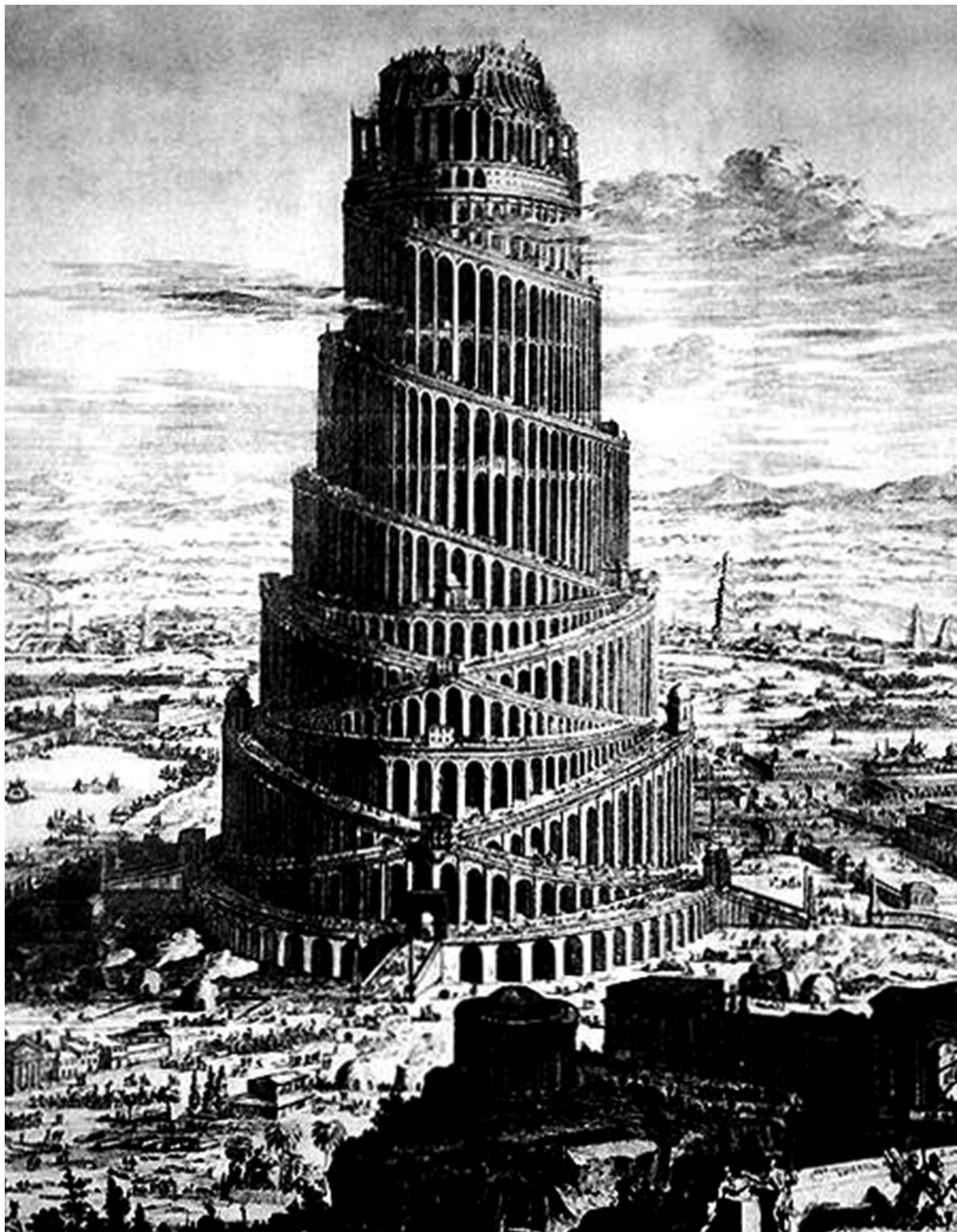


# SUNDHEDSVÆSENET EFTER BABEL

*Teknologi-utopier mellem tragedie og komedie*

*Af Uffe Juul Jensen*



1978 udgav den svenske læge og forfatter P. C. Jersild romanen *Babels Hus*. Handlingen udspilles i det moderne sygehus, opsplittet i specialer og med manglende kommunikation mellem professionelle og patienter og mellem professionelle indbyrdes. Patienter, men i realiteten også professionelle, rammes af magtesløshed. De er ude af stand til at virkeliggøre velfærdsstatens overmodige forestilling om et sundt samfund og et vellykket menneskeliv skabt gennem rationel planlægning og videnskabelig funderet behandling.

