

Paper til det 7. Skandinaviske Luhmann Seminar: *Luhmann og sundhedssystemet*.
Fredag d. 9. december 2011. Aarhus Sygehus, DNC auditoriet, bygning 10,
Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C.

Medicinsk offentlighed: bidrag til en fremmedbeskrivelse af sundhedssystemet

Ved Lars Clausen & Jesper Tække
lcla@ucsyd.dk
imvjet@hum.au.dk

Indledning

Dette paper har to ærinder, dels på dansk at give en samlet teoretisk beskrivelse af sundhedssystemet ud fra Luhmann og dels at anvende denne beskrivelse som en model til at analysere diskussionen i hvad vi begriber som sundhedsoffentligheden. Den teoretiske del giver en selvstændig udlægning af hvordan man kan iagttage sundhedssystemet ud fra Luhmanns teori, særligt med vægt på medieperspektivet og systemets strukturelle koblinger. Dette er vigtigt da Luhmann ikke selv udtømmende har diskuteret systemet ud fra hele sit arsenal af begreber, endside givet en historisk eller semantisk redegørelse og sidst heller ikke har givet en beskrivelse af sundhed ift. det psykiske og biologiske systemdannelsesplan. Artiklen gør brug af en række sammenligninger med andre funktionssystemer, der eksemplificerer de ækvivalente udviklinger, man kan forvente har fundet sted i sundhedssystemet. Der er en del artikler på andre sprog med forskellige udlægninger af det teoretiske underskud, som vi vil søge at inddrage, men vi vil hele tiden tilstræbe at lægge os så tæt som muligt op af Luhmanns egne begreber og tolkninger.

Artiklens andet ærinde er dels at illustrere hvordan det teoretiske afsnit kan bruges til at analysere kommunikation om sundhed og dels herigennem via en række nedslag, at rapportere hvordan sundhed og sygdom kommunikeres i offentligheden. På denne måde kommer artiklen også til at omhandle medier for så vidt, at vores nedslag er foretaget i forskellige medier: en roman, tre Facebook grupper og en række avisartikler. Artiklens problem kan således siges at være hvordan man kan opstille og anvende en model for at iagttage sundhed kommunikationssociologisk.

Sygdommens semantiske evolution

At man ikke er helt rask ses ved at ens krop, psyke eller person udviser symptomer, det vil sige, udviser strukturel og/eller funktionel afvigelse fra hvad man vagt definerer som sunde strukturer og funktioner. Symptomer ses altid som tegn, der må tolkes, da deres mening ikke direkte kan konstrueres ud fra den kommunikative (sociale) kontekst. Følgende ses symptomerne som tegn på andre, men kausalt virkende afvigelser.

I den ældste og/eller mest primitive periode, den *magisk-animistiske medicin*, bliver afvigelser begrebet som ændringer forårsaget af en sygdomsforvoldende dæmon (Simon 1999). I modsætning hertil blev sygdom, i den medicin, der fulgte efter Hippokrates, den Græske og Romerske, set som ubalance i de fire elementers harmoni (ild, vand, luft og jord) inde i kroppen. Denne årsagsforståelse blev af Galen omkring 100 år e.v.t. modificeret til at gælde ubalance i de fire kropsvæsker (blod, slim, gul og sort galle), en årsagsforklaring der holdt sig helt op til tidlig moderne tid (ibid.). Først i slutningen af 1800tallet begyndte man via obduktioner, at kunne koble symptomer ved levende til afvigelser fundet ved døde. Dette *trængen under overfladen fokus* er senere udvidet gang på gang med teknologiske foranstaltninger som røntgen, endoskopi, skanning etc. Dette bringer os tilbage til symptomer igen, der i en moderne naturvidenskabelig kontekst, ses som tegn på strukturelle og funktionelle afvigelser inden i kroppen, der i deres årsag sandsynliggøres ud fra ikke falsificerede hypoteser.

Hvis vi vender os mod sygdomsforklaringer, er spørgsmålet hvordan man har tænkt sig at sygdom har sammenhæng med omverdenen? Lige fra den tidlige magisk-animistiske medicin, over den antikke til middelalderens munkeklostre blev sygdom set, som enten gudernes straf, eller teleologisk som vejen til frelse. I begge anskuelsesformer bliver sygdom set som et tegn, der refererer til et andet fænomenalt domæne end kroppen, hvor årsagen til sygdommen er lokaliseret. I de tilfælde hvor sygdom ses som guds straf, virker den som tegn på overtrædelse af sociale normer. Således sluttes der en cirkel mellem to ikke direkte iagttagelige substanser, nemlig sygdom og overnaturlige væsner. Denne tankefigur eller cirkel muliggør dog, at symptomer kan læses og gives mening til, og derved blive inkluderet i kommunikation: "the sick person is guilty, as evidenced by his illness" (Simon 1999, 195). Ifølge Simon (1999) er denne semantiske figur med en distinktion mellem skadeforvolder og offer, for en stor del overtaget i moderne medicin. Nu er placeres skylden (årsagen) bare ikke i det sociale system, men i det biologiske system, som når fx en infektion ses som skadefolderen, der skal findes og uskadeliggøres. Teorier om psykosociale og psykosomatiske sammenhænge søger dog at genkoble de forskellige systemdannelsesplaner, men dette dog i reglen i et deterministisk og lineært kausalt hvis-så mønster (Simon 1999, 194). I teorien om operationelt lukkede systemer regner man ikke med lineær kausalitet, men med at systemer perturberes af deres omverden, der samtidig er deres betingelsesgrundlag. Enten interagerer det biologiske system med omverdenen på en måde så det overlever eller også bliver det sygt og dør.

Teorien overordnet set: Tre systemdannelsesplaner og sygdom

Ud fra Luhmann (2000) må man skelne mellem det biologiske, psykiske og sociale systemdannelsesplan. De er opstået koevolutivt og fungerer i gensidig afhængighed (se Tække 2011, Luhmann 2007, 253). De er operationelt lukkede, således at deres reproduktionsprocesser hhv. liv, bevidsthed og kommunikation ikke blandes operativt, men via strukturelle koblinger udgør hinandens betingelsesgrundlag (Tække 2011). Hvis kroppen bliver syg og man skal forstå det, må man ikke bare blive bevidst om det, men også trække på den i samfundet værende viden om sygdommen. Man føler for eksempel smerte, men forstår den kun ud fra semantikker opnået i kontakt med det sociale. Barnet er svimmelt og har hovedpine, og man spørger som forældre ind og forklarer det almene ved tilstanden, hvorved barnet begynder, at kunne give mening til sin tilstand ud fra de tilbudte semantikker. *Nåh jeg er så og så syg, med det og det forventede forløb, og der og derfor, ligesom den og den, den og dengang.*

Evolutionært kan samfundet ses som opstået over tre forskellige epoker, der benævnes ud fra deres kompleksitetshåndteringsdifferentieringsstruktur (Luhmann 1977). I den tidligste epoke differentierede samfundet sig i segmenter, hvilket svarer til tiden med den magisk-animistiske medicin. Samfundet hentede semantikker om sygdom fra myter og overleveringer, der gav tabuer for forståelsen af sygdom. I næste fase differentierede samfundet sig primært i lag og benævnes det stratifikatoriske samfund, hvilket svarer overens med perioden fra Hippokrates og op til den tidlige modernitet. I denne epoke, hvor man ideelt set havde en gudekonge, defineredes sygdom i samfundshierarkiet oppefra og ned. Den nuværende primære differentieringsform samfundet har ud fra Luhmann, er den funktionelle, hvor sygdomskommunikationen ses som uddifferentieret til et autopoietisk funktionssystem, der i sin egen ret definerer hvad, der er sygdom og hvad der ikke er. Dette system benævner Luhmann (1990) for *medicinsystemet*. Man kan, ud fra en luhmannsk optik sige, at dette system som andre funktionssystemer har sit eget symbolsk generaliserede kommunikationsmedie, nemlig *sundhed*. Et andet eksempel på et sådant medium er *penge*, der gør ellers inkommensurable størrelser kommensurable, hvorved mediet reducerer kompleksitet. Dertil reducerer penge også dobbelt kontingens ved, at både køber og sælger ved at kommunikationen nu omhandler handel og begge kender semantikkerne i den forbindelse, og altså ikke behøver at forhandle om hvordan de skal forhandle, men netop bare kan handle. På samme måde ved vi om kommunikationen omhandler magt, sandhed, ret og altså også om vi kommunikerer om sundhed. En ven halter lidt, konen tager sig til ryggen, en kollega bliver sygemeldt: så snart vi afkoder kommunikationen til at omhandle sundhed, er der meget der ikke behøver, at blive sagt og meget, der kan siges uden indledende forklaringer. Herved reducerer mediet sundhed kompleksitet, som vi ofte møder i form af dobbelt kontingens: han var fraværende fordi han var sløj, ikke fordi han ikke ville, eller ikke havde råd. Imidlertid er sygdom, i lighed med magt og ret, et yderst alvorligt socialt anliggende, der ikke kun forefindes på mikroplan mellem venner og i familier, men som også kan kræve medicinsk behandling, hvilket inddrager et institutionaliseret makroplan. Den moderne systemteori anvender kodebegrebet til at beskrive, hvorledes et

