



Hvad er det nordiske i medicinen?

TEMA

POVL RIIS

NERIEVEJ 7

DK-2900 Hellerup

Man hører ofte i udlandet udtrykket "the Nordic model" om fx læge-patient-forholdet, strukturer og funktioner i de nordiske sundhedsvæsener, samt etableringen af uafhængige, landsdækkende kontrolsystemer på felterne videnskabsetik og videnskabelig fusk.

I artiklen vurderes baggrunden for en sådan opfattelse af noget specielt nordisk inden for medicinen. Konklusionen er, at de enkelte komponenter i de nordiske sundhedssektorer for størstedelen er globale af natur, men at vægtningen af dem og især deres projektion til klinisk arbejdende og forskende sundhedsvæsner viser afgørende særpræg især på områderne etik og patientrettigheder. På denne baggrund synes det berettiget at acceptere udlandets indtryk af en nordisk model, især da den også bliver mere synlig, når man som nordisk borger bevæger sig rundt i den store verden.



I disse IT- og internationaliseringstider er det, omend ikke altid i politik så dog i kulturdebatten, ukorrekt at tale om bevaringsværdige nationale og regionale kulturer, underforstået at man, hvis man bevæger sig ind på området, nok blot er ude på at etablere en etnisk vindeskammel, med én selv og hjemlandet placeret øverst oppe. Alligevel vover jeg pelsen og argumenterer for, at der er et fælles *nordisk* præg over sundhedsuddannelserne og -fagene, som giver os, der bor i denne ende af verden, mulighed for at bidrage med noget særligt på sundhedsområdet, og derved bidrage med en modydelse til alt, hvad vi importerer af viden og teknikker fra verden omkring os.

Argumenterne mod, at vi fx skulle besidde noget særligt nordisk i medicinen, går

sædvanligvis på, at mennesker er ens overalt, og at viden om sygdomsspektrets globale variationer må opfattes som videnskabeligt og fagligt fællesgods, som relativt let kan tilegnes. Argumenterne tager dermed hverken i betragtning, at der eksisterer genetiske forskelle og at formentlig flere af disse vil blive afdækket i den nærmeste fremtid, når hele det humane genom er kortlagt. Ej heller tages i betragtning, at de undersøgende, behandlende, forskende, indlærende og forebyggende sundhedsvæsner rummer meget store og nationale forskelligheder, som ikke udlignes ved Homo sapiens' taksonomiske fællesskab eller ved sygdomsspektrets globale kortlægning.

De geografiske vilkår

Betegnelsen Norden er indlysende geografisk funderet og har i de titusinde år efter sidste istids afslutning betegnet store områder med klimatiske vilkår, som ligger på grænsen af menneskets overlevelsesmuligheder, vilkår der næsten ikke kendes hvor mennesker bor på den sydlige halvkugle. Og selvom der på den nordlige halvkugle er beboede arktiske områder i bl.a. Rusland og Canada, har det særligt nordiske været, at Nordens områder relativt tidligt har været inddraget i de nordiske sundhedsvæsners generelle kvalitetsforpligtelser. Dvs. at disse nordiske borgere i Grønland, Island, på Færøerne, Svalbard, og den skandinaviske Nordkalot har haft krav på samme ydelses kvalitet som i de metropolnære dele af de nordiske lande. Nogleordet "tidligt" skal ikke opfattes ud fra en absolut, historisk tidsskala, men derimod set relativt i forhold til andre områder med høje breddegradscifre på den nordiske halvkugle.

For disse sejlende og fiskende nordiske folk, knyttet sammen af livsvilkårene og deres krav til samfundsstrukturen – og ikke blivende adskilt af etniske forskelle – har "den nordiske medicin" været afgørende for deres overlevelse og trivsel. Har man besøgt andre marginale overlevelsessteder i verden, er det oplagt, at der bag naturpanoramaerne og lige under billederne af de pittoreske urbefolkninger i turistsammenhænge skjuler sig et stort behov for at møde noget, der ligner den nordiske model på lokal grund.

Menneskesyn og demokratisk tradition

Det er en truisme, at skal et nationalt sundhedsvæsen bedømmes, er det ikke tilstrækkeligt at anerkende eksistensen af væsenets tekniske færdigheder og tilgængelige sum af videnskabelig evidens. Et sundhedsvæsen skal naturligvis også vurderes på mulighederne for at fordele dets kunnen til alle landets beboere, uanset alder, etnicitet, køn, indkomst, social stratificering m.m., og det er her, at den nordiske model kommer ind, ikke som enestående i fx et europæisk perspektiv, men i summen af samfundskvaliteter alligevel som noget særligt.

