hvor det eksplicit hedder, at en positiv virkning af udviklingen af sundhedsvæsenet på befolkningens sundhedstilstand ikke kan påvises.

For det andet fremstår det gennem denne lille drejning som legitimt, at ikke målsætningen, men

alene midlerne til realisering af denne bliver justeret. Reelt bliver resultatet, at en række af de beskrevne delmål/midler med deres administrative/organisatoriske karakter *ikke* har nogen sammenhæng med den postulerede målsætning om fremme af sundhedstilstanden.

Denne tendens er endnu tydeligere i den politiske tillem্পning af Prioriteringsudvalgets tanker, som siden har fundet sted i Indenrigsministerens redegørelse til Folketinget (maj 1978), og i påfølgende lovgivning. Indenrigsministerens redegørelse var i høj grad koncentreret om behovet for en effektivere samordning og udnyttelse af ressourcerne, samt om behovet for øget information (medicinalstatistik m.v.) som grundlag herfor.

Det konkrete politiske resultat af udvalgets forslag om en øget forebyggende og sundhedspædagogisk indsats er foreløbig alene udmøntet i en lov om etablering af et *centralt forebyggelsesråd*, en art stående kommission med repræsentanter for bla ministerierne, de kommunale organisationer og Sundhedsstyrelsen (Forslag til lov om forebyggelsesråd, 1979).

I skarp kontrast til dette regeringsudspil står *Lægeforeningens oplæg (1979)*: "Debatoplæg til en sundhedspolitik for lægeforeningen".

Oplægget tager udgangspunkt i lægeverdenen og behandler kun meget sporadisk forholdet til det øvrige sundhedspersonale. Der er ikke tale om at forholde sig til sundhedstjenesten i almindelighed eller til befolkningens sundhedsproblemer. De bærende synspunkter er, at den lægelige service og antallet af læger skal udvides på alle planer, at en række nye funktioner og opgaver indenfor sundhedsområdet bør tages op med deltagelse af eller under direkte styring fra lægelig side, samt at lægerne i øvrigt skal bevare kontrollen med en række centrale og marginale funktioner i sundhedsvæsenet. På lokalt plan peges der således på en styrkelse af netop *det* politiske udvalg – fællesudvalget – hvor lægerne er repræsenteret med 50% af medlemmerne.*)

Oplægget er endvidere meget liberalistisk præget.

*) Udvalg i henhold til paragraf 23, stk 4 i sygesikringsloven.

Modsætningen individ-samfund betones, og der lægges megen vægt på, at såvel lægers som patienters valgmuligheder i forbindelse med undersøgelse og behandling bevares eller udbygges. Det erklæres, at befolkningens forventninger om et stigende serviceniveau skal imødekommes, og at forebyggelsen skal udvides (men dette må dog ikke føre til, at det generelle behandlingsniveau sænkes). Grundforskning såvel som lægemiddelforskning skal være fri, og udvikling af nye medikamentelle og teknologiske behandlings- og undersøgelsesmetoder støttes stærkt, uden at det dog berøres, hvilke mål denne teknologiudvikling skal forfølge. Oplægget er generelt præget af en stærk koncentration om aktuelle, ja, sågar akutte organisatoriske problemer i sundhedsvæsenet. Det er klart defensivt præget, og er tydeligvis et indlæg i en skærpet magtkamp mellem det offentlige og lægerne. I denne kamp om kontrollen med sundhedsvæsenet levnes der ikke megen plads til de langsigtede visioner. Oplægget rummer imidlertid et progressivt afsnit om læge-patientforholdet, hvori målsætningen om et ligeværdigt læge-patientforhold fremhæves. Som midlerne hertil peges på, at lægen skal forbedre sin information til patienten om diagnostiske og terapeutiske procedurer, samt om udsigter til symptomfrihed, tilbagefaldsrisiko, overlevelsesmuligheder og arbejdsevne på længere sigt. Sundhedssektoren skal medinddrage brugeren i løsningen af det enkelte menneskes sundhedsproblemer.

I et generelt sundhedspædagogisk afsnit tales der om at øge patientens forståelse af sammenhængen mellem livsforhold og sygdomsreaktioner, samt hans eller hendes viden om fundamentale menneskelige behov. Lægens mangelfulde viden om disse selvsamme forhold berøres ikke. Visionerne er i øvrigt begrænsede af, at individet i oplægget optræder i rollen som enten patient eller modtager af sundhedsoplysning, ikke som handlende, aktivt menneske, hvis sundhed er betinget af hans/hendes samlede livssituation.

Regionalplan

Den eneste kilde, der kan siges at repræsentere sundhedspolitiske overvejelser på et lokalt plan, er *Amtsrådsforeningens omrids af sundhedspolitiske*

opgaver for amtsrådenes social- og sundhedsudvalg (1979). Såvel i Prioriteringsudvalgets betænkning som i Indenrigsministerens redegørelse finder vi en understregning af vigtigheden af kommunale initiativer i sundhedspolitikken, ikke mindst på det sundhedspædagogiske område. Man kunne derfor med en vis ret nære forventning til det sundhedspolitiske oplæg fra en amtskommunal organisation. De sundhedspædagogiske tanker i oplægget er dog vage. Den sundhedspædagogiske opgave udspringer for Amtsrådsforeningen først og fremmest af nødvendigheden af at ændre befolkningens holdninger og forventninger til sundhedsvæsenet, således at de forstår, hvilke økonomiske begrænsninger, sundhedsvæsenet er undergivet.*)

Endvidere skal befolkningen bibringes en viden om, hvad der er sundt og usundt på en sådan måde, at denne viden omsættes i en sundere levevis. *Midlerne* hertil ser Amtsrådsforeningen dog først og fremmest i en sundhedspædagogisk indsats på landsplan, gennem massemedierne, samt i folkeskolen. Det vil sige, at man er hurtig til at placere det konkrete ansvar for sundhedspædagogikken hos andre myndigheder end amtsrådene. Der spores også generelt en vis skepsis overfor muligheden af en regionalt gennemført sundhedspædagogik.

Også forebyggelsen ses fortrinsvis i et landsperspektiv. Det nævnes, at det amtslige social- og sundhedsudvalg kan tage forebyggende initiativer, men kun såfremt omkostninger og nytte ved sådanne initiativer er målelige og kan påvises ved forsøg, før de iværksættes – et krav, der forekommer stærkt restriktivt, måleproblemerne på området taget i betragtning. I øvrigt forestiller man sig, at amternes rolle på det forebyggende felt først og fremmest skal omfatte tilvejebringelse af *informationer*, der kan danne grundlag for landsdækkende foranstaltninger.

I det hele taget negligeres spørgsmålet om det amtslige social- og sundhedsudvalgs forhold til den lokale befolkning praktisk taget totalt. Lige så lidt som hos Lægeforeningen finder vi overvejelser om befolkningens eller befolkningsgruppers rolle i

*) En pjeces til befolkningen med dette budskab er udsendt af Amtsrådsforeningen.

sundhedspolitik, forebyggelse eller sundhedspædagogik. Denne forsømmelse skal ses i sammenhæng med Amtsrådsforeningens klart tilkendegivne opfattelse af, at hovedansvaret for det enkelte individs sundhedstilstand placeres hos den pågældende selv. Om dette punkt råder der ingen uenighed mellem centrale og kommunale organer.