system adskiller sig selv fra sin omverden og hvordan det internt er struktureret. Koden i det medicinske system selekterer kommunikationsbidrag som inkluderet i systemet med distinktionen: *syg/rask*, hvor *syg* udgør den positive side af distinktionen. På mennesker kan man observere, om de er syge, og sygdommens opdagelse muliggør fremadrettet medicinsk behandling. Fortsættelsen gennem behandling tydeliggør, hvorfor sygdom fremstår som positivt for systemet. Det er nemt at forstå, for man må udvise symptomer, der falder indenfor sygdomssemantikkens, for at blive iagttaget som *syg*¹. Denne inklusion er nødvendig for at komme i betragtning indenfor det institutionaliserede sundhedsvæsen. Mere begrebsligt set, kan man ikke være kun *syg* og slet ikke *rask*, da man så ville være død.² Da det at være *syg* altså altid kræver et minimum af 'raskhed' peger Pelikan (2006, 78) på, at man kan se 'sygthed' som en parasit og 'raskhed' som værten for den. Sundhed er imidlertid det begreb man kommunikerer om sygdom med, ellers ville funktionssystemet hedde sygdomsvæsenet (Wistorft 1990, 79). Sundhed sættes altså lige med raskhed, men begrebsligt burde man skelne mellem sund/usund og *syg/rask*, da man godt kan være både usund og *rask* på én og samme tid, ikke mindst da de positive værdier er hhv. *syg* og *sund*. Ligeså kan man godt have været med på alle helsebølgens bud, have spist og motioneret osv. (helse-moralsk) rigtigt og være *sund*, men alligevel *syg*.

Luhmann arbejder med forståelsen af systemers indre aktivitet som 'programmer', der sekvenserer en lang række hændelser ved fastlægning af et særligt mål (formålsprogrammer) eller ved reaktion på omverdenens informationer gennem registreringen af symptomer, hvorefter stærkt generaliserede og rutinerede personaler overtager styringen, de såkaldte konditionalprogrammer. Målrationalle programmer udspringer af systemets selv-forandrende tiltag, hvorimod konditionalprogrammer udgør de formaliserede standardprocedurer, med hvilke systemet reagerer på sin omverden. Begge programtyper gør systemet i stand til at nedbringe omverdenens kompleksitet, og eksistensen af to programtyper gør det muligt at øge friheden gennem afvejningen af, hvilke(t) programmer, der bringes i anvendelse. Distinktionen *sund/usund* kan iagttages som et formålsprogram, dvs. som en kontingensformel, der letter kommunikationen og den enkeltes mulighed for at iagttage levevis, lettet for lægelatin og stillingtagen til store statistiske undersøgelser – og så giver det jo en god smag i munden at iagttage sig selv som *sund*, også i det små (jeg tog trappen!).

¹ "Uddifferentiering af et funktionssystem i samfundet er kun muligt, hvis funktionen kan interpreteres gennem en distinktion, en for funktionen specifik binær kode. Sådanne koder omfatter en positiv værdi og en negativ værdi, der ikke skal forstås i omgangssproglig forstand, men som betegnelse af tilknytningsevne (positiv) og dets refleksion (negativ)." (Luhmann 1994: 237-8, forfatternes oversættelse)

² I modsætning til kutyme i både det danske og tyske sprogområde, betegnes systemet ikke som *sundhedssystemet*, men som det *medicinske system*. Det danske 'sundhedsvæsen' er en række organisationer, sammenfattet og styret af sundhedsstyrelsen, der udgør den "øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark" (SST 2011). Man kan antage at selvbeskrivelsen som *sundhedssystem* i stedet for 'sygdomssystemet', ud over de begrebsafklaringer vi kommer frem til oppe i teksten, udspringer af behovet for at dække over systemets funktion: at gøre personer syge, for efterfølgende at gøre dem raske og dermed sikre deres *sundhed*.

Der er i vor tid mange interessenter i sundhedssystemet, lige fra medicinalindustriens virksomheder der søger, at sygeliggøre så mange som muligt, for at kunne sælge medicin og andre helbredelsesprodukter, over moralske bevægelser, politiske partier, religiøse bevægelser (med en glidende overgang) til helseindustrien. Alle disse aktører bader almindelige mennesker (inkorporerede psykiske systemer med social personstatus) i ofte modstridende informationer. Hertil kæmper politiske partier om hvilke behandlinger (om nogen overhovedet), der skal støttes offentligt. Hertil kommer en af nye kommunikationsmedier øget kompleksitet. Med de elektroniske medier især tv mistede vi meget af autoritetsrespekten for lægen, da man selv i ringe tv-udsendelser kunne iagttage at lægen ikke altid vidste hvordan symptomerne skulle tolkes, eller hvilken kur der ville være bedst (Meyrowitz 1985). Dette kastede pludselig et ansvar, der ellers altid havde tilhørt shamaner, præster og senere altså læger, over på almindelige lægfolk der nu selvstændigt måtte reflektere over og tage stilling til den engen sygdom eller raskhed. Med de digitale medier er der kommet mangfoldige muligheder for selvtest for symptomer, databaser med informationer over sygdomme, symptomer og behandlinger og ikke mindst for at diskutere sundhed, sygdom, kausalitet osv. med andre i opinionen. Således er den enkelte, stedt i en yderst kompleks og svær kommunikations- og informationssituation, når denne skal reflektere over den egne raskhed.

Vi skal i det følgende uddybe Luhmanns teoretiske greb og dernæst vise hvordan det kan anvendes som model for analyse af netop hvordan der i det moderne samfund kommunikerer om sundhed.

Funktionssystemet Medicin

I løbet af den samfundsmæssige evolution har en række funktionssystemer uddifferentieret sig, der hver i sær varetager specialiserede opgaver og stiller specifikke ydelser til rådighed for resten af samfundet. For det politiske, det økonomiske, videnskabelige, retslige, religiøse og kunstneriske system foreligger omfattende videnskabelige undersøgelser, ikke mindst fra Luhmanns egen hånd. For andre funktionssystemers vedkommende nøjes Luhmann med indledende manøvrer og sporadiske henvisninger af mere generel karakter. Det gør sig gældende for et sportssystem, for krigssystemet og ikke mindst for det medicinske system. I den gennemsete forskningslitteratur og i den mediale offentlighed har begrebet sundhedssystem eller sundhedsvæsen fæstnet sig som omgangssproglig beskrivelse af systemet.

Empirisk er der en række evidenser for, at der eksisterer et særligt system, der arbejder med sundhed og sygdom i samfundets overordnede differentiering. Alternativt måtte funktionen løftes på tværs af de bestående funktionssystemer, således som det gør sig gældende for den moralske semantik (Luhmann 1978). Hvis det skal gøre sig gældende, må vi med udgangspunkt i det funktionalistiske forskningsparadime gå ud fra, at et system yder sundhed for samfundet. At gå ud fra den funktionelle metode betyder, at man anser et system som løsningen på et problem, der ellers ikke ville blive løst eller ville blive løst på en anden måde

(Luhmann 1964). Systemet må konvergere en lang række enkeltydelser ud fra et samlet perspektiv, og denne konvergens må undersøges som problem og ikke som præmis (Luhmann 2010: 43). Det semantiske felt af begreber centreret omkring sundhed og sygdom må kunne samles og observeres ud fra et samlet perspektiv. Luhmanns forslag er koden syg/rask (Luhmann 1990: 186). Ved at fastlægge sig på eksistensen af en kode, der underordner alle andre sygdomsydelser, når han frem til muligheden af tilstedeværelsen af et funktionssystem, han tilskriver titlen 'det medicinske system' (Luhmann 1990). Dets ydelse over for samfundet udgør håndteringen af en professionslukket generering af sundhed til samfundets andre funktionssystemer. Det er, med andre ord, det medicinske system, der påtager sig håndteringen af sygdom, så resten af samfundet kan antages som rask. Sociologen Talcott Parsons ville betegne sundhed som cirkulerende medie (Parsons 1960), der stiller sundhed til rådighed for resten af samfundet. Det Luhmannske begreb om sundhed som symbolsk generaliseret kommunikationsmedie arbejder derimod inkluderende, så anvendelsen af sundhed per automatik bliver et led i det medicinske systems fortsatte aktivitet.