Det hænger sammen med de nordiske landes lange demokratiske tradition, som i et nærhistorisk perspektiv tidligt forlod opfattelsen af svære ulykker og alvorlig sygdom som "skæbne" og ofrene som "stakler", og i stedet fra de tidlige sygekassers solidaritetsprincip udviklede de nordiske velfærdssamfunds kollektive, samaritanske forpligtelser på sundheds- og sygdomsområdet. Den herved skabte offentlige udgiftsdækning har dog ikke været total, men har benyttet en slags tosporet model, med størsteparten af borgernes sundhedsudgifter dækket af de offentlige fælleskasser, men fortsat med op til 20 % overladt til borgerne selv, især på områderne tandpleje, briller og medicin. Under ét er balancepunkterne mellem offentlig udgiftsdækning og egenbetaling dog især placeret på områder hvor der justeres for behovets alvor, dvs. at ingen nordisk borger udelukkes fra undersøgelse og behandling af alvorlig sygdom eller skadetilfælde (hvor det dog må tilføjes, at dette ideale princip desværre nu og da belastes af forsinkelser, som er uacceptable, så der alene opnås en relativ retfærdighed, dvs. at man i det mindste foretager en ligelig fordeling af det åbenlyst utilstrækkelige). I de tilfælde hvor mennesker alligevel synes at blive tabt helt i systemet plejer de nordiske samfund at reagere hurtigt og tilskynde politikerne til at lukke hullet i det solidariske velfærdssystem.

På os, der har daglig kontakt med de nordiske sundhedsvæsner, kan den ovenstående

principielle beskrivelse lyde som en idyllisering (trods parentesens realistiske tilføjelse), især hvis man lægger vægt på de nordiske medier, som længe har fulgt det journalistiske tema, at "det er herligt håbløst" i sundhedsvæsnets. Som inden for andre samfundsområder opnås vurderingers balance bedst ved et sammenlignende kendskab til forholdene i den større verden, hvor den nordiske models kvaliteter hurtigt ville blive mere synlige.



Foto SCANPIX

Den nordiske model på mikroniveauet

Hvis man fra sundhedsvæsnernes politisk-administrative makroniveau, via de regionale mesoniveauer i de nordiske lande, bevæger sig til mikroniveauet hvor sundhedsprofessionerne møder de enkelte patienter og deres pårørende, og hvor sundhedspersonalet indgår i tætte samarbejdsituationer, træder det nordiske menneskesyn stærkere frem. At patienter opfattes som ligeværdige medborgere, uanset alle sociale markørers forskellighed, er stadigvæk undtagelsen og ikke reglen i et globalt perspektiv, end ikke hvis perspektivet indskrænkes til det nye, større Europa. Udviklingen er på dette såkaldte mikroniveau først rigtigt slået igennem i Norden i løbet af sidste halvdel af det 20. århundrede, endnu med enkelte klumper dødis under langsom afsmeltning. Udviklingen er dog klar og resultaterne opmærksomhedsskabende for besøgende udenlandske læger, som fx anser patient-læge-forholdets præg af ægte ligeværd for at være langt mere opsigtsvækkende end mængden af moderne udstyr.

Også i forholdet mellem sundhedsvæsnets personalegrupper kan man tale om et nordisk særpræg, åbent for alle til efterfølgelse, men så længe det ikke er sket, en holdningsmæssig eksportvare, som yderligere er vederlagsfri for importlandene. Her tænkes på, at forholdet mellem sygeplejersker, sygehjælpere, sekretærer, laboranter, ergo- og fysioterapeuter, jordemødre, portører, radiografer og flere har lagt en stor del af stammekrigene og den titulære snobbisme bag sig, kan deltage i udvalgte former for systematisk videre- og efteruddannelse, samt indgå i fælles forskningsprojekter uden en opdeling i egentlige forskere og videnskabelige vandbærere. Det kan endog forventes, at denne nordiske udvikling vil accelerere, når vi fra slagordets letkøbte sandhed, "patienten i centrum", erkender hvad det indebærer i det daglige arbejde. At alle sundhedsprofessionerne er placeret omkring patienten, og at samarbejdet ikke fungerer tilfredsstillende, hvis vi alene og isoleret refererer til vores faglige stykke af patienten. Men at vi også til siderne for os selv, i forhold til de øvrige professionelle rollehavere, opfatter os som dele af et hold med ligeværdige medlemmer.

Etikken og dens rødder

Er den beskrevne udvikling på mikroniveauet sket ved en slags domino-effekt på dette niveau, eller har der været en finger fra makroniveauet eller endog fra et endnu højere principielt niveau, som har igangsat brikernes massebevægelse? Svaret er bekræftende, hvad det sidste niveau angår. Forud for en medrivningseffekt på selve mikroniveauet er etikens supramakroniveau vækstlaget for de kultur-evolutionære bevægelser, som har ført til et ændret mentalt klima både mellem patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle, og mellem sundhedsprofessionerne indbyrdes. På nogle områder har reaktioner på tragiske sider af samtidshistorien været igangsættende, fx inden for sundhedsfaglige forsøg på

mennesker. På andre områder har borgerretsbevægelser, kvindebevægelser og tilsvarende sendt dønninger dybt ind i de nordiske sundhedsvæsner og deres underliggende uddannelsesinstitutioner. I hele spektret har nøgleordet været etik, dvs. summen af ikke-materielle værdier, normer og holdninger, der ligger bag selv det mest teknificerede sundhedsvæsens møde med patienter og pårørende. Også her kan man rejse spørgsmålet, om fx de ikke-materielle værdier i de nordiske lande er så specifikke, at de i sig selv er nordiske, eller om det snarere er vores rangstilling og projektion af dem i det daglige arbejde med patienterne, som kan bære prædikatet nordisk som et særpræg. Mit svar går på det sidste af de to alternativer, et svar der dermed fører direkte over til en omtale af de vigtigste af disse værdier i en sundhedsprofessionel sammenhæng.