Jersilds roman spillede en rolle i den kritik af velfærdsstatens sundhedsvæsen, der voksede frem i 1970'erne og 1980'erne. Få år før Jersild udgav sin roman, vakte den østrigske institutionskritiker Ivan Illich furore med bogen *Medical Nemesis*. Bogen var en radikal kritik af moderne medicin og den stadigt mere omfattende brug af teknologi i håndteringen af sygdom og sundhed. Ifølge Illich var lægevidenskaben skyld i en omsiggribende sygeliggørelse af liv og død. I stedet for at fremme sundheden var lægevidenskaben i sig selv sygdomsfremkaldende.

Jersilds roman er variationer over et tema, der er kendt fra det gamle testamente. Nogle af Noahs efterkommere besluttede at bygge en by med et tårn, der var så højt, at det nåede himmelen. Vorherre så det og straffede deres overmod ved at lade dem tale forskellige sprog, så de ikke længere kunne samarbejde om deres ambitiøse projekt. De opgav deres forehavende og spredtes for alle vinde. Prisen for at søge at nå himlen havde været høj. Man havde mistet evnen til at forstå hinanden.

Velfærdsstatens sundhedsvæsen. Mellem Babelstårn og jordnær humanisme

Kritikken af det moderne sundhedsvæsen for at være underlagt ekspertstyring og ny teknologi blev efterfulgt af årtier med bestræbelser for demokratisering af de offentlige institutioner herunder også sundhedsvæsenets institutioner.

Medindflydelse og deltagelse blev nøgleord i bestræbelser for forandring og udvikling af behandlingssystemet. Sundhedsfremme gennem borgerens egen aktive medvirken blev formuleret som modspil til formynderisk og passivise-

rende behandling af patienter. Det var et af hovedpunkterne i WHO's program *Sundhed for Alle*, at den primære sundhedstjeneste med tæt kontakt mellem læge og patient skulle styrkes i forhold til den specialiserede hospitalsbehandling. Medicinen skulle fortsat bidrage til at føje år til livet specielt for de grupper, som har udsigt til et markant kortere liv end samfundets velstillede. Men livsforlængelse er ikke alt. Opgaven var at lægge sundhed til årene og at bidrage til at fremme et godt liv, mens vi er her på jorden. Mangfoldigheden af erfaringer og perspektiver skulle anerkendes. Forestillingen om, at ét fælles ideelt, biomedicinsk ekspertsprog kunne vise vej til løsning af samfundenes helbredsproblemer burde opgives og afløses af samarbejde og samtale på tværs af sproglige og kulturelle barrierer. På Babelstårnets ruiner ville et mere demokratisk og humanistisk samfund udvikles.

Udfordringen af det medicinske hegemoni

WHO's *Sundhed for Alle år 2000* er i dag historie. Vi bygger supersygehuse, og der håbes på afgørende biomedicinske gennembrud i behandlingen af livstruende sygdomme. Biomedicinske og bioteknologiske fremskridt vækker gamle drømme om en snarlig sejr over alderdommens skrøbeligheder og tilskynder til revision af forestillingen om, at der er en naturlig grænse for menneskelivets længde.

Men ikke alt er ved det gamle. 1960'ernes og 1970'ernes demokratiseringsbevægelser har sat sig varige spor i samfundet i almindelighed og i sundhedsvæsenet i særdeleshed.

I mere end 2000 år har lægen haft en enestående status i vores kultur. Det medicinske hegemoni dvs. lægeprofessionens autoritet i spørgsmål om sygdom og sundhed har været anerkendt af såvel politiske myndigheder som befolkningen. Selv en af den moderne oplysnings og humanismes største fortalere, Immanuel Kant, der opfordrede sine medborgere til at frigøre sig fra selvforskyldt umyndighed, fastholdt, at en nations sundhedsvæsen altid måtte ledes af lægerne selv.