Den egentlige tyngde i Amtsrådsforeningens oplæg ligger på de gevinster og besparelser, som kan opnås ved øget samarbejde og koordination, øget politisk styring af liberale erhverv, overflytning af opgaver mellem forskellige sektorer samt et bedre informationsgrundlag for beslutningerne. I modsætning til, hvad der gjaldt for forebyggelse og sundhedspædagogik, har Amtsrådsforeningen her en lang række konkrete forslag parat: forskydning af opgaver fra sygehusvæsenet til den primære sundhedstjeneste, bl.a. ved kontrol med visitation til sygehuse og speciallæger, ved tidligere udskrivelse af patienter fra sygehuse, ved øgede foranstaltninger i hjemmene, ved at påse, at plejepatienter ikke optager sygesenge, ved at overføre opgaver fra læger til f.eks. hjemmesygeplejersker, ved rationel anvendelse af sygehussenge gennem brug af forundersøgelsesambulatorier etc.

Det pointeres, at omkostningssynspunkter i *højere grad* må lægges til grund for politikken på sundhedsområdet for at sikre en økonomisk effektiv anvendelse af de ressourcer, som stilles til rådighed. Udover omkostningssynspunktet er det bærende synspunkt, at social- og sundhedsudvalget skal overvåge opgavefordelingen mellem de forskellige kategorier af personale, samt lægge samarbejdet mellem dem i passende rammer, det vil sige en *øget politisk* styring, en kompensation for de professionelle sundhedsarbejders manglende evne eller vilje til at styre sig selv.

Hos Amtsrådsforeningen sker der således en forskydning af målsætningerne fra de egentligt sundhedspolitiske opgaver (forebyggelse og sundhedspædagogik) til administrativt-organisatoriske opgaver (information, koordination og effektivisering). Denne transformation fra en sundhedspolitik til en rationaliseringspolitik skal formentlig ses på baggrund af den dominerende plads, som sundhedsvæsensudgifterne med ca. 70% indtager i de amts-

kommunale budgetter (Amtsrådsforeningen, 1980).

En så énsidig opgavefordeling betyder, at omkostningsudvidelser på sundhedsområdet, uanset formålstjenlighed i øvrigt, har katastrofale følger for budgetterne. Amtsrådenes primære opgave bliver derfor budgetpleje, ikke udformninger af lokale sundhedspolitiske målsætninger.

Storstrøms amt. Næstved kommune

De sundhedspolitiske overvejelser, der er sat i gang på centralt og kommunalorganisatorisk plan, synes endnu kun at have strejft de lokale forvaltningers skriveborde. Der foreligger i dag ingen skriftlige sundhedspolitiske målsætninger eller overvejelser for hverken Storstrøms amt eller Næstved kommune, udover hvad der fremgår af de sociale udbygningsplaner (Udbygningsplaner for sociale og visse sundhedsmæssige områder 1980-85, Næstved kommune 1979).

Det eneste område, hvor en begyndende planlægning finder sted, er praksissektoren (almen og speciallægepraksis). Der er udarbejdet en praksisplan for Storstrøms amt (1978). Planlægningen her omfatter dog alene en regulering af antallet af læger i amtets underregioner, og er ikke baseret på sundhedspolitiske overvejelser, udover en geografisk jævn fordeling af lægeservice. Man må konstatere, at de sundhedspolitiske målsætninger, især på lokalplanet, overvejende drejer sig om rationalisering og effektivisering af den bestående struktur, snarere end en egentlig ændring af denne. Vi skal nu se på, hvorledes denne struktur faktisk fungerer i dag i relation til sundhedsproblemerne, og på mulighederne for ændring og tilpasning af sundhedsarbejdernes funktioner "indefra".

DEN PRIMÆRE SUNDHEDSTJENESTE

Udviklingen indenfor sundhedssektoren i Danmark har generelt været præget af et kraftigt voksende ressourceforbrug. Dette gælder først og fremmest sygehussektoren. Indtil ca. 1975 udgjorde omkostningerne til sygehussektoren en stadigt stigende andel af bruttonationalproduktet, hvorefter andelen er stabiliseret på et niveau på godt 4%, svarende til godt 3/4 af de samlede offentlige udgifter til sund-

hedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen, medicinalstatistisk afdeling). Stigningen ligger såvel i store anlægsudgifter som i stigende driftsudgifter, fortrinsvis personalelønninger.

Udgiftsstigningerne må først og fremmest ses som en konsekvens af specialisering og rationalisering, som har stillet krav til de bygningsmæssige rammer og til undersøgelses- og behandlingsfaciliteter i takt med den medico-tekniske udvikling.

Resultatet har været centralisering og nedlæggelse af mange, mindre sygehuse. Samtidig er der sket en nedbringelse af den gennemsnitlige liggetid, således at antallet af senge pr 1 000 indbyggere kun er øget fra 5,3 til 6,5 i de sidste 50 år (Prioriteringsudvalget, 1977).

Økonomi og administration i den primære sundhedstjeneste

Den primære sundhedstjeneste har været præget af en relativt høj lagedækning med jævn geografisk fordeling. I 1978 var der 2 668 praktiserende almenlæger svarende til 20% af samtlige danske læger.

Det offentlige ressourceforbrug er ikke vokset nær så kraftigt i den primære sundhedstjeneste som i den sekundære, hvilket blandt andet kan skyldes, at anlægsudgifterne for den liberale del af sektoren varetages af sektoren selv (de praktiserende læger, tandlæger m.m.). Parallelt med sygehussektoren er der der dog sket en kraftig strukturel udvikling i almen praksis gennem de sidste 10 år, således at enkelmandspraksis er afløst af flere lægers samarbejde i lægehuse, der er mindre virksomheder med laboratorium, hjælpepersonale m.v. Siden 1972 er der sket en tilgang af læger til almen praksis, og udviklingen har desuden medført, at eksisterende enkeltmandspraksis, bla i yderdistrikter er blevet lagt sammen og koncentreret i byerne, dvs der er sket en *centralisering* i almen praksis parallelt med sygehussektoren. Det gennemsnitlige antal personer pr læge har holdt sig nogenlunde stabilt (ca 2 000 pr læge), men det store omfang af nyinvesteringer og udvidelser har belastet mange nyere praksis hårdt, fordi de praktiserende lægers overenskomster med sygesikringen er blevet forlænget uændret gennem lovindgreb i de sidste år. De økonomiske muligheder for at inddrage nye aktivitetsformer i

almen praksis er dermed forringede.