Ser vi på samfundsevolutionen, var tilvejekomsten af primære koder, som basis for funktionssystemerne ikke nok til at sikre fortsættelsen, da de spæde funktionssystemer fortsat opererede som åbne systemer, dvs. ikke var i stand til at lukke omverdenen ude. En sammenligning med andre funktionssystemers tilblivelse bidrager til at skærpe opmærksomheden i vores iagttagelse af det medicinske systems egen fremkomst.

I retssystemets udvikling var ret udsat for naturretslæren, der antog formen af en naturgiven orden, som retten måtte rette sig efter (Luhmann 1993). Den spirende videnskab måtte indordne sig under det kristligt-religiøse verdensbillede og religionen under Guds vilje. Det samme gør sig gældende for Luhmanns andre identificerede funktionssystemer uddannelse, ret, videnskab, politik, kunst, økonomi og netop det medicinske system. Funktionssystemerne påbegyndte en selvkodning (Harste 2010), hvor koden koder sig selv. Luhmanns begreb om selvkodning gør identifikationen af funktionssystemer lettere, da det samlede antal af mulige koder reduceres til de få, der konsekvent koder sig selv. Den funktionelle gevinst er immuniseringen af systemet mod omverdenens ydre kontingenser (ibid.). For retssystemets vedkommende markeres overgangen til selvkodning med ændringen af selvbeskrivelsen fra naturretsligt primat til positiv ret, hvilket vil sige, at ret fremover selv afgør, hvad der er ret og uret. Den kristne kirkes selvkodning giver religionen autonomi til selv at afgøre, om observationer er udtryk for Guds vilje, eller blot livets gang, og i videnskaben bliver sandhedskriterierne fremover sat internt, så afgørelsen om et udsagns sandhed afgøres med egne, nye forskningsbidrag. For det medicinske systems vedkommende må det betyde, at koden syg/rask også koder sig selv og dermed skaber distance til omverdenens åbne kontingens. Således bliver afgørelsen om sygdom, såfremt selvkodningen er *modus operandi*, fremover truffet af systemet selv, frem for at sygdom opfattes som eksterne tilstande, der blot skal behandles i det omfang, det er muligt. F.eks. blev kærlighed i perioder opfattet som sygdom, der unddrog sig muligheden for helbredelse ved ydre tiltag, men kun kunne kureres af en selv (Danville 1893). I anden halvdel af det 19. århundrede var man i visse medicinske kredse endda

overbevist om, at kærlighed var en fysiologisk-neurologisk defekt, der med naturvidenskabelige metoder kunne afdækkes og gennem medicinsk behandling helbredes (Luhmann 1980: 30ff)

Medicinsystemets kode

Luhmanns teori om sociale systemer koncipierer denne deling for koderne i funktionssystemerne på følgende måde: hvert funktionssystem har én kode³. Med Spencer-Browns måde at skrive distinktionen på, ser koden, når den intet indhold har, ud som følgende:

⌈

På venstre side står den markerede side, der udgør kodens positive værdi. På højre side står kodens umarkerede side. Kodens markerede side udgør dens 'positive værdi'. Det betyder ikke, at koden er særligt god eller moralsk, men at den garanterer den kommunikative fortsættelse, dvs. anknytningsduelighed ("Garantiertes Anschlußvermögen"). Den umarkerede side er kodens negativværdi: ikke fordi den er dårlig eller umoralsk, men fordi den udgør negationen til positivværdien. Negativværdien udgør refleksionsværdien, gennem hvilken systemet bliver i stand til at afgrænse sig fra sin omverden og afgøre, hvad der falder under positivværdien. For retssystemet er koden således: ret/uret, for det økonomiske system er koden: betaling/ikke-betaling, for videnskabssystemet er koden: sand/falsk og for det politiske system: koalition/opposition. Selvkodning består i at koden koder sig selv. Med Spencer-Brown kunne vi sige, at koden gennemfører en re-entry i sig selv på positivsiden. Dermed bliver det sygdommen der afgør, om sygdommen er ophørt og raskheden har indfundet sig. Kodning og selvkodning udgør to grundlæggende forskellige måder at iagttage på. Iagttagelser af 1. orden observerer verden, hvorimod iagttagelser af 2. orden iagttager iagttagere (Luhmann 2002b). Selvkodningen er derfor iagttagelse af første ordens koden *med samme kode*, men fra et andet iagttagelsespunkt, nemlig 2. ordens iagttagelsen.

Koden og re-entry kommer derfor til at se således ud:

Koden på 1. orden = syg/rask

Koden på 2. orden = (syg/rask)/rask

Kodning af mening

Spørgsmålet er, hvordan det medicinske system træffer afgørelsen om kodning af en hændelse i koden. For Luhmann er sociale systemer meningssystemer, der med

³ Med uddannelsessystemets dobbeltkodning i bestået/ikke-bestået og bedre/værre og muligvis psykiatriens egen sekundærkode unormal/normal (Klitgaard 2011)

deres aktivitet skaber og udfolder sig i mening. Med udgangspunkt i Husserls fænomenologi skelner Luhmann pragmatisk mellem tre meningsdimensioner: sagsdimensionen, socialdimensionen og tidsdimensionen.

Peter Fuchs peger på begreberne diagnose, patient og behandling (terapi ved Simon, 1999), der er de medicinske operationer i de tre meningsdimensioner: tids-, sags-, og socialdimensionen (Luhmann 1971a: 48ff, Luhmann 2002a:239-241). Patienten udgør den sociale binding i form af selektion af personer. Personen bliver patient gennem iagttagelsen af symptomer. Symptomer kræver diagnoser til beskrivelse af sygdomme som iagttagelsesliste over afvigelser fra et uklart normalbegreb om sundhed. Dermed fikseres sagsdimensionen ved fastlæggelse af diagnosen og kobling til patienten. Tidsdimensionen fikserer gennem planlægning og igangsættelse af et behandlings- eller terapeutisk forløb.

Der er ingen kausal kobling mellem de tre dimensioner og selvkodningen giver systemet en stor grad af autonomi til at fastlægge intervaller, udskyde eller fremtrække behandlinger, variere symptombeskrivelser og rekategorisere patienter ind i andre diagnoser.

Brystcancer udgør et godt eksempel. Af hensyn til tidlig diagnostik af forstadier(!) til cancer gennemføres præventive(!) mamografiscanninger af en større del af befolkningen med ikke ubetydelige økonomiske, personale og tidslige omkostninger til følge. Ved positivt udfald af undersøgelsen, dvs. ved symptomers synlighed, konverteres den scannede til patient med diagnosen cancer, der underlægges et temporalregime i form af ventelister og formalia. Brystcanceren i forstadiet placerer patienten både indenfor og udenfor det medicinske system i selve ventetiden. Patienten føres på lister (Fuchs 2007: 138, Rustemeyer 2001: 163-167). Patienten er, og her kommer 2. ordens kodningen ind, både syg gennem diagnosen og rask (nok) til at eksistere på en venteliste. Samme temporalisering foregår efter operationen, hvor tiden frem til kemoterapi kræver både genese af de (fysiske) indgreb og parathed til yderligere nonintrusive indgreb i form af stråler og kemo. Atter kan patienten vurderes til at befinde sig i en tilstand af svækkelse, der udskyder nye initiativer i terapien. Man kan, paradoksalt formuleret, være for syg til at blive behandlet og for rask til at være syg, uden at man har forladt systemets grænse gennem ophør af patientstatus.

Heldigvis for kroppe og bevidstheder er det medicinske systems operative skizofreni en kommunikativ form og ingen kropslig eller bevidsthedsmæssig tilstand. Det ser ud til, at netop skizofrenien er et spændende grænsetilfælde med et indbygget paradoks i kommunikationsgrænsefladerne mellem skizofrene psyker og skizofren medicinsk kommunikation. Luhmanns teori kunne føre til den sociologiske udfordring til medicinen, om kun én side af skizofrenien er syg, mens den anden er rask. Den internationale klassifikation af sygdomme, revision 10 (ICD-10) definerer f.eks. simpel skizofreni (kode: F20-6) som følgende: "A disorder in which there is *an insidious but progressive development of oddities of conduct, inability to meet the demands of society, and decline in total performance*. The characteristic negative features of residual schizophrenia (e.g. blunting of affect and loss of volition) develop without being preceded by any overt psychotic symptoms" (vores kursivering, LA/JT). Symptomet om den manglende tilstrækkelighed ift. Samfundets krav og behov bliver set som diagnoseberettiget; i beskrivelsen ses

dermed et eksempel på det medicinske systems grænsedragning mellem syg/rask. Du er kun rask, hvis du opfyldt samfundets behov – ellers er du syg, får en diagnose og kræver behandling. Rask bliver patienten først i det øjeblik, det medicinske system anser vedkommende for at svare til samfundets 'krav', hvor diffust og umarkeret det end måtte være (Klitgaard 2011). Derfor må, det følger af den Luhmannske teoridannelse, terapeutiske tiltag have afklaret et niveau for terapiens afslutning. Men hvem der har med psykiske diagnoser at gøre, ved, at eksklusion fra det medicinske system er overordentligt svært og i perioder kun kan klares ved dødsfald: "Kodens egentlige overskridelsesværdi er: døden, for så vidt der gennem dødens indtræden bringes ophør til meningen om skellet mellem rask/syg for den afgåede" (Fuchs 2006, forfatterens oversættelse), og med Luhmanns egne ord: "det medicinske system indstiller sit virke ved dødens indtræden" (Luhmann 2002d: 48, forfatterens oversættelse).⁴