Nu er hegemoniet udfordret. Det er udfordret af politiske autoriteter og deres økonomiske og

politiske eksperter. Det er også udfordret af patienter og borgere, af brugergrupper, patientnetværk og af medier. Gennem de seneste godt 20 år er der sket en revolution i borgerens position i forhold til læger og andre sundhedsprofessionelle. Autonomi, borgernes ret til selvbestemmelse, er anerkendt som et grundlæggende etisk princip i sundhedsvæsenet. Behandling og deltagelse i medicinsk forskning forudsætter borgerens informerede samtykke. Samtidig med den etiske og juridiske ny-orientering er der gennemført lovgivning og praksis-ændringer, som styrker borgeres frie valg (f.eks. frit sygehusvalg). Borgeren, der kommer i berøring med sundhedsvæsenet, søges transformeret fra en position som passiv patient til en ny som aktiv, ansvarlig bruger.

#### Fra himmelstræben til innovativ 'tinkering'

Der er ikke længere enerådige bygherrer, som under påberåbelse af lægekunst eller biomedicinsk ekspertise, kan rejse nye Babelstårne. Der sker derimod en vedvarende og hastig forandring af håndteringen af sygdom og sundhed i kraft af innovation og udvikling gennemført af en mangfoldighed af private og offentlige aktører. Udviklingen drives ikke af stræben efter forestillede utopiske mål. Udvikling forstås som en mangfoldighed af aktiviteter, der begynder i det små, og som bestandig åbner nye handlemuligheder for borgere i håndteringen af sygdom og sundhed. Det er aktiviteter, som vi endnu ikke har et fælles dækkende ord for på dansk, men som på engelsk omtales som 'tinkering'. Et amerikansk *Institute for the Future* taler om tinkering som en global omstillingsproces af praksis. Der eksperimenteres og afprøves, og der arbejdes på forbedring af allerede eksisterende redskaber og innovativ fremstilling af nye. 'Tinker' er betegnelsen for det nye innovative menneske. Det er højt motiverede borgere, der søger at fremme deres egen sundhed, og det er iværksættere og forskere, der arbejder på at udvikle det næste succesfulde produkt, der kan fremme sundhed eller velbefindende. Ifølge Fremtidsinstituttet udgør denne omfattende individuelle foretagsomhed en innovation *fra neden*. Her er ikke tale om science fiction, men en beskrivelse af en eksisterende praksis, som vi som

borgere selv er med i, og som er med til at forandre vores hverdag og vores samfund. Udvikling og brug af apps er et eksempel på tidens innovative praksis

#### Sundhed med apps

Apps er ikke hvermandseje, men bruges af stort set alle, der har en mobiltelefon. Apps er også med til at forandre vores håndtering af sygdom og sundhed. Der er apps, som kan oplyse, hvor nærmeste læge bor, eller hvor nærmeste hospital er beliggende, og der er apps, der kan oplyse om sund kost, give råd og vejledning vedrørende motion etc. Apps kan også benyttes til at overvåge egen kroniske sygdom.

Brugen af sundheds apps, bidrager til at ændre forholdet mellem læge og patient og mellem borgere og sundhedsvæsen i almindelighed. Det gælder bl.a. en app, der er udviklet af den engelske virksomhed *Babylon Health*. Babylon Health er en virksomhed som tilsyneladende er mønstereksempel på en tinkering praksis, som sigter på at gøre den enkelte borger til central aktør i håndtering af sygdom og sundhed.

Babylon Healths app er en online lægekonsultation, som kan downloades på mobiltelefonen. Hvis man trykker på 'check for et symptom' får man en række spørgsmål, der følges op af råd som f.eks.: Bestil en konsultation. Man kan så vælge mellem konsultation med almen praksis læge, en speciallæge eller en terapeut, og man kan bestille en videokonsultation. Den engelske journalist Tim Lewis har i avisen *The Guardian* berettet om sine erfaringer med Babylon Healths app. Lewis havde bekymret konstateret, at han havde fået en gevækst på halssens på størrelse med en ært. Der var ventetid på omkring 10 dage, før han ville kunne få tid hos egen læge i det engelsk sundhedsvæsen, NHS. Ved at bruge Babylon Healths app fik han kontakt med en læge inden for en halv time. Tim Lewis havde bestilt en videokonsultation, og sendte nu et billede af knuden til den læge, han var blevet sat i forbindelse med. Lægen mente, at der tilsyneladende var tale om en harmløs talgcyste. Lewis fik efterfølgende en video af konsultationen og en kort sammenfatning af diagnose og anvisninger. Han kunne enten betale et engangs honorar på 25 pund eller melde sig til Babylon og betale et månedligt bidrag på 4.99

pund. Lewis var tilfreds med konsultationen, som han opfattede som både venlig og kompetent.