Samtidig er der foregået en klar *rationalisering* af det allerede eksisterende aktivitetsformer. Hjemmebesøgene, som tidligere udgjorde en væsentlig kontakt til det hjemlige miljø, udgør en faldende del af det lægelige arbejde, og telefonkontakter bliver stadig hyppigere (Sygesikringsstatistik, 1977). Hvor lægen tidligere alene varetog langt de fleste opgaver i den primære sundhedstjeneste, er der i de sidste 50 år tilkommet en række andre sundhedsprofessioner, f.eks sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker og fysioterapeuter, som har fået tillagt særlige arbejdsområder. Der er således også sket en tiltagende *specialisering* i den primære sundhedstjeneste. Dette, samt rationaliseringen af lægearbejdet, har medvirket til et øget behov for koordinering og planlægning af den samlede indsats i primærsektoren.

Styring i den primære sundhedstjeneste

En del af den primære sundhedstjeneste er offentlig, bla hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker, børnetandlæger og skolelæger, hvorimod alment praktiserende læger, de fleste tandlæger, fysioterapeuter og apotekervæsenet udgør et liberalt system, hvor planlægning og styring afhænger af frivillige overenskomster mellem professionernes organisationer og politiske instanser på kommunalt og centraladministrativt plan.

Lokale beslutninger vedrørende almen praksis udformes således bla i amtslige udvalg med ligelig repræsentation af læger og politikere (Lægeforeningens takster og overenskomster, 1978). Aftaler vedrørende almen praksis indenfor den offentlige sygesikring forudsætter direkte enighed herom mellem parterne. Disse udvalg udgør en korporativ beslutningsstruktur*). Der er tale om en formalisering af det snævert politisk-lægelige samarbejde, som udelukker andre gruppers interesser. Andre liberale sundhedsarbejdere, f.eks tandlæger eller fysioterapeuter, har ikke en tilsvarende lovfæstet indflydelsesmulighed.

*) Korporatisme-begrebet refererer her til de sociale processer, hvorved organisationer skaffer sig øget magt og kompetence gennem udviklingen af et formaliseret samarbejde med staten eller statslige organer (jfr også Valentin, 1978).

De paritetiske udvalg er dog blot ét udslag af det samarbejde mellem læger og politikere, der præger hele sundhedsvæsenet. Den politisk-administrative interesse i sundhedspolitikken er først og fremmest styret af økonomiske motiver, mens man explicit har overladt det faglige indhold af sundhedsvæsenets arbejde til lægerne.

Dette forhold følger tildels af principperne omkring autorisation af medicinalpersonale, som først og fremmest bygger på en generel godkendelse af den pågældende sundhedsuddannelse.

Imidlertid er denne autorisation uhyre specifikt defineret for alle andre sundhedsarbejdere end lægen. Lægen er den eneste, der arbejder på grundlag af en helt uspecificeret autorisation.

Brugeren af den liberale del af den primære sundhedstjeneste har ingen formel deltagelses- eller indflydelsesmulighed. Brugers indflydelseskanaaler er de kendte markedsmekanismer: efterspørgslen og det frie lægevalg, som imidlertid er undergivet en række begrænsninger (Lægeforeningens takster og overenskomster, 1978). Når vi endnu ikke har fået lovgivningsmæssige bestemmelser omkring brugers deltagelse eller indflydelse på dette område, kan det ses som et udtryk for, at det kun langsomt erkendes, at der kan eksistere dyberegående konflikter mellem brugers og de professionelle interesser i sundhedsarbejdet. På andre områder, f.eks. bolig- og byplanlægning, eller skoleområdet, er en sådan brugerindflydelse forlængst formaliseret.

I relation til den offentlige primære sundheds- og socialtjeneste er det i den sociale bistandslov anerkendt, at kommunen kan etablere sociale forbrugerråd, der kan fungere som rådgivende instanser overfor kommunens sociale udvalg. Da det er kommunalbestyrelsen, der etablerer de sociale forbrugerråd og indkalder til møder, er der dog mulighed for væsentlig kommunal styring på bekostning af brugerindflydelsen.

Som en följd av en ökad specialisering och arbetsdelning som ständigt pågår inom sjuk- och hälsovården har de praktiserande läkarna fått allt fler koordineringsuppgifter.

De praktiserande läkarna ger uttryck för en upplevelse av uppgivenhet inför den bristande överensstämmelsen mellan de problem de ställs inför och vad de faktiskt kan göra.

De professionelle sundhedsarbejdere – roller og funktioner

Den alment praktiserende læges rolle er enestående ved at omfatte alle typer funktioner i sundhedsarbejdet: behandling, forebyggelse, visitation og koordinering. Som en konsekvens af den specialisering og arbejdsdeling, der stadig pågår indenfor sundhedstjenesten, har den praktiserende læge fået pålagt stadig flere visitations- og koordineringsopgaver. Der skal foregå en effektiv tildeling af de rigtige patienter til de rigtige typer af behandlere/ydelser. Dette er samtidig ensbetydende med, at de øvrige sundhedsarbejders indsats i en patients sygdomsforløb i høj grad er determineret af lægens viden, holdninger og konkrete adfærd. Disse nøglefunktioner sammen med den bredt definerede autorisation placerer lægen i toppen af den hierarkiske struktur, som kendetegner den primære sundhedstjeneste.

For at kunne bestride visitations- og koordineringsfunktionerne adækvat, må lægen have tilstrækkelig viden om patientens sygdom og dens sociale sammenhæng, og han må have tilstrækkelig og ajourført viden om, hvilke kvalifikationer de øvrige sundhedsarbejdere har, og hvilke typer behandling de kan foretage. Derudover må det forudsættes, at en gensidig og ligeværdig kommunikation kan etableres med de øvrige behandlere, hvis der undervejs i behandlingsprocessen dukker ukendte forhold op, som stiller fornyede krav til visitation og koordinering.

Sundhedsarbejdernes egne vurderinger af deres professionelle roller er i delprojekt 5 søgt belyst ved hjælp af interviewer med udvalgte repræsentanter for sundhedsarbejderne. De praktiserende læger giver her udtryk for en oplevelse af frustration over den manglende overensstemmelse mellem deres faktiske formåen og de problemer, som de bliver stillet overfor. Det kan dreje sig om såvel sociale

.....

Detta kan gälla såväl sociala förhållanden som läkarna inte har direkt inflytande över och medicinska problem som de inte kan behandla.

.....

förhold, som lägerne selv ikke har direkte indflydelse på, som om medicinske problemer, hvor der ikke findes behandlingsmuligheder.

Situationen opleves af lægerne som *fastlåst* uden umiddelbare handlingsmuligheder. Også blandt sundhedsplejersker og fysioterapeuter opleves arbejdsfunktionerne som utilfredsstillende, idet der her gives udtryk for, at man ikke i tilstrækkelig grad gør brug af deres faglige kompetence. I modsætning til lægerne demonstrerer disse grupper en aktiv, kritisk holdning til såvel egen uddannelse som muligheder for nye former for forebyggende sundhedsarbejde.

