

“social ulighed i sundhed”, og dette problem foreslås løst ved at “forstærke indsatsen for at forbedre sundheden for de dårligst stillede grupper”. Dvs. at man lader det grundlæggende spørgsmål om den sociale ulighed som årsag til levetidsforskelle ligge. Man undgår at omtale de nærliggende handlingsmæssige konsekvenser af det forhold, at der er en systematisk sammenhæng mellem sociale vilkår og sygelighed/dødelighed. Som jo kunne være en politik, der tilsigter at reducere den sociale ulighed.

4. Så er der spørgsmålet om forholdet mellem forebyggelsen og den enkelte borger. Her peger man rigtignok i programmet på vigtigheden af at inddrage borgerne og på, at borgernes frie valg er grundlaget for programmet. Men når man ser på de forskellige handlingsmål i programmet, er det ikke borgernes aktive medvirken og frie valg, der lægges vægt på. Tværtimod er der en tendens til pådutning af sundhedsværdier og i nogle sammenhænge endda forslag om forholdsregler, der må kaldes tvangsprægede.

Det hænger sammen med det sidste punkt, jeg vil fremhæve, nemlig at:

5. programmet synes præget af en gennemgående mistillid til samfundsborgeren, og især til det der kaldes de mere udsatte eller dårligt stillede grupper.

Spørgsmålet er om man i Sundhedsministeriet, der har hovedansvaret for programmet, i for høj grad støtter sig til den sundhedsvidenskabelige ekspertise, og i for ringe grad til andre faggrupper, der har viden om sygdom og sundhed. Spørgsmålet er, om man trods forsikringer om det modsatte fortsat forankrer forebyggelsespolitikken i sundhedsvidenskaben og dermed i den tænke måde, der

præger sundhedsvidenskaben, dvs. i

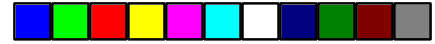
- et sundhedsbegreb, som reduceres til (mål for) sygelighed og dødelighed,
- en enkeltfaktor-tankegang, hvor man allerede i forskningen kun fokuserer på én årsag til en sygdom,
- en udskillelse af problemstillingerne, både af “sundhed” og enkeltårsager, fra dagliglivets sammenhænge og fra levevilkår i øvrigt,

samt endelig:

- en ambivalent holdning til borgeren, hvis valg og holdninger man da gerne vil inddrage, men kun hvis man derved kan fremme det forud fastlagte “sundheds” mål: nedbringelse af dødeligheden.

Flere undersøgelser har henledt opmærksomheden på det paradoksale forhold, at folks egen opfattelse af deres sundhedstilstand er en mere gyldig strømpil for, hvordan det går dem i fremtiden, end alverdens kliniske eller biologiske tests. Sygdomsudvikling er nemlig en proces, som den enkelte står midt i, er opmærksom på og ofte handler i forhold til. Vore handlinger indgår i en sammenhæng i dagliglivet, præget af forholdet til andre mennesker, af følelser, af magtrelationer, af kontante ressourcemæssige vilkår. Men vi har ikke alle lige stort handlerum i hverdagen, og prioriteringer er nødvendige, undertiden pinligt nødvendige prioriteringer, der udspringer af den enkeltes livssituation og afvejningen af konsekvenser (Gannik 1999). “Sundhed” - hvad det så end er, programmet definerer det ikke - vinder ikke altid kampen om prioriteringen, og måske med god grund!

Sygdom og sundhed er fænomener eller tilstande, der er indlejrede i og tæt



sammenhængende med kvaliteten af vores sociale hverdag. Utallige er de undersøgelser, der over de sidste 20-30 år har dokumenteret, at både sociale ressourcer, livsstilsvalg og dødelighed/sygelighed er forbundet med den sociale placering i samfundet. Det mest markante udtryk for dette er de undersøgelser, der viser store og systematiske forskelle i sygelighed og dødelighed, som følger omfanget af uddannelse og indkomst, i indland såvel som i udland. Fortolkningen af disse statistiske studier har det derimod knebet med. Kun en lille del af forskningen er blevet planlagt, så den kan forklare hvorfor og hvordan dårlige sociale vilkår gør folk syge. Det er måske grunden til, at man også i dette Sundhedsministeriets nyeste udspil kan tillade sig blot overfladisk at strejfe denne viden i indledning og bisætninger uden netop handlingsmæssigt at drage nogle konsekvenser heraf. F.eks. at diskutere, om det skal være et mål at reducere den sociale ulighed i samfundet.

Jeg har lyst til at eksemplificere dette ved at stille nogle af de spørgsmål, som handlingsprogrammet går helt uden om, men som jeg tror er langt mere relevante:

Hvad betyder de i de senere år øgede klassestørrelser for børns og læreres sundhed?