Babylons app (og apps fra en række konkurrerende virksomheder som tilbyder on-line konsultation ved helbredsmæssige problemer) understøtter den ideologi eller etik, som er omtalt ovenfor, og som gennem de seneste 30 år har været med til at ændre velfærdsstaters sundhedsvæsen. Autonomi, dvs. det enkelte menneskes mulighed for og ret til at træffe beslutninger om eget liv og egen velfærd er blevet udstrakt til også at omfatte beslutninger om sygdom og sundhed. En etisk ny-orientering suppleret af politisk-økonomiske tiltag for at styrke det frie valg har skullet bidrage til at effektivisere sundhedsvæsenet. Efter Blair overtog regeringsmagten i England i 1997 gennemførte han radikale reformer af det nationale sundhedsvæsen. En af arkitekterne var Julian Le Grand, professor i sociologi på *London School of Economics*. Le Grand havde arbejdet teoretisk med veje til at forbedre kvaliteten af offentlig service. Han mente, at udvidede valgmuligheder for borgerne og konkurrence mellem institutioner, der leverer service, var den sikreste vej til at opnå effektiv og retfærdig service af høj kvalitet.

Det var disse ideer, han fra 2003-05 fik mulighed for at gennemføre i praksis.

Babylon Health er ét blandt mange eksempler på, hvorledes ideologien om kvalitet gennem udvidede valgmuligheder, har åbnet et lukrativt marked for private aktører på sundhedsområdet. Borgere er bl.a. ved at benytte sundheds-apps ikke blot *brugere* med personligt ansvar, men *forbrugere* som gennem personlige valg kan lægge pres på de professionelle, og som – ifølge ideologien – derved bidrager til at forbedre kvaliteten af det professionelle arbejde. I realiteten er der imidlertid tale om en privatisering af dele af sundhedspraksis. Babylon Health benytter sig af læger, der er ansat i NHS, men som udfører opgaver for Babylon Health uden for deres normale arbejdstid. De borgere, der som Lewis benytter Babylon Health, får hurtigere *diagnose*, men det er uklart, hvordan dette i sig selv skulle kunne forbedre kvaliteten og effektiviteten af arbejdet i det offentlige sundhedsvæsen. The Guardians journalist blev lettet over oplysningen, at han ikke behøvede foretage sig yderligere.

Andre vil imidlertid på et temmelig skrøbeligt grundlag og uden personlig kontakt og undersøgelse få diagnoser, som vil kræve nærmere undersøgelse eller behandling.

### Innovatorens samfundsutopi

Babylon Health og beslægtede tilbud passer umiddelbart ind i billedet af samfundsmæssige ændringer, hvor individualisering, privatisering og konkurrence går hånd i hånd i etablering af en neo-liberal orden til afløsning af velfærdsstatens forsøg på at skabe lighed gennem ekspertmæssig fastlæggelse af behov og ekspertmæssig produktion af ydelser tilpasset eksperternes diagnoser. Babylon Health varsler imidlertid ikke umiddelbart et opgør med velfærdsstatens sundhedsvæsen, som det er udformet i NHS i England. Man bekender sig til en overordnet mission, der rækker ud over de britiske øer: ”Vores mål er at demokratisere sundhedspraksis (Health Care). Det er vores mål at lægge sundheds-service, som både er tilgængelig og til at betale, i hænderne på ethvert menneske på jorden”. Det globale perspektiv illustreres også af, at man tilbyder sin service i Rwanda, et land med næsten 12 millioner indbyggere men kun nogle få hundrede læger.

Det er næppe tilfældigt, når man siger, at man vil lægge service, der vedrører vores sundhed, i *hænderne* på borgeren. Mobiltelefonen og dens sundheds apps skal være den centrale teknologi, der demokratiserer sundhedspraksis. Babylon Health har imidlertid mere vidtrækkende planer og større forhåbninger til en ændret sundhedspraksis.

Babylon Health arbejder på at udvikle et system, som på basis af brugeres oplysninger om symptomer mv. kan diagnosticere og rådgive *uden medvirken af klinikere*. Man har allerede afprøvet et computerbaseret ekspertsystems evner til at stille præcise diagnoser ved at sammenligne det med en trænet sygeplejerskes og en Oxford uddannet reservelæges diagnoser. Babylons ’check a symptom’ system var hurtigere og mere præcist end deres menneskelige konkurrenter. Det er sigtet allerede i 2017 at diagnosticere patienter, uden at læger eller sygeplejersker overhovedet er involveret.