Inklusion og eksklusion

I første omgang har vi beskrevet koden som struktur for afgørelse om inklusion og eksklusion. Temporaliseringen fører til utilstrækkeligheden af den simple formel om enten/eller. Hvis sygdom automatisk førte til øjeblikkelig behandling og dermed totalinklusion, ville det medicinske system bryde sammen af overlastning af konditionalprogrammer, der dikterer specifikke handlingsmønstre og terapiforløb på baggrund af fastlagte diagnoser. Derfor har det medicinske system, ganske i lighed med de andre funktionssystemer, brug for en gennemført re-entry på inklusion/eksklusions-distinktionen. Ventelistepositionen er altså både en inkluderet position (som patient) og ekskluderet position (som modtager af behandling). Behandlinger udgør konditionalprogrammer, dvs. en fastlagt sekvens af handlinger, der igangsættes af indtrædelsen af en bestemt kondition (tilstand), dvs. diagnose. I modsætning til inputstyrede konditionalprogrammer har systemer også mulighed for målprogrammer, der orienterer sig mod systemets outputgrænse. Et typisk eksempel på et medicinsk målrationelt program er de forebyggende indsatser, der skal opretholde samfundets eller risikogrupperes generelle sundhedstilstand. Med anvendelse af målrationelle programmer får systemet en yderligere mulighed for at gøre sig indifferent over for en kompleks og patientfyldt omverden (Luhmann 1971b: 121ff). Både målprogrammer og konditionalprogrammer i det medicinske system er stærkt strukturelt koblet til det økonomiske, det politiske, det (sygdoms-)videnskabelige og det retslige system. Således er den indre-styrede rejktionsmulighed gennem døden (eutanasi) gjort ulovlig i dansk lovgivning.

Strukturelle koblinger og den medicinske offentlighed

Samtidigt er "sygdom" ikke et begreb, det medicinske system har eneret på. Andre systemer end det medicinske kan gennem anvendelse af sygdomsbegrebet, men

⁴ Totalinklusionen i venteposition er i øvrigt sammenfaldende med Kafkas observation af det moderne retssystemets uundslipplighed i investigationen (Kafka 2003, 219/234).

uden at kunne praktisere den kliniske diagnostik(!), bruge begrebet, til at koble sig på det medicinske system. Når der i aviser, i 'sociale medier' som Facebook, g+ og Twitter samt på hjemmesider som netpatient.dk og ved kaffebordet på alderdomshjemmet kommunikerer om sygdom, er det i strukturel kobling til det medicinske system. Ligeså når det gælder i rettens afvejning af psykologiske udredninger eller skolers håndtering af børn med særlige behov. "Konstruktionen af sygdom, dvs. diagnose og behandling, orientering og rådgivning er og bliver det medicinske systems opgaveområde" (Luhmann 1990: 195, forfatterens oversættelse).

Overordnet set kan man skelne mellem interaktioners, organisationers og andre funktionssystemers strukturelle koblinger til medicinsystemet. Når man med sin partner taler om børnenes sundhed kobler denne kommunikation sig strukturelt til medicinsemantikken. Når en organisation som en skole eksempelvis indfører sundhedstiltag såsom madordning og mere gymnastik kobler den sig ligeså strukturelt til medicinsemantikken. Når retten afgør at en arbejder skal have erstatning for en sygdom denne har tildraget sig under sit arbejde er det lige så. Hvad vi senere vil knytte an til empirisk, er sådanne koblinger i den *medicinske offentlighed*.⁵

Strukturelle koblinger er forbindelser (Luhmann 2000: kap 6, afsnit IV), der gør semantiske produkter tilgængelige for de koblede systemer, uden at koblingen afbryder systemernes individuelle autonomi. Et eksempel er en videnskabelig rapport om et sagsforhold til det politiske system, som så kan danne grundlag for den fortsatte politiske dialog og beslutningsproces. Videnskabens rapport er derfor ikke systemdeterminerende, men kompleksitetstilbydende til det koblede systems semantiske variation. I forlængelse af Rudolf Stichwehs analyser om inklusion og eksklusion i det moderne samfund, er distinktionen i stand til at gennemføre en "hierarkisk opposition"⁶. I modsætning til selvkodningen, hvor koden knytter an til sin egen positivside, kan der i den hierarkiske opposition gennemføres et re-entry på begge sider af distinktionen (Stichweh 2005).

1. ordens form: inklusion/eksklusion
2. ordens form: (inklusion/eksklusion)/(eksklusion/inklusion)

Systemets omverden bliver dermed i stand til at tematisere sin egen udelukkethed, når man "kommer i klemme i sundhedssystemet"⁷ eller ikke får de behandlingstilbud, man selv havde forventet at få. Den tematiske omvendelse fører til udfoldelsen af en medicinsk offentlighed som et relativt nyt fænomen. I den medicinske offentlighed bliver det muligt at tematisere eksklusionen som normalt tilstand ud fra den diffuse inklusion.

⁵ Vi afgrænser i artiklen undersøgelsen til, en roman, en række dagbladsartikler (massemediesystemet), samt en række nedslag i selvorganiserende interaktionssystemer på internettet (dette udbygges nedenfor).

⁶ Luhmann påpeger pudsigt nok en lignende konstellation for det religiøse funktionssystem, der ligeledes arbejder med re-entries på begge sider af koden (Luhmann 1994: 244f)

⁷ Se de empiriske selektioner nedenfor.

Den medicinske offentligheds nye mulighed falder sammen med sundhedssystemets omkalfatring af dens praksisbeskrivelser. Fra en uddifferentiering af den praktiserende læge som bærer af lægekunstens århundredelange erfaringsaggregering, skifter beslutningsniveauet fra 'håndværkeren' til afpersonaliserede, personligt erfaringsstømte konditionalprogrammer med fastlagte medicinerings- og behandlingsforløb (Vogd 2006). Eksplosionen af diagnoser og behandlingsmuligheder fører desuden til en stigende inddragelse af patienten i beslutningssammenhænge om valg af behandlingsforløb, hvorved en række risici splittes op på begge beslutningstagere.

Distinktionen mellem den lægefaglige repræsentant og patienten bliver gennem risikofordelingen observeret som én beslutningsenhed og patienten inddraget som inklusionsramt menneske, der selv har fastlagt sin egen skæbne. Beslutningsmedinddragelsen betyder således også at patienten som lægmand inkluderes i kommunikation med medicinfagligt personale udelukkende ud fra sin egen livserfaring og ad-hoc interaktioner med andre patienter hhv. i den medicinske offentlighed.

Den medicinske offentlighed udfolder sig langs ubestemmelige ad-hoc informationskanaler. Den medicinske offentlighed er med til at re-symmetrisere det asymmetriske beslutningsfællesskab læge/patient og tilfører både beslutningsprocessen og kommunikationen en markant mertilvækst af kompleksitet. Lægen skal ikke længere kun formidle de i forvejen fastlagte behandlingstilbuds indsatsområder og konsekvenser, men kan nu blive tvunget ud i en dialog med patienten om retteligheden i det tilbudte behandlingsforløb (Vollmann/Winau 1996).

Vi vil i det følgende begynde at illustrere og samtidig anvende den fremlagte teori/model ved, at foretage en række iagttagelser og herigennem også komme til, at behandle hvordan den samfundsmæssige kommunikation om sundhed udfolder sig i nutiden. Først vender vi os dog mod en roman som empiri for at udfolde det enkelte menneskes inklusion i det medicinske funktionssystem.

Indviders inklusion i sundhedskommunikationen

I Thomas Manns roman Troldfjeldet er hovedpersonen Hans Castorp i sin sommerferie på besøg ved sin fætter, der er indskrevet på et sanatorium i Alperne. Hans fanges ind og tryllebindes af stedets eksklusivitet og ønsker sig, inden hans 14 dages besøg er slut, symptomer, termometer og altså medlemskab i de tuberkuløses klub. Nu er Hans så 'heldig' at lægerne med den nyopfundne røntgenteknologi finder en våd plet i Hans' ene lunge hvorfor han kan blive indskrevet som patient og blive på sanatoriet.