Ligeværd er en hårdt tilkæmpet værdi i nordisk historie, både mellem landene og mellem de enkelte indbyggere i de nordiske lande. I de nordiske sundhedsvæsner er alle patienters ligeværd blevet en fundamental værdi, hvis urørlighed nu er helt rodfæstet. Borte er officiantgange på de offentlige sygehuse, og privatsygehuse for selvbetalere dækker kun et lille hjørne af de samlede sundhedsvæsner, en niche der endog i hovedsagen er skabt af de offentlige væsners mangler og ikke via et kvalitetsmæssigt overbud.

Medmenneskelighed er en anden af de fælles nordiske, etiske værdier. Den repræsenterer ligeværdets handlingstilskyndelse, igen også kaldet den samaritanske pligt, der også træder i gang i situationer, hvor kontraktlige aftaler er uklare eller ikke-dækkende.

Retfærdighed som en ligeværdspliceret fordeling efter behov, og ikke som en millimeterfordeling af lige meget til alle, hvad enten de er raske og syge.

Frihed som summen af det enkelte menneskes valgmuligheder har også nået de nordiske sundhedsvæsner, før det er sket i store dele af verden. Det betyder, at patienter efter omhyggelig information har ret til at afgøre, om en given intervention skal iværksættes – igen en side af det nordiske ved medicinen, som er genstand for nyfigenhed og interesse fra selv europæiske lande, som vi plejer at sammenligne os med.

Yderligere skal nævnes *sandheden*, der har afløst forstillelsen og den patriarkalske løgn, og som – når den nordiske model er bedst – alene detaljeres efter patientens ønske, dvs. går hånd i hånd med empatien. Andre værdier kunne nævnes, fx *ansvar*, *sproglig formidling* af faglige sammenhænge, og endelig *humoren*, som en af de største ligeværdsfremmede livsytringer mellem mennesker.

Igen må det fremhæves, at de omtalte værdier ikke i den beskrevne form karakteriserer et fællesnordisk tusindårsrige, men i stedet er de synlige pejlingsmærker, som vi i Norden sigter efter, med en konsekvens der trods alt erkendes og studeres af det store udland.

Bag de nævnte værdier ligger ikke et kontraktprincip, dvs. at vi som enkeltpersoner bør følge dem, fordi vi hurtigt kan komme i en situation, hvor dagens yder og bruger har byttet roller. Ved livets store hændelser, som vi tilbagevendende konfronteres med i sundhedsvæsnerne, er der selv i professionelle situationer brug for et værdigrundlag, som rækker ud over relativismen. Med andre ord, at tilværelsestolkninger som den nordiske, luthersk-evangeliske kristendom ikke kan afskrives som historisk vækstlag i hverken de nordiske sundheds- eller socialvæsner.

Også inden for den biomedicinske forskning tales der i udlandet om ”the Nordic model”. Vi har i Norden været de første til at skabe landsdækkende, uafhængige, og ofte lovbaserede organer til udøvelse af videnskabsetisk kontrol. Senest har vi yderligere etableret organer, som i lignende uafhængige regier påser, at videnskabelig uredelighed (fusk) afsløres, samt tager væsentlige, forebyggende initiativer til sikring af nordisk forsknings troværdighed.

På selve forskningsområdet har vi unikke muligheder for at udføre epidemiologisk forskning på højt niveau. Det samme gælder klinisk forskning, hvor de nordiske sundhedssystemer skaber gode vilkår for samarbejdet med patienterne, i lys af ligeværd, ret til selvbestemmelse som en del af friheden, et højt oplysningsniveau i befolkningerne, samt videnskabelige kontrolbesøgs naturlige plads i de offentligt finansierede sundhedsvæsner.

Konklusion

De tekniske og biologiske grundelementer i de nordiske sundhedsvæsner, mennesket selv, de tekniske hjælpemidler som anvendes i diagnostik, behandling, forebyggelse og forskning, er ikke unikt nordiske. Men går vi videre, til mødet med patienten, er den nordiske vægtning af menneskesyn, etik med underliggende værdier, samt vore projektioner af viden og værdier til de arbejdende nordiske sundhedsvæsner alligevel så markante, at vi uden selvovertur kan tale om et nordisk særpræg, eller med tidens foretrukne stereotypi, en nordisk *model*. Derfor bør vi også blande os i den globale sundhedspolitiske debat og nu og da præsentere vore forskningsresultater i en referenceramme, der ikke holder sig til det snævert, tilstræbt kosmopolisk-faglige, men vover det større perspektiv, hvor også etik og samfundsstruktur indgår som naturlige bestanddele.

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no