Babylon Health er del af en udvikling, som *stiller spørgsmål ved og udfordrer klinisk erfa-*

*ring* i håndtering af sygdom og sundhed. Det er en vision om en sundhedspraksis, hvor kommunikation i betydningen samtale mellem borgere og professionelle er afløst af borgernes interaktion med ekspertsystemer formidlet af apps; en sundhedspraksis, hvor diagnosticerende ekspertsystemer ideelt vil overflødiggøre klinikere. Vejen søges banet for en fremtidig sundhedspraksis, hvor ekspertsystemer rådgiver eller beslutter uden professionelles mellemkomst. Babylon Health udtrykker en utopi om en fremtidig sundhedspraksis, hvor professionel dømmekraft og udøvelse af skøn i interaktion med patienter i videst muligt omfang skal gøres overflødigt.

Den nyeste teknologi og de eksisterende samfundsforhold underlagt en neoliberal ideologi varsler kulminationen på, hvad man opfatter som en frigørelsesproces, som gradvist har udfoldet sig siden det 19. århundrede. Den nye utopi udtrykker imidlertid et brud med tidligere utopier om den medicinske teknologis frigørende potentialer. Tidligere (i det 19. århundrede og i perioden efter 2. verdenskrig) var den teknologiske udvikling knyttet sammen med en styrkelse af det medicinske hegemoni. Det 21. århundredes medicinske teknologi skal – i Babylon Healths perspektiv – lægges i hænderne på borgerne, som i videst muligt omfang skal befries for den magt, som professionelle har haft og udøvet i kraft af deres professionelle erfaring og rådighed over teknologi og institutioner.

Da Babelstårnet styrtede i grus opstod – ifølge den bibelske fortælling – en babylonisk forvirring, hvor udvikling og forandring gennem fælles bestræbelser var umulig. Babylon Health er en virksomhed, som formidler en utopi om samfundsudvikling sikret gennem teknologisk innovation, der testes gennem de individuelle sundhedsforbrugeres frie valg. Denne optimisme modsiges imidlertid af historiske erfaringer med teknologiens betydning for udvikling på sundhedsområdet

Det er korrekt, at de to tidligere teknologiske revolutioner var med til at cementere eller udvide det medicinske hegemoni. Men den teknologiske udvikling på sundhedsområdet i det 19. og det 20. århundrede banede også vejen for *en udvidelse af professionelles kliniske erfaring*, som indebar nye alliancer mellem grupper

af professionelle og borgere for at fremme demokratiske mål i almindelighed og lighed i sundhed i særdeleshed. Et historisk tilbageblik kan lære os dette.

### Teknologi og folkesundhed

Det 19. århundrede var arnested for en række teknologiske fremskridt, som var af største betydning i kampen mod udbredte sygdomme.

Laennec opfandt stetoskopet i 1816. Joseph Lister banede vejen for antiseptisk kirurgi i årene efter 1827. Operationer under bedøvelse gennemførtes fra midten af det 19. århundrede. Fra 1879 kunne man vaccinere mod kolera. Pasteur udviklede vaccine mod hundegalskab i 1882. Århundredets række af teknologiske fremskridt blev afrundet af Røntgen, som i 1895 udviklede den teknologi, som stadig bærer hans navn. Kliniske erfaringer og udfordringer, laboratorieforskning og folkesundhedsideal forbindes til en helhed i det 19. århundredes medicin. Dette kommer klarest til udtryk i Rudolph Virchows indsats i anden halvdel af århundredet. Virchow (1821-1902) er ofte og med rette betegnet som samfundsmedicinens primus motor. Han fastslog, at politik er medicin i stor målestok. Politikken har folkelegemets sundhed som sin opgave, lægen den enkelte borgers sundhed. Men den enkeltes sundhed er afhængig af hans eller hendes samfundsmæssige placering. Sygdom rammer ikke blindt og tilfældigt. Virchow tog til Schlesien, der var ramt af en tyfus-epidemi. Han ville tælle ligene og se, hvor de lå tættest. Det var hos de fattige og forarmede. Kampen for folkesundheden blev uløseligt forbundet med kampen for større social lighed. Virchow optalte ikke bare lig, men dissekerede også lig og var en af den patologiske anatomis banebrydende figurer. Dermed var han med til at lægge grunden til teknologiske fremskridt, der tjente til at fremme folkesundheden.