Det er en udbredt opfattelse, både i og udenfor sundhedsvæsenet, at almenlægens praksisudøvelse i vid udstrækning hviler på videnskabelig basis. Denne myte er baseret på en generalisering af det lægelige arbejde, der udføres i hospitalsregi. Forudsætningerne i almen praksis er snarere traditioner, personlige vaner og en erfaring, der ikke er systematiseret, hverken generelt eller for den enkelte læge. I den udstrækning, videnskabelig analyse ligger til grund for almen praksis, stammer denne næsten udelukkende fra et helt andet univers, hospitalssektoren og laboratoriet, hvor udgangspunktet først og fremmest er behandling af sygdom hos det enkelte individ. Men de behov, som den primære sundhedstjeneste skal imødekomme, opstår og må ses i en anden sammenhæng, nemlig det konkrete

.....

Men också bland sjuksköterskor och sjukgymnaster upplevs arbetssituationen som otillfredsställande. I deras fall är det dock framför allt fråga om att man inte i tillräcklig utsträckning får användning för sin yrkesmässiga kompetens.

.....

.....

De behov som primärvården skall möta uppstår och måste ses i ett annat sammanhang nämligen lokalsamhällets, dess befolkningsgrupper, miljö och näringsstruktur.

.....

lokalsamfund, dets befolkningsgrupper, miljøer og erhvervsstruktur.

Muligheder for fornyelse i den primære sundhedstjeneste

Erfaringer fra delprojekt 1 (se fig 1) i lægecenteret i Næstved kan belyse mulighederne for fornyelse i den primære sundhedstjeneste. Det viste sig i dette projekt muligt at gennemføre en integration af epidemiologisk forskning og daglig klinisk praksis i lægehuset som led i en forebyggende virksomhed overfor hjerte-kar-sygdomme (Kempinski & Krasnik, 1977).

Lægerne oplevede ganske vist vanskeligheder med at håndtere fordelingen af de forskellige funktioner. Varetagelsen af de behandlingsmæssige opgaver stiller store tidsmæssige krav, og det var vanskeligt at indpasse den nødvendige tid til de forebyggende opgaver, som projektet krævede.

Det var endvidere tydeligt, at de uddannelsesmæssige forudsætninger for standardiseret dataindsamling og forebyggelse på basis heraf manglede, hvilket afspejlede sig i en vis usikkerhed overfor dette arbejde. Det tætte samarbejde mellem lægerne og institutmedarbejderne i planlægnings- og igangsættelsesfasen gjorde dog, at de planlagte aktiviteter lod sig gennemføre på tilfredsstillende måde for lægernes vedkommende.

I interventionsforsøget overfor den udvalgte risikogrube søgtes endvidere de lokale hjemmesygeplejersker aktivt inddraget i det forebyggende arbejde.

Målet var en udvidelse af hjemmesygeplejerskernes funktioner udover de traditionelle pleje- og behandlingsmæssige opgaver, hvilket blev accepteret af både læge- og sygeplejerskegruppen.

I praksis var det imidlertid mere problematisk end forudset. Lægerne, som stadig havde den visiterende funktion, var yderst tilbageholdende med at

inddrage hjemmesygeplejerskerne, som på deres side kun svagt pressede på.

Blandt patienterne konstateredes kun ringe interesse for at modtage hjemmesygeplejerskerne i de nye funktioner.

Alle parter var således usikre overfor den nye fordeling af funktioner, og eftersom de uddannelsesmæssige forudsætninger og det organisatoriske system jo var uændret, mislykkedes de gode intentioner.

Innovation indenfor det givne systems rammer var således mulig for lægegruppen selv, så længe forskerne deltog aktivt i projektet. Men en uddelegering af nye funktioner til hjemmesygeplejerskerne kunne ikke uden videre opnås – trods en principiel positiv indstilling fra alle parter.

Det skal endvidere bemærkes, at den forebyggende intervention i dette delprojekt ikke overskred individets og familiens grænser til trods for, at problemdefinition, analyse og evaluering baseredes på en epidemiologisk og dermed gruppeorienteret tankegang. Projektets direkte gruppeorienterede aktiviteter måtte således placeres udenfor den primære sundhedstjeneste, i folkeskolen (delprojekt 2).

Vi har i dette afsnit prøvet at skildre manglen på faglig styring i den primære sundhedstjeneste og de problemer, denne laissez-faire udvikling fører med sig, både i almen praksis og i forholdet mellem de praktiserende læger og andre sundhedsarbejdere. Vi har set, at sundhedsarbejderne i betydelig udstrækning selv er sig problemerne bevidst, men at de har vanskeligt ved at komme ud af den eksisterende struktur, hvilket avler frustration og defensive holdninger.

I det følgende afsnit skal vi se på, hvordan brugerne af sundhedstjenesten – patienterne – opfatter systemet og reagerer på det.

Det framgår av åtskilliga undersökningar att de symtom människor upplever som dominerande icke överensstämmer med det diagnosmönster som dominerar i sjukvårdens aktiviteter.

Undersökningar av detta har någorlunda samstämmigt pekats på att bara ca en tredjedel av befolkningens manifesta symtom medför läkarbesök.

REAKTIONER PÅ SYGDOMS- OG SUNDHEDSPROBLEMER I BEFOLKNINGEN

Det fremgår af adskillige undersøgelser (Arbejds-
miljøundersøgelsen, 1974, Søndergaard Kristensen,
1979 og Lindhardt, 1960), at de symptomer, folk
oplever som dominerende, *ikke* er overensstem-
mende med det diagnosemønster, der dominerer
sundhedsvæsenets aktiviteter. Denne uoverens-
stemmelse kan føres tilbage til en række faktorer,
der virker delvis forstærkende på hinanden.

For det første sker der en selektion fra befolkningens side med hensyn til, hvilke symptomer der bringes til læge. Alle undersøgelser af dette har nogenlunde samstemmende peget på, at kun ca 1/3 af de for befolkningen manifesterede symptomer fører til lægesøgning (Dean, 1980, Tuckett, 1976 og Tengvald, 1973). Øvrige symptomer ignoreres, selvbehandles eller behandles af andre, lægmænd eller professionelle, og kommer således ikke til lægens kundskab. Hvordan denne selektion foregår i detaljer, ved man ikke ret meget om, men det er at formode, at den i høj grad varierer med forskellige sygdomme/symptomer (Koos, 1954, Dean, 1980).

Hertil kommer så de former for selektion, der forekommer hos den praktiserende læge. Her må man først og fremmest pege på, at de praktiserende læger afviser en del af de symptomer eller problemer, der kommer til deres kundskab, simpelthen fordi de ikke finder det rimeligt at behandle dem. Det drejer sig om i lægernes øjne mindre alvorlige (trivielle eller banale) symptomer, om symptomer/problemer i periferien af den lægelige sagkundskab, eller om symptomkomplekser, der på grund af deres blandede og diffuse karakter ikke har nogen plads i lægens diagnoseklassifikation.

Vi ved ikke, hvor stor en andel af lægekonsultationerne, der omfatter disse tilfælde, og heller ikke

hvor mange af dem, der faktisk behandles trods manglen på diagnose.