Vi ser her elementer fra det teoretiske afsnit: Der skal en teknologi til at iagttage, objektivisere og dokumentere tegn, der så kan forstås som symptomer. Symptomerne er iagttagelige mærker på røntgenbillederne af hans lunger, der tolkes som tegn på sygdommen. Han får dertil taget temperatur, han grader sig som det hedder i romanen, med et termometer. Skadeforvolderen ses som en infektion målt som en værdi i blodprøver og vist på røntgenbilleder. Årsagen regnes lineært

kausalt som livet nede i slettelandet og kuren ligeså, som opholdet i den tynde luft, det at ligge ned og så det at få sol.

Røntgenbilledet giver Hans den diagnose, der dels giver ham adgangsbillet til at opholde sig på sanatoriet og dels accept som medlem af patientgruppen og inklusion i dens kommunikation. Hans kan således inkludere sig i det organisationssystem som sanatoriet udgør, ved at apparatur og undersøgelser viser tegn (symptomer) som kommunikativt tolkes som faldende på den positive side af koden syg/rask. Den kommunikative tolkning styres af programmer, der fastlægger hvordan koden skal anvendes i det konkrete organisationssystem. *Sagligt* stiller sanatoriet diagnosen, der *socialt* inkluderer Hans, så han *temporalt* får rammesat sit liv i en fast rytme (de næste mange år), via behandlingsformen. Hans kan give mening til sit liv og sin identitet som syg via samtaler med sin fætter, der har været indlagt i næsten et år da Hans ankommer, samt gennem samtaler med lægerne. Han danner kognitive skemaer bevidsthedsmæssigt i harmoni med de semantikker der tilbydes ham i den sociale interaktion. Han kan identificere sin tilstand, gennem iagttagelse af sit røntgenbillede og termometer aflæsninger, og holde disse data op imod sanatorieorganisationens standarder for hvornår man er hhv. syg og rask. Man kan ligne sanatoriet med et moderne hospital, hvor man som organisationssystem hele tiden må forholde sig til nye politiske krav, videnskabelig viden, overenskomstmæssige beslutninger, klager fra patientorganisationer – og beslutte hvordan man vil diagnosticere og behandle. organisationskommunikationen må fx, tage højde for ret og økonomi, men altid vil sidsteargumentet følge det symbolsk generaliserede kommunikationsmedie sundhed. Hvor meget raskhed kan man få indenfor de givende rammer, eller med andre ord indenfor de strukturelle koblinger som funktionelt betinger systemet og muliggør dets autopoiesis. Vi vil nu søge at kaste lys over hvordan sådanne rammer, eller strukturelle koblinger kommunikerer samfundsmæssigt i den fremvoksende medicinske offentlighed i massemedierne og i sociale medier. Først må vi dog introducere til massemediesystemet, offentlighedsbegrebet, samt til udbredelsesmedier, herunder også til interaktionsmedier og selvorganiserende interaktionssystemer.

Sundhed, medier og offentlighed

Luhmann (2002c) beskriver massemedierne som et funktionssystem med koden information/ ikke information og det symbolsk generaliserede kommunikationsmedie information. Det kommer i stand gennem teknologi der kortslutter den direkte interaktion mellem afsender og modtager. Avisen må gætte på hvad der har informationsværdi for læseren, men kan støtte sig til sine programmer for forvaltning af koden. Således har Politiken, fx anderledes nyhedskriterier end BT og man beslutter løbende på redaktionerne hvad der skal trykkes. De forskellige funktionssystemer behandler hinanden stedmoderligt og således må alt fra politik til kunst indordne sig under massemedieorganisationernes produktionsformer, fx længde på tv-indslag.

Begrebet om offentlighed er i en luhmannsk optik en forskelsmarkering mellem offentligt (der er enhvers ret at kende til) og privat (som ingen uden de implicerede

har ret til at kende til). Den fungerer ved at sætte en grænse, fx at det er privat hvem der har fejlopereret, for straks at krydse grænsen, da det tyder på at en læge har fejlopereret mange (Qvortrup 1998).

Vi er dog også inspirerede af Habermas (1976) hvor offentlighed ses som et domæne, hvor offentlige emner diskuteres i en kreds af borgere. For begge indfaldsvinkler gælder imidlertid, at den offentlige mening, netop kun er en mening og at man i Luhmanns optik, må sætte gang i et funktionssystem før der ændres noget, fx at det besluttet politisk at ventelisterne skal være kortere, eller at det skal offentliggøres hvem der fejlopererer.

Hvor Luhmann (2000) skelner stramt mellem tre forskellige former for medier (sprog, distributionsmedier og symbolsk generaliserede kommunikationsmedier) og tre former for sociale systemer (interaktioner, organisationer og samfund) bløder vi, under indtryk af medie- og samfundsevolutionen de senere år, op på to sammenhængende måder (Tække 2006). Dette ved dels altid at se interaktioner, som ikke bare selvorganiserende som sådan, men også i mere forpligtende forstand således at deres interaktionshistorie ved at kondensere accepterede hhv. forkastede meningsforslag, giver en meningsgrænse, der guider den videre kommunikation. Dertil begriber vi en række distributionsmedier med rum for interaktion, som medier der giver det sociale nye muligheder for formdannelse, således at der er emergeret en mellemform af selvorganiserende interaktionssystemer og massemedier. Sådanne kan benævnes som quasi-massemedier, da de dels kan konsumeres passivt som almindelige massemedier, men også samtidig giver rum for, at enhver på lige fod med andre kan deltage i kommunikationen i dem. Vi beskriver dem som internetbaserede, eller digitalt medierede selvorganiserende interaktionssystemer. Sådanne går under navne som sociale medier, weblogs, mailinglister eller nyhedsgrupper, men optræder også nu som regel under enhver avisartikel på internettet.

Interaktion om sundhed: de strukturelle koblinger

Følgende afsnit skal kaste lys over hvordan den medicinske offentlighed, her repræsenteret i sin fragmenterethed, ved Facebook gruppen: *STØT Sygdomsramte som er kommet i klemme i systemet*, der pt. (24/11 – 2012) har 10.861 likes, iagttager sundhedssystemets strukturelle koblinger. I gruppen⁸ formidles emnerelevante links til diverse massemedier og diskuteres ud fra indlæg der så kommenteres. Der er stor emnekohærens i gruppen men ikke megen lineær kohærens mellem de enkelte indlæg der således mest forholder sig til det enkelte indlæg. Således har vi udvalgt en interaktionssekvens fra d. 26/10 med et emne om at beskæftigelsesminister Mette Frederiksen vil flytte penge fra overførselsindkomster til forebyggelse, der trak 32 kommentarer. I gruppen er der tydeligvis historisk dannet en meningsgrænse der ligger helt op af gruppens titel og der er følgende almindeligvis mere tale om fælles ræsonneren end diskussion af forskellige holdninger. I kommentarsekvensstrengen udtrykkes den holdning at politikerne ikke ved hvad de blander sig i, at de ikke ved hvad det vil sige at være

⁸ Det er faktisk ikke en gruppe men en såkaldt Facebook side, som man kobler sig til ved at 'like' den.

syg. At man fx som skizofren med mange tydelige symptomer skulle kunne komme ind på og derefter følge en uddannelse regnes som usandsynligt. Man finder det som en ubærlig generalisering, hvis alle uanset sygdom og symptomer skal leve i uvisheden om, man kan beholde sin overførselsindkomst eller ej. Man påpeger fx at der er forskel på depression, der kan kureres og skizofreni der er kronisk. Politikerne beskyldes også for at mistænkeliggøre, om man nu er syg nok - og igen og igen - for ikke at vide nok. Som om det er en fornøjelse og en guldgrube at være på pension - og at sygdom skulle kunne helbredes af uddannelse. Alt i alt giver de politiske signaler stor usikkerhed i gruppen.

Vi ser her hvordan en del af den fragmenterede medicinske offentlighed operer for at diskussionen skal foregå udfra mediet sundhed og altså koden syg/rask og ikke ud fra en politisk kodering. Problemet er at sundhedssystemet er strukturelt koblet til det økonomiske system gennem det politiske system. Det politiske systems beslutninger udmøntes gennem forvaltningsretslige afgørelser, således at grænsen for hvornår samfundet økonomisk kompenserer den enkelte, for at falde indenfor sundhedskodens positive værdi, ikke samtidig betyder man kan fredes økonomisk, men i stedet mødes med krav. Det fremhæves fx at symptomer kan mildnes når man får fred på en pension, men at symptomerne dels bliver værre af stress i forbindelse med usikkerhed om man kan beholde pensionen, dels, vil komme igen for fuld styrke hvis man presses ud i uddannelse.