Samfundsmedicinens udvikling i det 19. århundrede er af Foucault og andre blevet fremhævet som en periode, hvor den medicinske overvågning udvidedes fra at omhandle den enkelte til at være rettet mod hele samfundet. Dette er korrekt. Men udviklingen medførte også en mobilisering af kræfter inden for medicinen, som ville fremme folkesundheden ikke kun for at styrke nationen, men som en del af en



Illustration:  
Tine Rask Eriksen

socialpolitisk kamp for større lighed i samfundet.

Denne historiske arv er ofte blevet påkaldt, når medicinen og dens aktører har villet forklare eller retfærdiggøre nye teknologiske satsninger i medicin og sundhedsvæsen: Først i perioden efter 2. verdenskrig; senest ved indgangen til det 21. århundrede.

**Teknologi og individualiseret behandling**  
Årtierne efter 2. verdenskrig var præget af en stadig voksende tro på, at teknologien ville kunne sikre løsning af de største samfundsmæssige udfordringer. På sundhedsområdet blev optimismen bl.a. understøttet af revolutionerede nybrud i de biologiske videnskaber. Laboratorieforskning fik en stadig større plads i medicinen. Molekylærbiologien lagde grunden til en hurtigt ekspanderende bioteknologi. I England og de nordiske lande fik sundhedsforskning og sundhedspraksis nye muligheder inden for rammerne af de nationale sundhedsvæsener.

En af USAs førende medicinske tænkere, Alvan Feinstein, udgav i 1967 en bog, der på skelsættende vis anviste veje til en forbedret sundhedspraksis uden at gøre teknologien til udviklingens drivkraft. I bogen *Clinical Judgement* advarede Feinstein mod en udvikling som favoriserede laboratorieforskning og teknologi på bekostning af klinisk erfaring og viden. Han var skeptisk over for forestillingerne om en fremtidig medicin, hvor der stilles præcise diagnoser og planlægges behandling primært på grundlag af laboratorieundersøgelser.

Feinstein betegnes med rette som grundlægger af klinisk epidemiologi, dvs. af en patientorienteret forskning der ved at undersøge sygdommes forskelligartede forløb i store grupper af patienter vil kunne forbedre muligheder for såvel diagnostik, behandling som forebyggelse.

Laboratorieforskning og teknologi var blevet et middel i kampen for at opretholde medicinens autoritet, men det var en autoritet og magt, som blev størst i hænderne på visse specialer på be-

kostning af andre (som almen praksis, psykiatri, gerontologi). Den skotske samfundsmediciner Archie Cochrane var opmærksom på denne udvikling. Hans bog *Effectiveness and Efficiency* udkom i 1972 bare fem år efter Feinsteins *Clinical Judgement*. Bogen var et opgør med udviklingen i det engelske sundhedsvæsen. Det var Cochranes centrale pointe, at man manglede dokumentation for værdien af udbygningen af den sekundære sundhedstjeneste med dens kostbare teknologi. Ny omkostningskrævende teknologi og nye behandlinger måtte, argumenterede han, begrundes gennem kontrollerede undersøgelser. Ifølge Cochrane havde man overdrevne forventninger til biomedicinens muligheder. Erfaringer fra hans indsats som læge for krigsfanger under 2. Verdenskrig havde overbevist ham om, at sygdom måtte forstås bredere, end man gør i hospitalsmedicinen. Den specialiserede medicin havde underkendt betydningen af menneskelige kræfter og ressourcer, og underkendt den betydning vores liv i samfund og fællesskaber har for vores sundhed.

Cochrane er senere – på grund af hans krav til hospitalsmedicinen – primært blevet kendt som en af grundlæggerne af evidens-baseret medicin (og indirekte af medicinsk teknologi-vurdering). Hans betydning rækker imidlertid langt videre. Hans arbejde er en påmindelse til hans egen profession, lægerne, om at forstå medicinen i en samfundsmæssig sammenhæng og at forstå den betydning, personlige ressourcer, menneskelige relationer og sociale vilkår har for vores helbred.