Endelig kan man pege på den styring af lægens aktiviteter, der ligger i hans faktiske behandlingsmuligheder, dvs den behandlingsteknologi, der står til hans rådighed. Også herigennem sker der en selektion, når enten lægen eller patienten vælger at afbryde kontakten p.g.a. utilfredsstillende eller utilstrækkelige behandlingstilbud.

Disse tre "filtre" kan alle føres tilbage til det lægelige sygdomsbegreb. I det følgende vil vi illustrere disse filtre med resultaterne fra to af vore delprojekter (4 og 5).

Beskrivelsen af befolkningens sygdomsadfærd er baseret på delprojekt 4 om mennesker med rygsvær, og resultaterne her kan naturligvis kun med forbehold generaliseres til andre symptomer og sygdomme. I Næstved vurderede nogle af de praktiserende læger, at 10–20% af det daglige patientklientel utgjordes af rygpatienter. Brugerundersøgelsen (delprojekt 5) viste, at de udgjorde 5,5% af samtlige henvendelser over en 14-dages periode. Forskellen kan bl.a. skyldes, at lægernes skøn tillige er influeret af det tidsforbrug, rygpatienterne står for.

Sygdomsbegreb og sygdomsadfærd blandt folk med ryglidelser

Størsteparten af undersøgelsesgruppen i delprojekt 4 har den opfattelse, at sygdom primært er betinget af defekter i individet selv – f.eks. misdannede ryghvirvler, rygsøjleskævheder og lignende. Dette synes at have baggrund i det sygdomsbegreb, lægen implicit formidler til patienten. Samtidigt opfatter folk ofte sygdom som noget, der i det enkelte tilfælde udløses af tilfældige omstændigheder. Hos en del forekommer dog et mere integreret syn på sygdom, som et resultat af deres samlede livsforløb og specielt den arbejdsbelastning, de har været udsat for.

Symptomerne forventes at være noget forbigående, som 'bør' gå over, eller som man kan helbredes for. Der er således ofte inden den første henvendelse til lægen forudgået en vurderingsperiode af symptomerne. Patienterne har konkluderet, at deres sygdom ikke går over af sig selv, og at symptomerne har en sådan karakter, at de har et profes-

sionelt behandlingsbehov, samt et behov for afklaring af lidelsens alvorsgrad.

Vi finder, at individuel selvbehandling og visse former for sekundær forebyggelse forekommer hos de fleste af de syge i undersøgelsesgruppen. De fundne typer af sygdomsadfærdsaktiviteter kan kategoriseres i 4 grupper efter, hvor indgribende en karakter de har:

1. Symptombehandling

Feks varmepude, håndkøbsmedicin.

2. Daglige forebyggende aktiviteter

Feks regelmæssig motion, særlige hvilestillinger og ekstra hviletid, undgåelse af enkelte specifikke belastninger, f.eks. tunge løft.

3. Mindre omlægninger af livssituation

Feks hjælpemidler i arbejdet, bedre arbejdsredskaber, ændring af møbler, midlertidige kortvarige aflastninger via kolleger, slægtninge og venner.

4. Større omlægninger af livssituation

Feks skift eller ophør af arbejde, ændring af arbejdsfunktion eller arbejdstid. Fremmed hjælp til permanent aflastning.

Undersøgelseserfaringerne tyder på, at de mest overfladiske typer af selvbehandling og forebyggelse er langt de hyppigst forekommende. Dette skyldes, at de griber mindst ind i folks tilværelse. Folk forsøger at opretholde en tilværelse som ikke-syge længst muligt.

Når de individuelle forsøg på at klare rygsymptomerne (især gennem pkt 1 og 2 ovenfor) ikke giver positive resultater, eller folk bliver angste eller er meget uforstående overfor symptomerne, da henvender man sig til den praktiserende læge, der opfattes som den afgørende kontaktperson i sundhedsvæsenet og som indgangsporten til evt. videre undersøgelse og behandling. Det fremgår af undersøgelsen, at det enkelte menneske i almindelighed kun har få lægekontakter i forhold til antallet af rygepisoder. Dette hænger sammen med den tidligere omtalte vurderingsperiode. Ved den første lægekontakt møder patienterne derfor med en forventning om tilbundsgrubende undersøgelse og behandling.

Lægen på sin side har i almindelighed ikke mulighed for at helbrede ryglidelser og opfatter ofte heller ikke disse tilstande som behandlingseget (eller behandlingsværdig) sygdom. Der opstår da let et konfliktfyldt læge/patientforhold.

De behandlingsmåder, lægen overvejende benytter sig af, når han behandler, er smertestillende medicin, blokader, råd om rygøvelser eller råd til patienten om at omlægge hans/hendes livssituation. Det er kort sagt aktiviteter og behandlingsmåder, som patienten allerede har forsøgt sig med i den udstrækning, det kunne lade sig gøre, inden beslutningen om at søge læge.

Når den tidlige patientforventning til lægen om fuldstændig og hurtig afklaring af lidelsen skuffes, opstår den frustration og mistillid til egen læge og – hvis der forekommer erfaringer med flere læger – evt til den samlede lægestand.

De kroniske rygpatienter i vores undersøgelse tilkendegiver, at de opfatter det, som om den enkelte læge – enten pga manglende interesse for disse tilstande eller af uvidenhed – nægter dem helbredelse eller behandling, og at det gælder om at tilkæmpe sig den ved at *presse på* hos lægen, eller ved at finde en smutvej gennem systemet.

Hvis disse anstregelser viser sig at være forgæves, afløses utilfredsheden ofte af resignation og afmagtsfølelse overfor sundhedsvæsenet, samt evt efterhånden af en passiv accept af symptomerne: "Man må gå ud fra, at de er de klogeste, og når de ikke kan, er der nok ikke noget at gøre." Nogle opgiver efterhånden enhver lægekontakt, søger eventuelt andre behandlere udenfor det autoriserede system, f.eks. kiropraktor, zoneterapeut eller dybdemassør. Andre stiller sig tilfreds med lindrende symptombehandling hos lægen, f.eks. smertestillende medicin, blokadebehandling.

Vi har ikke grund til at antage, at Næstveds praktiserende læger har dårligere patientrelationer end andre praktiserende læger i Danmark. De her aftegnede problemer må derfor antages at være generelle konflikter.

Befolkningens forbrug af alternative behandlere

Søgning af alternative behandlere foregår blandt kroniske rygpatienter i et betydeligt omfang. Denne

søgning har ofte karakter af oprør mod de manglende resultater ved den lægelige kontakt. Den alternative behandler – bortset fra kiropraktoren – søges altid *efter* at patienten har været til læge.

Kiropraktoren har en særlig stilling i forhold til ryglidelser. Han benyttes ofte uafhængigt af lægen, i et selvstændigt, undertiden parallelt behandlingsforhold af regelmæssig karakter, specielt ved akutte ryganfald.

I delprojekt 5 er omfanget af og væksten i antallet af alternative behandlere belyst mere generelt. I Næstved kommune er antallet af alternative behandlere (kiropraktorer, zoneterapeuter, massører, elektroterapeuter, akupunktører, homøopater og naturlæger) vokset fra 3 til 16 i perioden 1970–1979. I samme periode steg antallet af praktiserende læger i kommunen fra 21 til 25.