Interaktion om sundhed: semantisk genese

Følgende afsnit skal kaste lys over hvordan den medicinske offentlighed, her repræsenteret i sin fragmenteret, ved Facebook gruppen: *Jeg tror på alternativ behandling indenfor sygdomsbehandling*, der pt. (24/11 - 2012) har 6.007 likes, iagttager hvad alternativ behandling er. Bortset fra det anderledes tema der her kommunikerer er gruppen principielt som Facebook gruppen der blev behandlet her over, bortset fra, at kun side-administratoren lægger indlæg ind også fra andre, hvorefter alle der har liket siden kan kommentere. Dette giver deltagerne anonymitet, hvilket er relevant eftersom modussen i gruppen er, at stille et helbredsmæssigt problem til iagttagelse og analyse for sidens andre likere. Vi udvalgt en interaktionssekvens fra d. 26/10 med 32 kommentare til emneindlægget: "Kan nogen hjælpe, mine læber revner og skaller, det har de gjort det seneste halve år?". Der kommer mange bud på forskellige læbepomader, cremer og andre fedtprodukter til at smøre på læberne, lige fra Elisabeth Arden eight hour cream til strudsefedt. Hertil peges på forskellige produkter til indtagelse: vitaminer, vegetabilsk olie, fiskeolie, økologisk mad, ingen mælk, eller kun fløde (levende fløde), kun vegetarisk mad og masser af vand, kun tempereret mad og helst kogt. Mange af kostrådene er fulgt op af årsagsantagelser, såsom intolerance overfor gluten, mælk, sukker, allergi i øvrigt, problemer med bugspytkirtlen, milten, tyktarmen eller bekymringer. Behandlerformer blev også anbefalet: akupunktør, zoneterapeut, heilpraktiker. Sidst blev der også peget på, at en tarmskylning nok ville kunne hjælpe.

Der gives således mange velmente og ofte også meget alternative råd. Det

alternative er alternativt til det institutionaliserede sundhedssystem og dets naturvidenskabelige årsagsforklaringer og behandlingsformer. Her giver internettet mulighed for at dele informationer og udvikle og reproducere semantikker om hvordan distinktionen syg/rask skal begribes. Det alternatives historie strækker sig tilbage til den magisk-animistiske medicin, over heksebrændinger og munkeurtekure i middelalderen, til det vi almindeligvis nu opfatter som en grå zone. At den virkelig er grå, ses også i den her omtalte gruppe, da man fx dagen efter sidst refererede tekststreng kunne læse, om en der søgte en hypnotisør til at hjælpe med et angstproblem, og blev gjort opmærksom på, at angst faktisk kan stamme fra et tidligere liv, hvorfor regretionsterapi nok ville være det rigtige. Der kommunikeres således på en måde, hvor årsagsforklaringerne om ikke som i den magisk-animistiske medicin peger på straf, så dog på årsager hhv. behandlinger der ligger udenfor den biokemiske referenceramme, man arbejder med i det etablerede sundhedsvæsen. Det er således ikke koden syg/rask eller mediet sundhed, men programmerne, til at forvalte koden, der udfordres af denne del af den fragmenterede sundhedsoffentlighed.

Interaktion om sundhed: koblinger til politik og økonomi

Barnløshed eksemplificerer med sjælden skarphed sygdommens sociale konstituering. Barnløshed skal adskilles fra graviditeten, for barnløshed betegner tilstanden af ikke at kunne opnå graviditet. For at opnå graviditet, må graviditet derfor være fastlagt som normaltilstand for en velfungerende, 'sund' kvinde. Symptomets fremkomst kan have mangfoldige årsager, men kan destilleres ned til fravær af fuldbyrdet sexuel omgang med det maskuline køn eller ingen graviditet trods korrekt gennemført sexuel omgang efter lærebogen. En diskuteret artikel fra B.T. i en Facebookgruppe med 34.336 medlemmer angiver, at " Hver tiende nyfødte i Danmark kommer til verden med hjælp fra en fertilitetslæge. Årsagerne er mange - men ifølge lægerne skyldes 90 pct. af alle fertilitetsproblemer en eller anden form for sygdom i forplantningsorganerne. Det kan være både hos manden eller kvinden" (B.T. 2011). Gruppens selvorganiserende interaktion styres af et eksPLICIT selektionskriterie, der er angivet i gruppens titel: "Behandling af barnløse SKAL være gratis!". Barnløsheden bliver i perioden 24.10.2011-24.11.2022 næsten udelukkende tematiseret omkring det aktuelle finanspolitiske slagsmål om afskaffelsen af brugerbetalingen på de første tre fertilitetsbehandlinger. Facebooksiden fungerer både som debatside og som vidensudveksling om holdninger til barnløshed, til medicinske muligheder og som lidelses- og glædesdeling i forbindelse med barnløsheden, hhv. dets ophør. Det handler om at "*man får ønskebarnet, hvis alt går som det skal*" (kommentar, 30. okt.). I et hedt diskuteret bidrag refereres til et debatindlæg af Mie Harder på BT.dk, (Opslag på FB den 2. nov., kommentarperiode den 2.-3. nov.), stiller Harder spørgsmålet om inklusionen af fertilitetsbehandlingen i det statslige rettighedskatalog over (primært) fuldt betalte sundhedsydelse. Gruppens reaktion ses i deres kommentarer. De udfolder en skarp grænsedragning mellem de andre, der ikke forstår gruppens konstituerende problem om barnløshed, hvor "*de farlige kræfter*

gemmer sig", og gruppen selv. Mie Harder bliver tituleret som "uvidende" og "konen er jo syg!". En hyppig bidragsyder til gruppen anvender emotionelle semantikker til grænsedragninger: "Fedt med følelser som vi kan kanalisere ind i kampen mod uvidenhed og fordomme" og "hellere barnløs end hjerteløs". Med andre ord er der i gruppen en udtalt antagelse om, at selvdagnosen udgør et ultimatum, der skal anerkendes af det politiske og det medicinske system som fremmeddetermineret diagnose. Konditionalprogrammets (behandlingens) udfoldelse overlades til medicinsystemets eksperter på fertilitetsklinikker, blot det ikke er "OK, at os der IKKE kan få børn er med til at betale for pasning af deres børn, så DE ikke skal betale fuld pris!!!!". Samtidig har en længdeundersøgelse af indlæg og kommentarer næsten aldrig frembragt en selvbeskrivelse af personers barnløshed som fremkommet ved decideret 'sygdom' i form af "lukkede æggeledere, endo eller andre sygdomme", der forhindrer graviditetens påbegyndelse, peger på fraværet af en egentlig medicinsk selvdagnostik. Citerede indlæg er det sidste indlæg med den tematik og dateres den 30 marts 2011, med omtrent 100 efterfølgende indlæg. Den medicinske kode (syg/rask) bringes derfor i anvendelse på kodens refleksionsværdi (rask), hvor den genindtræder i sig selv som en 'syg' rask person. Man er som ufrivillig barnløs ikke rigtig syg, men rask – blot med et behandlingsbehov. Den kliniske diagnostik fremstår i gruppens interaktion som sekundær ift. gruppens projekt (Clausen 2010). Gruppen observerer de medicinske organisationer såsom egen læge, hospital og fertilitetsklinikker og debatterer de bedste tiltag for at gennemføre projektet, dvs. igangsætte de rette konditionalprogrammer (behandlinger) og få udleveret de rette recepter. Gruppens baggrund er princippet om lige *ret* til børn som del af det at være menneske, hvor staten forventes at bidrage kompensatorisk ved både at stille konditionalprogrammer til rådighed (oprettelse af klinikker, bemanning med personale), samt selv at afholde udgifterne til organisationens omverdensinitierede behandling. Gruppen iagttager dermed det offentlige sundhedsvæsen som et system af første orden, hvor syg/rask ikke har selvkodet sig endnu på positivsiden, så det medicinske system, til dels med hjælp fra andre funktionssystemer, formår at ignorere sin omverden. Samtidigt praktiserer gruppen den ovennævnte re-entry på refleksionsiden (negativsiden) og skaber derved en medicinsk offentlighed, konkretiseret ved gruppens specifikke projekt, hvorved al anden kommunikation udelukkes.

Gruppen er også spændende, da den bruges som kontaktplatform for massemediers rekvirering af interview-personer og samtidig, fungerer som en slags uofficielt talerør for foreningen for ufrivilligt barnløse. Herved udgør dens kommunikation ikke bare en strukturel kobling mellem sundhedssystemet, det politiske system, det økonomiske system og retssystemet, men også en direkte kobling (operationel kobling) mellem et fragment af sundhedsoffentligheden, med form af et selvorganiseret interaktionssystem (nærmest en protestbevægelse) og massemediesystemet. Der bringes links til avisartikler i gruppen, som i så mange andre facebookgrupper, men journalister spørger også direkte efter interviewpersoner i gruppen og noterer sig formentlig de mange argumenter. Således udgør gruppen en del af det danske mediesystem, med en vægt der er bemærkelsesværdig: nu er Facebook ikke bare selv et emne for massemedier ved at have informationsværdi, som blot og bart fænomen, men blevet medie for

produktion af kommunikation med informationsværdi, som massemedierne refererer videre. Det kan lignede med en permanent og landsdækkende borgersamling, generalforsamling, eller fagligt møde.