Feinsteins og Cochranes analyser lærer os at forstå begrænsningerne i den biomedicinske og bioteknologiske satsning, der skete i sundhedsvæsenet i 1960'erne og 1970'erne. Institutionelle forandringer var blevet båret frem af en overbevisning om, at der var teknologiske løsninger på de store sundhedsmæssige udfordringer. Det er velkendt, at dette ikke lykkedes. Ulighed i sundhed er såvel nationalt som globalt en kæmpe udfordring for velfærdsstatens sundhedsvæsen og andre sundhedsvæsenet. De manglende resultater i forhold til dette mål har bidraget til at svække tilliden til sundhedsvæsenet og til at bane vej for de tendenser og forandringer, som Babylon Health er et symptom på. Endnu engang forestiller man sig, at det er teknologien, der skal løse de store sundhedsproblemer.

## Teknologi og professionel erfaring

Babylon Health og udbredelsen af et omfattende system af medicinske teknologier viser, at udfordringen af det medicinske hegemoni ikke betyder, at medicinsk tænkning og handlen har fået en mindre plads i samfundet og i menneskers hverdagsliv. Vores opmærksomhed skærpes om kropslige processer og funktioner, også selv om vi endnu ikke har oplevet symptomer, smerter eller andet, som tidligere har været vores væsentligste grund til at søge lægelig assistance.

Den innovations-tinkering praksis, som angiveligt skal bane vejen for et anderledes sundhedsvæsen, betales med en høj pris. Nedvurderingen af klinisk erfaring er skadelig for diagnostisk, behandlingsmæssig og rehabiliterende praksis. Teknologien fremstilles som et middel til at begrænse eller eliminere den personlige indsats og den personlige faktor og dermed professionel omsorg i håndteringen af sygdom og sundhed. Men teknologi gør ikke omsorg overflødig eller umulig. Tværtimod rejser indførelse og brug af teknologi hos patienten i hjemmet eller i institutionelle sammenhænge behov for nye og andre former for omsorg. Hvis teknologien skal være *effektiv* i diagnose, behandling og rehabilitering og ideelt komme *alle* til gode, så må klinikere bidrage til sammen med patienter at udvikle erfaringer vedrørende håndteringen af teknologien. Den teknologiske udvikling åbner f.eks. bestandig nye muligheder for genetiske tests. Men for at tolke disse og vurdere betydningen af eventuelle genetiske afvigelser i eget eller familiemedlemmers liv kræves dialog med professionelle med klinisk erfaring.

Babylon Health vil angiveligt demokratisere behandlingen ved at muliggøre hurtig diagnostik for det store flertal til en overkommelig pris. Men det er en demokratisering, som kun tilsyneladende er i overensstemmelse med de idealer, som blev søgt legemliggjort i velfærdsstatens sundhedsvæsen. Idealet var her alle borgere lige og frie adgang til *effektiv behandling*. Men som fremhævet af Feinstein, kræver effektiv behandling og rehabilitering en vurdering af den enkelte patients *særlige* forudsætninger og individuelle sygdomsforløb. Det lykkedes ikke velfærdsstatens sundhedsvæsen at sikre *effektiv* behandling og rehabilitering for *alle*. Vi har ikke

grund til at tro, at ny teknologi vil kunne gøre det bedre uden støtte fra en ændret og udviklet professionel praksis. En sådan ændret og udviklet professionel erfaring og praksis kan kun sikres gennem en vedvarende respekt for og inddragelse af de socialt og kulturelt mindst privilegerede borgers erfaringer og perspektiver.

Sker dette ikke, vil vejen være banet for en tilbagevenden til *en radikalt klassesdelt sundhedspraksis*, som vi finder beskrevet hos Platon. I dialogen *Lovene* skelner Platon mellem to slags læger: Frie læger og slavelæger. Frie læger indgår i dialog med deres patienter og forsøger at behandle patienterne ud fra deres særlige forudsætninger og situation. Slavelæger behandler deres patienter standardiseret og går hurtigt fra den ene slave til den næste. Dette er en praksis for klassesamfund, hvor kun en del af befolkningerne nyder friheden.

Babylon Health og lignende former for innovativ virksomhed, baner ikke vej for en praksis, som viderefører det 19. århundredes forening af videnskabelige og teknologiske fremskridt med idealet om folkesundhed. Det er tværtimod en praksis, som peger tilbage på et stærkt klassesdelt samfund; et samfund hvor kun de læger og andre sundhedsprofessionelle, der behandler de mest velstillede, vil være frie og have mulighed for at udvikle deres professionalisme i dialog og samarbejde med borgerne.