Resultaterne fra brugerundersøgelsen (delprojekt 5) viser, at de patienter, der henvender sig til alternative behandlere, som helhed ikke adskiller sig socioøkonomisk fra patientklientellet hos læger. Der kan dog være forskelle mellem de enkelte alternative behandleres klientel. Det synes at være symptoms/lidelsens karakter, der er afgørende for, at man vælger den alternative behandler (jfr. også Alver, 1978). De symptomer, patienterne især henvender sig med til de alternative behandlere er: mavebesvær, gig, nervøse problemer, migræne, hovedpine, spændinger, infiltrationer, lidelser i bevægeapparatet, rygproblemer. Ifølge vore interview med de praktiserende læger er disse symptomer netop nogle, lægerne står magtesløse overfor.

Årsager til, at patienterne søger de alternative behandlere

De centrale *ligheder* mellem lægers og alternative behandleres praksis er, at den er individrettet, behandlingsrettet og afhængighedsskabende.

En af de dominerende *forskelle* er, at de alternative behandlere bortset fra kiropraktorer afsætter mere tid til den enkelte patient end lægen afsætter. De alternative behandlere giver udtryk for, at patienterne snakker meget under behandlingerne. Dette betyder samtidig, at den alternative behandler får viden om patientens livsforhold og patientens egen oplevelse heraf. Konsultationerne hos lægerne

.....

*I den utsträckning alternativa behandlare
övertar otillfredsställda patienter, absorberar
de samtidigt den kritik, patienterna annars
skulle kunna tänkas formulerat gentemot det
traditionella hälso- och sjukvårdssystemet.*

.....

er mere målrettede og professionelle, hvorved patienten naturligvis afskæres fra at tale løst og fast om tingene, hvilket atter har til konsekvens, at lægen får mindre information baseret på patientens egne præmisser.

En anden framtrædende forskel har noget at gøre med de alternative behandles forholden sig til patientens henvendelsesproblem, årsagerne dertil og den relevante behandlingsydelse. Mens læger og deres fremtræden overfor patienten adskiller problem, årsag og behandling, dvs at patienten ikke videregives en umiddelbar indsigt i, hvorfor netop det problem skal behandles på lige nøjagtig den måde, finder vi hos de alternative behandlere en udtrykkelig sammenkobling mellem problemet, den alternative behandles syn på årsagen hertil og hans/hendes behandlingsydelse. Deres behandlingsmetoder og årsagsopfattelse afgrænser sig til kroppen, fordi de mener – og deres metoder bestemmer –, at årsagen til problemet er at finde i kroppen. Denne tætte sammenfletning af problem, årsag og behandling får tingene til at hænge sammen for patienten og giver dermed en umiddelbart meget tilfredsstillende indsigt i og forståelse for, hvad behandleren gør, og hvorfor han/hun gør det. Når denne tætte sammenfletning af problem, årsag og metode ikke kommer til udtryk i lægens behandling, skyldes dette bl.a., at årsagerne til problemerne af lægen ofte erkendes at ligge udenfor kroppen.

Et gennemgående træk hos de alternative behandlere er deres skepsis overfor medicin, en skepsis mange patienter med ryglidelser også giver udtryk for.

I den udstrækning, de alternative behandlere overtager de utilfredse lægepatienter, absorberer de samtidig den kritik, patienterne ellers kunne tænkes at have formuleret overfor det autoriserede sundhedsvæsens ydelser.

Befolkningens organiseringsformer i relation til sygdoms- og sundhedsproblemer i Næstved kommune

To forhold må vi holde os for øje, når disse organiseringsformer beskrives. For det første det forhold, at alternative behandlere opsuger en del af de utilfredse lægepatienter. For det andet det forhold, at organisationsstrukturen i den primære sundheds-tjeneste, som tidligere beskrevet, ikke umiddelbart virker fremmede for udviklingen af en organisering af brugere. De organiseringer (grupper, foreninger, organisationer), der eksisterer i Næstved kommune er – muligvis af denne grund – heller ikke organiseringer, der afspejler en direkte bevidst utilfredshed med sundhedssystemets ydelser.

Gennem 60'erne og 70'erne er der opstået en lang række folkeorganiseringer i relation til sundhedsområdet. Med udgangspunkt i materialet om organiseringsformer i Næstved kommune (delprojekt 5) kan vi skelne mellem to former: patientforeninger og sundhedsgrupper.

Patientforeningerne er organiseringer, der er defineret i forhold til bestemte sygdomme, og hvis væsentligste formål er at forbedre den service, der tilbydes de pågældende patientgrupper. Vi kalder dem derfor i det følgende de 'serviceorienterede' organiseringer.

Blandt de serviceorienterede organiseringer i Næstved kommune finder vi eksempelvis Hjerteforeningen, Rigsforeningen til gigtens bekæmpelse, Vanføreforeningen, Astma- og allergiforeningen, Lænkeforeningen, Johannitterhjælpen, Pensionistforeningen, den sociale forbrugerrepræsentation.

Sundhedsgrupperne er organiseringer, som er orienteret mod sundhedsproblemer i bred forstand og dermed ofte også samfundsmæssigt engagerede. Vi kalder dem derfor i det følgende de 'normændrende' eller 'mobiliserende' organiseringer. Blandt de normændrende og mobiliserende organiseringer i Næstved kommune er: Moder jord for hjemme-

.....

*Patientföreningar är organisationer som är
definierade i förhållande till bestämda sjukdo-
mar.*

.....

Hälsogrupper är organisationer som är orienterade mot hälsoproblem i vid bemärkelse och därmed ofta också samhälleligt engagerade. De kan därför kallas normändrande eller mobiliserande organisationer.

födslar, Forbrugergrupper omkring børns opvækst-vilkår, Socialpsykologisk rådgivningsgruppe og forskellige kvindepolitiske organiseringer.

Grundlaget for disse to hovedtyper af organiseringer er, at der eksisterer nogle fællesopfattelser og/eller fællesinteresser blandt brugere af sundheds-ydelser. Fællesopfattelserne går bl.a. på kilden til utilfredshed og på de løsningsmuligheder man ser (Gundelach, 1979).

Patientforeninger og sundhedsgrupper repræsenterer to helt forskellige opfattelser af kilden til sygdom- og sundhedsproblemer og tilsvarende forskellige løsningsmuligheder.

De "serviceorienterede" organiseringer

Arbejdsopgaverne i disse patientforeninger omfatter: at sprede oplysninger om specifikke symptomer/sygdomme og deres følger – at fremme forskning vedrørende specifikke sygdomme – at fremme sundhedsvæsenets service til den enkelte patient/bruger – sekundær forebyggelse – at varetage sociale og uddannelsesmæssige opgaver, humanitært arbejde – samværsaktiviteter – give råd og vejledning til den enkelte patient m.m.