Sundhed og sygdom i massemedierne

Nu er spørgsmålet hvordan massemedierne selekterer artikler om sundhed, eller mao. hvad det er for sundhedsmæssigt indhold der kvalificerer en artikel til at komme i trykken med et sundhedsindhold. Her har vi valgt et materiale fra de trykte massemedier i form af 350 artikler som er så mange som en infomedia søgning viste indenfor en måned (fra d. 26/9 til d. 26/10 2011), der indeholdt både ordet *sundhed* og ordet *sygdom*.

Emnerne spreder sig over mindst tre delvist overlappende tilgange: Strukturelle koblinger til politik og økonomi med emner som: *'Et sundere sundhedsvæsen med den ny regering'*, *'mindre ulighed i sundhed'*, *'fat politics'*, og *'virksomheder kan spare på at tilbyde sundhedsundersøgelser'*. Dernæst artikler der omhandler årsagssammenhæng mellem mad og sygdom/sundhed, med emner som: *'Forebyggelse'*, *'om chokolade er sundt'*, *'om raw food er sundt'*, *'om æg er sundt'*, *'om æbler er sunde* og *'sundhed og god mad'*. Dernæst artikler der omhandler årsagssammenhæng mellem andre miljøfaktorer og sygdom/sundhed med emner som: *'alder og sundhed'*, *'betalingsringen og sundhed'*, *'hypnose og sundhed'*, *'søvn og sygdom'* og *'sortsind og sygdom'*. Der er også artikler der i sin emnemæssige indfaldsvinkel til sundhed/sygdom falder lidt for sig selv, her kan nævnes emner som: *'medicinske hjemmetests'*, *'sundhedsinformation på internettet'* og *'patienten og menneskesyn'*.

Artiklerne der iagttager strukturelle koblinger mellem sundhed, politik og økonomi diskuterer ud fra distinktionen syg/sund typisk hvordan den nye regering (SRSK), ved at flytte penge, vil gøre sundhedsvæsenet mere fællesskabsorienteret og derved skabe mere sundhed, end den tidligere regerings mere individorienterede prioriteringer bevirkede. Nogle grupper i samfundet har flere på sygdomssiden af distinktionen og de skal hjælpes over på sundhedssiden via politik X der flytter Y kroner fra A, B, C til Z, V, Q. Dertil artiklen om at virksomheder kan tjene penge på at hjælpe medarbejdere til at blive mere "sunde", dvs. anvende det medicinske systems medie og dermed skabe strukturel kobling til en medicinsk semantik.

Artiklerne der omhandler årsagssammenhæng mellem mad og sygdom/sundhed, giver ud fra forskellige videnskabelige undersøgelser og slutninger argumenter for forskellige fødevarers gode og dårlige indvirkninger på helbredet alla deisen på den ene side på den anden side. At der er så mange af disse artikler må betyde, at dagbladene må mene, at receptionen af artikler med dette emne er positiv. Dette kunne tyde på en interesse og sensitivitet i befolkningsdybet for en naturvidenskabelig begrundet sammenhæng mellem mad og sundhed. Sundhedsmediet rammes som kobling, der kobler beslutningssammenhænge i samfundet om økonomisk rationalitet, politisk styring og familiesystemers organisering, ved at det medicinske system tilbyder identifikation af sygdom – hvorved økonomi, politik og familie systemer uddelegerer håndteringen af de problemer som sygdommen medfører.

Artiklerne der omhandler årsagssammenhængen mellem andre miljøfaktorer end mad og sygdom/sundhed diskuterer på forskellig vis om den nuværende dominerende dragning af distinktionen: Kan det virkelig passe at man skal iagttage ældre som syge, når der er så mange raske ældre. Dette kunne man også pege på ift. mad og sundhed, ved at distinktionen mellem syg og rask, fx ved at spise flere æbler sandsynligvis kan skubbes, ud fra nogle videnskabelige undersøgelser af vitaminindhold, så den enkelte bliver mere sund. På samme måde med betalingsring, hypnose og mindre sortsind: der er en opfattelse af at vi kan rykke grænsen og vinde mere sundhed ved at ændre på vores miljø og adfærd.

De artikler der i sin emnemæssige indfaldsvinkel til sundhed/sygdom falder lidt for sig selv, omhandler distinktionen ved at pege på hvordan man uden direkte kontakt til sundhedsvæsenet selv kan undersøge sig for symptomer (*medicinske hjemmetests*). Dette er også tilfældet med artiklen om 'sundhedsinformation på nettet' hvor man kan læse at 56% af befolkningen minimum en gang i kvartalet går på nettet⁹ og læser om symptomer. Altså to forskellige måder hvor man som enkeltperson kan *fortjekke* sig selv før man søger inklusion i det institutionaliserede sundhedssystem. Sidst diskuterer artiklen om 'patienten og menneskesyn' hvordan vores syn på patienten uheldigt er mere økonomisk end etisk. Det er den samfundsmæssige nytteetiske kalkule, der er til diskussion, hvor man ser på hvem det kan betale sig at helbrede, i stedet for *altid* at se på patientens bedste. Altså er det igen de strukturelle koblinger mellem politik, økonomi og sundhed der er i spil, nu dog vinklet ud fra den etiske kode med distinktionen god/ond.

Samlet set kommunikerer massemediernes således skiftevis samfundsmæssige, miljømæssige og individmæssige problemstillinger ift. sundhed såvel ift. årsager til sygdom, inklusion i funktionssystemet medicin, som systemets strukturelle koblinger. Massemediernes funktion er at yde samfundet selvbeskrivelser (Luhmann 2002c) (som funktionel ækvivalent kan nævnes kunst). Når samfundet grundlæggende kan beskrives som selvrefererende (kun kommunikation kommunikerer), må det hele tiden generere selvbeskrivelser, for at kunne reflektere over sin situation og reproducere eller modificere sin modus. Der må altså bringes meninger frem, det eksisterende må udfordres, hvis samfundet fortsat skal lykkes i at tilpasse sig sit miljø og altså fortsætte sig selv. Her må sundhedskommunikation siges at være et tema der vedvarende tiltrækker megen kommunikation.

Diskussion: kommunikationen om sundhed

Artiklen har med udgangspunkt i Niklas Luhmanns sociologiske teori om samfundet bidraget til at fremhæve en række lighedspunkter for det medicinske system i sammenligning med andre funktionssystemers fremkomst. Medicinsystemet har en kode (syg/rask), en funktion (behandling af sygdom) og en samfundsmæssig ydelse (bidrag til et raskt samfund) og et symbolsk generaliseret kommunikationsmedie: sundhed (bl.a. strukturelle koblinger). Sammenligningen muliggjorde synliggørelsen af to særpræg, som det medicinske system formentlig kun deler med religionen. For

⁹ Til "Dr. Google".

det første er det dødens centrale begrænsning af kodens virke og for det andet er det fraværet af en egentlig teori om systemet i systemet, en refleksionsteori.

En række empiriske observationer har kunnet placeres som udfoldelse af en medicinsk offentlighed, der i sin placering på kodens refleksionsside er placeret som indre omverden for systemet. Periodisk kan beskrivelserne inddrages i formale rammer gennem den asymmetriske relation læge/patient, hvor de seneste års beslutnings- og risikoudlejring har forceret fremkomsten af en tætforgrenet medicinsk offentlighed, der, alt efter tema, kan være tæt knyttet til både det politiske og massemediernes system.

Fraværet af refleksionsteorien har ført til det pudsige konstrukt, at lægens beslutninger er guidet af sundhedsvidenskabelige 'sandheder', der indfører en øget grad af åben kontingens ifht. valg af medicin, behandlingsform og forløb. Derfor undrer den øgede patientinddragelse i de seneste år ikke, da grænsedragningen i høj grad er politisk fastlagt gennem specificering af konditionalprogrammer (tilladte behandlinger, symptomer, diagnoser) og ressourcefordelingen. Luhmann bemærkede tidligt den forestående eksplosive stigning i patientbaserede krav og advarede om ressourceforbruget og advarede om det medicinske systems afgrænsningsproblem på grund af fraværet af refleksionsteoriens selv begrænsning. Problemet er, at kodens inklusion af samfundet ingen indre grænser har og derfor kunne hele samfundet gå hen og blive 'sygt' (Luhmann 1983). Som vi har prøvet at påvise, agerer en række faste strukturelle koblinger til det politiske, økonomiske og videnskabelige system et substitut for selv begrænsningen.