Sundhedspraksis mellem tragedie, komedie og nye veje til klinisk erfaring  
Babylon Health vil bidrage til en sundhedspraksis, hvor borgerne vil være befriet for eksperter kontrollerende blikke. Men det rummer en urealistisk vision om et efter-Babelsk samfund, hvor et fælles sprog om sygdom og sundhed slet ikke er nødvendigt, fordi ekspertsystemer har overtaget den menneskelige kommunikation.

Marx har givet os eksempler på, hvordan historien undertiden gentager sig. Første gang som tragedie, anden gang som komedie. Der var, som omtalt, efter 2. verdenskrig en stærk tro på, at man gennem teknologien kunne virkeliggøre målet om lighed i sundhed. Optimismen var nær af de store fremskridt på folkesundhedens område gennem det 19. århundrede. Men forsøget på en gentagelse endte tragisk. Udviklingen på sundhedsområdet bidrog til at undergrave

tilliden til velfærdsstatens sundhedsvæsen. Er vi i disse år vidne til en komedie? En ny teknologi som private innovatorer og virksomheder tilbyder borgerne markedsføres som bidrag til demokratisering uden professionel indblanding, hvor den i virkeligheden uddyber uligheden på sundhedsområdet.

Har læger og andre sundhedsprofessionelle et kollektivt modspil til denne udvikling? Har man evne og vilje til at forme og forsvare en vision om et ændret sundhedsvæsen, der forener *professionel erfaring uddybet i samarbejde med patienter og borgere* med idealet om *lighed*?

*Babylon Health: Online Doctor Consultations & Advice.* www.babylon-health.com/

Cochrane, A: *Effectiveness and Efficiency. Random reflections on Health Services.* The Nuffield Provincial Hospitals Trust, Oxford, 1972,

Feinstein, A: *Clinical Judgment.* Williams and Wilkins, Baltimore, 1967.

Højrup, T, & Jensen U.J.: "Moderne fællesgoder eller postmoderne kynisme? Mellem velfærdsstat og konkurrencestat i teori og praksis", i Thorgaard K., Nissen M., Jensen, U.J.: *Viden, Virkning og Virke – forslag til forståelser af sundhedspraksis.* Roskilde Universitets Forlag, Roskilde, 2010 (pp.17-59).

Illich I: *Medical Nemesis. The Expropriation of Health.* Pantheon Press, New York, 1976. (Dansk oversættelse: *Grænser for lægevidenskaben.* København: Gyldendal, 1977).

Institute for the Future. *Health Horizons Program* | 124 University Avenue, 2nd Floor | Palo Alto, CA 94301 | www.iftf.org  
www.iftf.org/.../SR1337B

Jensen UJ.: *Sygdomsbegreber i praksis. Det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori.* Munksgaards Forlag, København, 1987 (2. Udg).

Jensen, UJ: "The Struggle for Clinical Authority: Shifting Ontologies and the Politics of Evidence", *Biosocieties*, vol. 2 nr. 1, 2007.

Jensen UJ: *Resistance against Experiments: Positioning and rationality in medicine.* In: M. W. Bauer, R. Harré, & C. Jensen, eds. *Resistance and Practice of Rationality.* Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Press, pp. 182 – 205. 2014.

Jensen UJ: *Utopianism.* In Henk ten Have (ed) *Encyclopedia of Global Bioethics.* Springer, New York. 1-10. 2016.

Jersild, J.C: *Babels Hus.* Albert Bonniers Forlag, Stockholm 1978 (dansk oversættelse 1978).

Le Grand, J: *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition.* Princeton University Press, Princeton & Oxford, 2007.

Marx, K: *The Eighteenth Brumaire of Louis Bonaparte.* 1852 Marx-Engels Internet Archive, 2006,

Mattingly C. & Jensen U.J.: *What can we hope for? An exploration in cosmopolitan philosophical anthropology.* With C. Mattingly. In S. Liisberg, E. Pedersen, & A. Dalsgård, eds. *Anthropology and Philosophy: dialogues on trust and hope.* Oxford: Berghahn, pp. 24 – 55. 2015.

Platon: *Lovene*, Samlede værker i ny oversættelse, Bind V. Gyldendal, København, 2014.),

"The Doctor will see you now – on your smartphone". *The Guardian.* October 2, 2016,

*Uffe Juul Jensen er filosof og professor ved Århus Universitet.*