Den fælles sygdomsopfattelse i patientforeningerne er karakteriseret ved at være symptomrettet, og fællesinteressen ligger i, at det enkelte menneske, der er "ramt" af sygdom, skal hjælpes ved personlig støtte og gennem påvirkning af sundhedsmæssige og andre offentlige myndigheder.

Karakteristisk for de servicerede organiseringer er deres hierarkiske struktur, domineret af en aktiv ledelse, der formelt repræsenterer og varetager de overvejende passive medlemmers interesse. Denne struktur er en følge af, at de servicerede organiseringer betragter de offentlige myndigheders beslutningsret som legitim. Det er en

Karaktäristiskt för de serviceinriktade organisationerna är deras hierarkiska struktur dominerad av en aktiv ledning som formellt representerar och tillvaratar de övervägande passiva medlemmarnas intressen.

grundopfattelse i disse foreninger, at ændringskrav til myndighederne kun bliver hørt, hvis de fremføres af en organisationsledelse der formelt varetager medlemmernes interesser.

Ligesom foreningernes medlemsgrupper ofte er defineret som en afspejling af professionel diagnostik (astma/allergi m.v.), er foreningerne også ofte under professionel kontrol, enten direkte gennem ledelsen eller fordi de er grundlagt af professionelle (i privat regi). Foreningerne modtager en stor del af deres ressourcer udefra i form af tilskud fra det offentlige og fra private.

De "normændrende" eller "mobiliserende" organiseringer

De emner, der arbejdes med her, strækker sig fra politiske indflydelsesmuligheder over generelle emner (som miljø- og energiproblemer, erhvervs- og trafikforhold) til mere nære situationsbestemte problemer (skole-, daginstitutionsforhold, boligforhold, arbejdsløshed og fødselsmiljø).

Fællesopfattelsen er en forståelse af sundhed som et resultat af levevilkårene.

Organiseringerne beskæftiger sig således med levevilkårenes generelle betydning, dels for sundheden og dels for det enkelte menneskes deltagelse i og indflydelse på rammerne for de egne levevilkår. Det normændrende og mobiliserende perspektiv består i, at borgerens egen aktive deltagelse forud-

De mobiliserande organisationerna intresserar sig således för levnadsvillkorens generella betydelse dels för hälsoförhållandet och dels för den enskilda människans deltagande och inflytande på ramarna för de egna livsvillkoren.

Det normändrande och mobiliserande perspektivet består av att medborgarens egna aktiva deltagande förutsättes och utgör grunden för aktiv inläring, medvetandegörande och politisk aktivitet.

sättes at danne grundlag for aktive læreprocesser, bevidstgørelse og politisk medleven.

Karakteristisk for disse organiserings arbejde er:

1. En fokusering på betingelser for sundhed
2. Et perspektiv for sundhed, der går på tværs af de etablerede professionelle fagområder.
3. En kamp for borgeres viden om og indflydelse på egne levevilkår.
4. En afstandtagen fra professionaliseringen i samfundet, pgra dens umyndiggørende virkninger for borgeren.

Organiseringsstrukturen er kendetegnet ved at være uden formel ledelse, og gruppernes væsentligste ressource er deltagernes egne aktiviteter, som samtidig er afgørende for gruppens overlevelse.

Det gjælder for begge typerne af organiseringer, at de har haft en markant vækst i 1970'erne. Der eksisterer i dag 33 foreninger og grupper i Næstved kommune, som falder ind under de 2 typer. Heraf er halvdelen kommet i løbet af 70'erne.

Væksten i organisationsaktiviteten indenfor såvel de serviceorienterede som de normændrende/mobiliserende organiseringer kan ses som et udtryk for, at folks interesser ikke varetages i tilstrækkelig grad af politikere, administratorer og professionelle.

Denne mangel fremprovokerer dels nogle kompensatoriske foranstaltninger og ideer (sundhedspædagogik), dels nogle servicepres (de serviceorienterede organiseringer), dels nogle alternativer (de alternative behandlere) og endelig nogle reelle organisatoriske modtræk (de normændrende/mobiliserende organiseringer).

KONKLUSION

Vi har i denne artikel forsøgt at vise, hvordan de sundhedspolitiske mål og midler fra debatten trans-

formeres til mål og midler i en rationaliseringspolitik, når sundhedspolitikken skal udmøntes mere konkret. Den primære sundhedspolitiske opgave på det amtslige og kommunale plan bliver i forlængelse heraf "budgetpleje" og ikke udformning af lokale sundhedspolitiske målsætninger i tilknytning til lokale sundhedsproblemer.

En vigtig nøgle til afdækning af de lokale sundhedsproblemer er de lokale sundhedsarbejdere. Karakteristisk for de lokale sundhedsarbejdere er imidlertid, at de sidder som "tavse vidner". Konsekvensen heraf bliver en indirekte understøttelse af det individualiserende sundhedsarbejde og dermed et afpolitiseret sundhedsarbejde. Sundhedsarbejdet kan i kraft heraf overlades til den professionelle interessessfære og altså sættes udenfor det politisk-repræsentative demokrati.

I Prioriteringsudvalgets betænkning erklæres det, at "målsætningen for den hidtidige udvikling i sundhedsvæsenet har været generelt at fremme befolkningens sundhedstilstand". En sådan påstand forudsætter en antagelse om, at sundhed er noget, der af professionelle kan "tilføres" det enkelte individ uafhængigt af dets øvrige situation. Sundhed ses ikke som en egenskab ved folks liv, noget man tilegner sig gennem sin levevis og sine livsbetingelser, og i sidste instans noget, forskellige befolkningsgrupper må tilkæmpe sig gennem faglig og politisk indflydelse på deres levevilkår.

De danske sygekasser blev opbygget fra græsrodderne i løbet af sidste halvdel af 1800-tallet. Men den udvikling, sundhedsvæsenet har undergået siden da, har betydet, at de initiativtagende befolkningsgrupper har fået stadig mindre indflydelse i den formelle beslutningsstruktur på sundhedsområdet (Hansen, 1974). Denne ekskludering af brugerne

Framväxten av organisationsaktiviteter inom såväl de serviceorienterade som de normändrande/mobiliserande organisationerna kan ses som ett uttryck för att folks intressen inte tillvaratas i tillräckligt hög grad av politiker, administratörer och professionella.

.....

Härigenom skapas då omvänt möjligheter för att denna kunskap kan ingå i befolkningens tillvaratagande och kamp för egna livsvillkor.

.....

viden om befolkningens egne organiseringer og aktiviteter i sundhedsmæssig henseende sporadisk. Men sundhedsarbejdernes viden og engagement kan aktiveres ved samarbejde mellem sundhedsarbejdere og forskere og/eller ved øget forskningsudannelse blandt sundhedsarbejdere.

Vi har i denne artikel benyttet vore konkrete lokalsamfundsmedicinske undersøgelsesresultater til at belyse betingelserne for det lokale sundhedsarbejde. Vi har primært fæstnet opmærksomheden ved de generelle snarere end de lokalt betingede organisatoriske problemer. Vi henleder herigennem opmærksomheden på, at selvstændige ændringer i det lokale sundhedsarbejde kun i begrænset omfang er gennemførlige, fordi en række generelle samfundsmæssige forhold sætter begrænsninger for det, f.eks. i form af lovgivning eller overenskomster. Men den lokalsamfundsmedicinske angrebsmåde har vist sig velegnet til at afdække problemerne på et helt konkret plan, og er derfor et nyttigt sundhedspolitisk forskningsredskab.