Hvad betyder de store forskelle på arbejdspladserne, hvor en del af befolkningen ikke har nogen frihed til at tilrettelægge deres egen arbejdsfunktion, som i stedet styres af tidsstudier og produktionsprocesser?

Hvad betyder stigningen i medicinforbruget for danskernes sundhed? Er den bare gavnlig?

Hvorfor medfører alkoholstorforbrug sygdom blandt de dårligst stillede, men ikke for de bedre stillede, skønt de drikker mere?

Hvorfor er manglen på uddannelse livsforkortende? (Dødeligheden blandt

mænd uden erhvervsuddannelse er dobbelt så stor som blandt mænd med den højeste uddannelse).

Hvad betyder livsstilsforbud og tvangsforanstaltninger for sundheden, især i udsatte og dårligt stillede grupper?

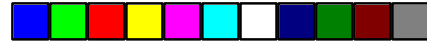
Hvad betyder det for familiernes (børnenes!) sundhed, at kvinderne er kommet ud på arbejdsmarkedet, således at den samlede erhvervsarbejdstid per familie er steget?

Hvad er det der gør, at sociale netværk fungerer bedre i nogle lokalområder end i andre?

Disse spørgsmål er kun et udpluk, som skal illustrere problemstillinger og områder, som programmet ignorerer. Folkesundhedsprogrammet skøjter i sine målformuleringer hen over det mørke, der hviler over sygdommens sociale sammenhænge, og som - hvis man havde den viden - efter al sandsynlighed totalt ville omkalfatre den måde, vi politisk griber sygdom og sundhed an på.

I Sverige har samfundsforskerne i lidt højere grad kendt deres besøgelsestid. Det socialvidenskabelige forskningsråd i Sverige udgav i 1998 en lille bog om samfundsforskning og ulighed i sundhed: *Ojämlighet i hälsa - ett nationellt forskningsprogram*. Fra dette program citerer jeg fra et afsnit, der hedder "Hele årsagskæden":

Afhængigt af hvilken fagdisciplin man tilhører, tenderer forskerne at opfatte årsagssammenhænge forskelligt. Firkantet kan man sige, at samfundsforskere undersøger hvordan sociale forhold og relationer via diverse mekanismer forårsager sygelighed og død. For adfærdsforskere er de sociale forhold givne, men visse af deres specifikke aspekter giver anledning til kropslige og psykiske reaktio-



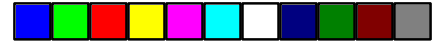
ner, som igen leder til sygdom. Medicinerne koncentrerer deres interesse om det sidste trin i kæden, at identificere biologiske mekanismer, som forårsager forskellige specifikke sygdomme.(...) Et fremgangsrigt forskningsprogram må sigte på at identificere hele årsagskæden og koble de adskilte dele til hinanden. Hvordan varierer stress-skabende situationer med social position? Findes der træge, svært foranderlige sammenhænge mellem social struktur og livsstil, dvs. at vilkårene i visse sociale situationer leder til at man antager en særlig livsstil? Er det f.eks. sådan, at mange som med god grund føler sig underordnede og foragtede, stiller krav om "respekt" og dermed er tilbøjelige til risikofyldt og måske asocial adfærd? Hvilket kropsligt korrelat har psykiske spændingstilstande og hvordan påvirker disse risikoen for at blive ramt af forskellige sygdomme? At udforske hele årsagskæden stiller krav om et *nært* samarbejde mellem forskere med forskellig orientering, så at de ikke bare kan komplettere hinanden, men også lære og påvirkes af de andres indsigter [min oversættelse] (Socialvetenskapliga Forskningsrådet 1998:53).

Det svenskerne her siger er, at det er vigtigt at identificere hele den årsagssammenhæng, fra de sociale forhold og ned, som leder til sygelighed og dødelighed. Dårlig uddannelse giver ringe muligheder på arbejdsmarkedet, lavere indkomst, dårligere boligforhold, mere belastende arbejde, flere arbejdsskift, ringere støtte blandt kollegerne, større afhængighed af ægtefælle, skrøbeligere identitet mv. Det kan være nogle af de mekanis-

mer, der forbinder uddannelse og dødelighed, men andre er også mulige. At udforske hele årsagskæden - eller årsagsfeltet, som det mere korrekt må betegnes - er nødvendigt for at forstå, at det ikke er sikkert, at ændringer af sundhedsvaner i sig selv forbedrer sundhedsforholdene, og på den anden side, at ændrede sundhedsvaner kan have andre virkninger end sundhedsvirkninger. At udforske hele årsagskæden er en tværfaglig opgave, og vel at mærke en opgave der forudsætter et integreret tværfagligt samarbejde.