Med det symbolsk generaliserede kommunikationsmedie sundhed stiller det medicinske system et medie til rådighed med stærke bindingsmuligheder. Den præventive, forebyggende indsats lader det medicinske system op med mulige fremtider, hvor en (i økonomisk perspektiv gunstig) præventiv indsats kan sandsynliggøre en reduktion af det medicinske systemets selvskabte overbelastning. Med dets ydredeterminerede begrænsninger i form af sand sundhedsvidenskab, af politiske beslutninger om konditionalprogrammer og sundhedsmediets åbning af nye, mulige fremtider, har det medicinske system fundet en funktionel ækvivalent til den fraværende medicinske refleksionsteori. Dets relative mindre uddifferentiering fremstår derfor som nødvendighed, da omverdenens afgrænsning udfolder sig gennem strukturelle koblinger til andre funktionssystemer, og systemet må opretholde en operationsmodus af operativ åbenhed, hvor systemet reagerer direkte på omverdenens input.

De undersøgte empiriske selvorganiserende interaktioner fremstår som en trojansk hest, en mulighed der kun står åben på grund systemets partielle operationsmodus som åbent system: nok er personen trådt ind i systemet som patient, men samtidigt tildeles muligheden for overtagelse af risiko, der aflaster systemets egne beslutningsprocesser om korrekt diagnose og ydet behandling. Men på den anden side indfører patienten gennem sin øgede medicinske viden en markant stigning af 'økologisk belastning' for systemet, der påtvinges håndtering af væsentlig større kompleksitet. Den traditionelle løsning var den lægefaglige kunst, hvor lægen agerede gatekeeper til de medicinske sandheder. Overleveringen af udviklingen af sandhed til programbeskrivelser og behandlingsplaner tømmer lægen for medicinsk legitimitet i beslutningsøjemed, hvormed presset på refleksion stiger. Det

medicinske system formår ikke at honorere refleksionen internt, hvorved de strukturelle koblinger til politik, økonomi og videnskab belastes yderligere. Samlet set har iagttagelsen af videnskabelig, af massemedial og af interaktionsgrupperes observationer af det medicinske system bidraget til en øget forståelse af de socialstrukturelle betingelser, lægen og patienten udfolder deres virke indenfor. Den sociologiske systemteori har således bidraget til en øget forståelse af det medicinske systems placering i det moderne, funktionelt differentierede samfund. Det udelukker bestemt ikke nødvendigheden af medicinske selvbeskrivelser. Tvært imod påviser muligheden af en meningsfuld analyse af det medicinske system anvendeligheden og generaliserbarheden af det Luhmannske teoriapparat til analysen af makro-sociale udviklinger og mikro-sociale interaktionsformer og deres gensidige operative forbundethed. Observationen af det den medicinske offentlighed og sammenligningen med andre funktionssystemers uddifferentieringsproces har ført opmærksomheden mod de strukturelle koblingers særprægede karakter for det medicinske system. Men artiklens målsætning har ikke været en detaljeret analyse af de operative omstændigheder for nationale sundhedssystemer, men en beskrivelse af det medicinske systems fremkomst som uddifferentieringsproces i det moderne, funktionelt differentierede samfund, samtidig med at karakteristiske, særegne former gennem sammenligninger blev gjort synlige. Medieanalysen af bogen og digitale medier har vist, hvorledes strukturelle koblinger udgør en semantisk forarbejdet socialstruktur, der er stærkt koblet til sundhed som symbolsk generaliseret kommunikationsmedie. Når det medicinske system ingen egen refleksionsteori besidder, der kan generere kohærente selvbeskrivelser, må det i øget omfang ty til omverdenens beskrivelser af dets eget virke. Det indebærer sundhedsvidenskab, men i dets operative aktivitet, i det 'daglige arbejde' med patienterne er (potentielle) patienters fremmedbeskrivelse af afgørende betydning for det medicinske systems fortsættelse.

Referencer

- B.T. (2011). "Sådan kommer du ufrivillig barnløshed til livs": kilde: <http://www.bt.dk/sundhed/saadan-kommer-du-ufrivillig-barnloeshed-til-livs> [18.11.2011]
- CLAUSEN (2010). "Mediebrud mellem organisation og netværk", i: Jesper Tække, Michael Paulsen (ed.): *MedieKultur. Journal of media and communication research*, dec. 2010.
- DANVILLE (1893): "L'Amour est-il un état pathologique?", i: *Revue Philosophique* 18, (pp. 261-283)
- FUCHS (2007): *Das Maß aller Dinge. Eine Abhandlung zur Metaphysik des Menschen*, Velbrück, Göttingen.
- Habermas, Jürgen 1976: *Borgerlig offentlighed – dens framvekst og forfall*. Fremad, København [1962].
- HARSTE (2010): *Systemteori og statsdannelse som makrostudie*, manuscript
- KAFKA (2003): *Der Prozeß, Aufbau*, Berlin
- KLITGAARD (2011) Paper fra Oslo.

- LUHMANN (1964): Funktionale Methode und Systemtheorie, Soziale Welt 15, 1964 (Også i SA 1)
- LUHMANN (1971a): „Sinn als Grundbegriff der Soziologie“ i: Habermas/Luhmann (red.): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie: Was leistet die Systemforschung?, Suhrkamp, F.a.M. (pp. 25-100)
- LUHMANN (1971b): „Lob der Routine“, i: Luhmann: *Politische Planung*, Westdeutscher Verlag, Opladen (pp. 113-142)
- Luhmann, Niklas 1977: Differentiation of Society. i *The Canadian Journal of Sociology II* p. 29-54.
- LUHMANN (1978). „Soziologie der Moral“, i: Luhmann/Pförtner (Hg.): *Theorietechnik und Moral*, Suhrkamp, F.a.M. (pp. 8-116)
- LUHMANN (1983). „Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht“, UDFYLD
- LUHMANN (1990): „Der medizinische Code“, i: SA 5, Westdeutscher Verlag, Opladen (pp. 183-195)
- LUHMANN (1993): „Evolution des Rechts“ i: Das Recht der Gesellschaft, Suhrkamp, F.a.M. (pp. 239-296)
- LUHMANN (1994): "Die Unterscheidung Gottes" i: Luhmann: *Soziologische Aufklärung, Band 4, 2. Ausg.*, Westdeutscher Verlag, Opladen (pp. 236-253)
- LUHMANN (2000): *Sociale Systemer*, Hans Reitzel, København.
- LUHMANN (2002a): *Einführung in die Systemtheorie* (Dirk Baecker red.): Carl Auer Verlag, Heidelberg.
- LUHMANN (2002b): „The Paradox of Observing Systems“ i: Luhmann: *Theories of Distinction*, Stanford University Press, Stanford (pp. 79-93)
- LUHMANN, N. 2002c: *Massemediernes realitet*. Hans Reitzels Forlag. København.
- LUHMANN (2002d) *Die Religion der Gesellschaft*, Suhrkamp, F.a.M.
- LUHMANN, N. (2007). *Indføring i systemteorien*. Unge Pædagoger. København. [2002].
- LUHMANN (2010) : *Politische Soziologie*, Suhrkamp 2010
- Meyrowitz, J. (1985). *No Sence of Place: The Impact of Electronic Media on Social Behavior*. Oxford University Press.
- PARSONS (1960): "An Outline of the Social System" i: Parsons/Shils/Naegele/Pitts (ed): *Theories of Societies*, 1960, (pp. 30-79).
- PELIKAN, Jürgen 2006: *Understanding Differentiation of Health in Late Modernity*.
- QVORTRUP, Lars 1998: *Det hyperkomplekse samfund*. Gyldendal. København.
- SIMON (1999): „The Other Side of Illness“, i: Baecker (red.): *Problems of Form*, Stanford University Press, (pp. 180-200)
- SST (2011): "Sundhedsstyrelsens mål og opgaver", http://www.sst.dk/Om%20styrelsen/Maal_og_opgaver.aspx [29.11.2011]
- TÆKKE, Jesper 2011, Media as the mechanism behind structural coupling and the evolution of the mind. Paper presented at LUHMANN IN ACTION: EMPIRICAL STUDIES OF STRUCTURAL COUPLINGS, International University Centre of post-graduate studies (IUC), Dubrovnik, Croatia.
http://pure.au.dk/portal/files/35259305/Dubrovnik_Taekke.pdf
- TÆKKE, Jesper 2006: *Mediesociografi*. Ph.d.-afhandling. IT-Universitetet i København. Innovative Communication (InC). også Tilgængelig
på:<http://pure.au.dk/portal/files/17825022/mediesociografi>

VOGD (2005): Medizinsystem und Gesundheitswesen – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung”, i: *Soziale Systeme*, 11 (2), (pp. 236-270)

VOLLMANN / WINAU (1996). ”History of informed medical consent”, *Lancet* 347, London

WISTORFT, Karen 2009: *Sundhedspædagogik, viden og værdier*. Hans Reitzels Forlag. København