REFERENSER

1. Alver, Bente Gullveig: "Du skal gå frisk herfra". En etnomediciner og hans patientbehandling. Særtryk fra Tradisjon 8, 1978.
2. Amtrådsforeningen: Amtskommunernes økonomi, 1980.
3. Arbejdsmiljøgruppen af 1972: Arbejdsmiljøundersøgelsen, rapport nr 2, København 1974.
4. Fugelli, Per: Forebyggende helsearbejde i lokalsamfundet. Et eksperiment. Tidsskr. Nor. Lægeforen. nr. 5, 1980, 100, s. 303–306.
5. Gannik, Dorte & Jespersen, Marianne: Formelle og informelle sociale ressourcers betydning for forløbet af sygdom – en forundersøgelse af ryglidelser. Rapport nr. 6, Institut for social medicin, Københavns

- universitet, 1978.
6. Gannik, Dorte og Jespersen, Marianne: Rygbesvær og sygdomsadfærd. Nordisk Medicin vol. 95: 233–264. Oktober 1980, side 247.
 7. Gannik, Dorte og Launsø, Laila: The Isolation of Health Services in Society: Development and Consequences. P. 209–226 i: Acta Sociologica 1978, vol. suppl.
 8. Gundelach, Peter: Græsrodsorganisationer – en organisationssociologisk analyse. Institut for Statskundskab, Århus Universitet, januar 1979.
 9. Hansen, H. C.: Historien om sygekasserne. De samvirkende centralforeninger af sygekasser i Danmark. Aalborg 1974.
 10. Hovedstyrelsens debatoplæg til en sundhedspolitik for lægeforeningen. Ugeskr. Læg. 1979: 141: 2915–2928.
 11. Indenrigsministerens redegørelse om Prioriteringen i sundhedsvæsenet. Stencil, maj 1978.
 12. Jacobsen, Knud: Afskedigelse og sygelighed. Ugeskr. Læg. 1972: 134: 352–354.
 13. Kempinski, Ralph & Krasnik, Allan: Næstved-projektet – lokalsamfundsmedicin i en dansk kommune. Nordisk Medicin 1977: 92: 21–24.
 14. Krasnik, Allan, Sælan, Henrik og Kempinski, Ralph: Lokalsamfundsmedicin i den primære sundhedstjeneste. Ugeskrift for Læger 1979: 141: 39–45.
 15. Koos, Earl: The Health of Regionville: What the people felt and did about it. Columbia University Press, New York, 1954.
 16. Kristensen, Tage Søndergaard: Kvinders helbred og arbejde. Publikation 9, Institut for medicin, Københavns universitet, 1978.
 17. Kvalitative Metoder i Dansk Samfundsforskning. Red. Tom Broch, Karl Krarup, Per K. Larsen, Olaf Rieper. Nyt fra Samfundsvidenskabernes, København 1979.
 18. Launsø, Laila & Jensen, Hanne Marie: Sundhedsarbejde på tværs – en analyse af primær sundhedstjeneste og alternativt sundhedsarbejde i en dansk kommune. Publikation 12, Institut for social medicin, Københavns universitet, 1980.
 19. Lindhardt, Marie: Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951–1954. Munksgaard, København 1960.
 20. Lindskov Pedersen, Leif, Krasnik, Allan og Sælan, Henrik: Skolebørn og sundhed – sundhedspædagogik i folkeskolen. Rapport nr. 12, Institut for social medicin, Københavns universitet, 1979.
 21. Lov om forebyggelsesråd. Forslag fremsat af indenrigsministeren den 22.3. 1979, samt bemærkninger til lovforslaget. Refereret i Ugeskrift for Læger 1979: 141: 1232–1235.
 22. Lægeforeningens takser og overenskomster 1978. Lægeforeningens forlag, København 1978.
 23. PP2. Perspektivplanredegørelse 1972–87. Statens Trykningskontor. København 1973.

24. Praksisplan for almen praksis og speciallæge praksis i Storstrøms amtskommune. Stencil 1978.
25. Prioritering i sundhedsvæsendet. Betænkning fra sundhedsprioriteringsudvalget. Betænkning nr. 809, København 1977.
26. Skytte, P.: Landfamiliens trivsel. Ugeskrift for Læger 1969: 131: 1248–1251.
27. Statistik over afregning og ydelser inderfor den offentlige sygesikring, 1977. Stecil. Sygesikringens forhandlingsudvalg 1979.
28. Sundhedspolitik. Et debatoplæg med omrids af sundhedspolitiske opgaver for amtsrådenes social- og sundhedsudvalg. Amtsrådsforeningen i Danmark, 1979.
29. Sundhedsstyrelsen, Medicinalstatistik afdeling, 1980.
30. Tengvald, Karin: Vårdapparaten och den informella strukturen. Sociologisk Forskning, 1973, nr. 3, s. 19–41.
31. Tuckett, David: Becoming a Patient, p. 159–189 i: An Introducing to Medical Sociology, ed.: David Tuckett, Tavistock Publications, London 1978.
32. Udbygningsplaner for sociale og visse sundhedsmæssige områder 1980–85. Næstved kommune, 1979.

SAMTAL ÄR ARBETE

av Lis Asklund
i samarbete med Spri och NSI

En bok för alla

som arbetar i sjukvården.
Samtal är en viktig bit av vårdarbetet!

Boken "Samtal är arbete"
(rapport 51), kan Du beställa
genom Spris publikations-
tjänst, tel 08—63 05 60.
Pris: 25:-

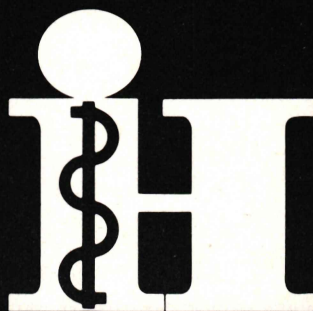


Postadress: Box 27310, 102 64 Stockholm
Besöksadress: Söhlstedtsgratan 9
Telefon: 08-63 05 60



Välkommen i München till
världens största sjukhus-
fackmässa

Interhospital'81



München den 19—22 maj 1981.

Utbudet omfattar följande områden:

Medicinsk teknik, den tekniska sektorns försörjningsbehov, inredningar och inredningsdetaljer, textiltvättteknik, storköksanläggningar, ekonomi- och driftssektorn, livsmedel, sjukhustextilier och servicesektorn.

11:e Tyska Sjukhusets Dag
med huvudtemat
"80-talets sjukhus".

Var god sänd besöksbroschyren för Interhospital '81!

Namn: _____

Företag: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Tysk-Svenska-Handelskammaren, Munkbron 9, S-11128 Stockholm,
Box 1223, S-11182 Stockholm.