Det skal så være min opfordring: at man også i Danmark afsætter midler til en ordentlig forskning i sygdommenes og sundhedens sociale sammenhænge. Med en ordentlig forskning mener jeg en forskning, der er sig bevidst at de årsagskæder og årsagsfelter, der forbinder sygdom og det sociale, er komplekse og sjældent kan reduceres til, at en enkeltfaktor - f.eks. rygning - medfører en anden enkeltfaktor - f.eks. bestemte lidelser. Med en ordentlig forskning mener jeg ydermere en forskning, der tager højde for, at de komplekse sammenhænge varierer i deres mønster fra individ til individ, hvorfor den livsstilsændring, der er en god idé for fru Knudsen måske medfører uoverstigelige problemer for hr. Johansen. Med en ordentlig forskning mener jeg endelig en forskning, der prioriterer udviklingen af forskningsmetoder. Forskningsproblemer som de nævnte, der vedrører hele årsagsfeltet, stiller avancerede krav til valg af forskningsmetoder og kræver f.eks. kreative kombinationer af mange forskellige metoder. De kan ikke tilfredsstilles med brugen af én eller nogle få metodetyper, som det er tendensen inden for den sundhedsvidenskabelige tradition.

Misforholdet i fordelingen af midler til sygdoms- og sundhedsforskning er markant. Samfundet anvender samlet 6-



7 mia. kr på den sundhedsvidenskabelige forskning, men midlerne til den samfundsvidenskabelige sygdoms- og sundhedsforskning udgør næppe mere end få promille heraf. Vi har nok den sundhedspolitik, som vi fortjener, dvs. svarende til investeringerne i det videnskabelige grundlag. I Folkesundhedsprogrammets tredje og afsluttende del fremhæves det som noget positivt, at

Udviklingen har nedtonet tendenserne til en individualistisk og undertiden moraliserende tilgang til arbejdet for folkesundheden. ... der rettes fokus på de politisk-økonomiske dimensioner og på de generelle vilkår for sundhed og sygdom (Socialministeriet 1999: 110).

Det ville være godt, hvis det var rigtigt, men det er det ikke. Skal disse smukke intentioner forfølges, må der en anden fordeling af forskningsmidlerne til. Nej, formuleringen står desværre i strid modsætning til programmets handlingsdel og til ministerens forord, hvor det bl.a. hedder:

Vores livsstil er årsagen ... selvom livsstilen er den enkeltes valg, bør det offentlige klart og tydeligt fortælle, hvad der gør folk syge, og hvordan sygdom kan undgås. Man bør også sende nogle klare signaler om sundhedsfremme, f.eks. at der ikke ryges i skole og på sygehuse. Der er behov for en holdningsændring til disse spørgsmål (Socialministeriet 1999:5).

I forhold til den viden vi har at bygge på i dag, har man alt, alt for travlt med at komme med gode råd, med løftede pegefingre og moraliseren. Vi ved for lidt til at

staten kan tillade sig at komme med påbud og advarsler, endsige at begå tvangsmæssige overgreb på livsstil og sundhedsvaner. Vel er det væsentligt at staten beskæftiger sig med befolkningens sundhedsforhold. Men det er også væsentligt, ja, afgørende, at det sker med eftertanke, forsigtighed og respekt for livets kompleksitet og de ting vi (endnu?) ikke forstår. Disse enkle regler forbyrder regeringens folkesundhedsprogram sig imod.

I Christopher Lasch's bog *Den bestrålede familie* (Lasch 1977), forudsiger han det moderne samfunds udvikling i totalitær retning. Berøvet de beskyttende sociale fællesskaber, producentfællesskab, slægt og lokalsamfund, står individet nøgent og forsvarsløst over for den altgenemskuende stat. I bogen beskriver han, hvordan også det sidste bolværk, kernefamilien, er under opløsning.

Det er ikke svært at få øje på de udviklingslinier i vores samfund, som støtter Lasch's tese. Regeringens folkesundhedsprogram tegner til at blive en brik i den udvikling.

Litteratur

- Gannik, Dorte Effersøe 1999: *Situational sygdom. Fragmenter til en social sygdomsteori baseret på en undersøgelse af ryglidelser*. København: Samfundslitteratur.
- Lasch, Christopher 1998: *Den bestrålede familie*. Højbjerg: Forlaget Hovedland.
- Socialvetenskapliga Forskningsrådet 1998: *Ojämlighet i hälsa. Ett nationellt forskningsprogram*. Stockholm.
- Sundhedsministeriet 1999: *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen*. København.