

Boxing Future Health

DET HANDLER OM LIVET OG DØDEN

Af Steen Svendsen og Søren Steen Olsen, Public Futures

Med Medicinsk Museion som historisk ramme mødtes godt 40 eksperter på sundhedsområdet til workshop #1 i Boxing Future Health, fremtidens sundhed 2050. Emnet var framing og forståelse af sundhed/sygdom i det lange perspektiv. Dybest set spørgsmålet om, hvad skal Boxing Future Health handle om?

Med dette første møde om framing igangsatte vi scenarieprocessen sammen med de 40 deltagende eksperter. Det handler i denne fase om at udfolde og udfordre forståelsen af sundhed/sygdom videst muligt, fordi vores forståelse af processens genstandsfelt eller problemstilling vil udgøre fundamentet for det videre arbejde. Derfor er framing måske den vigtigste fase i den samlede proces.

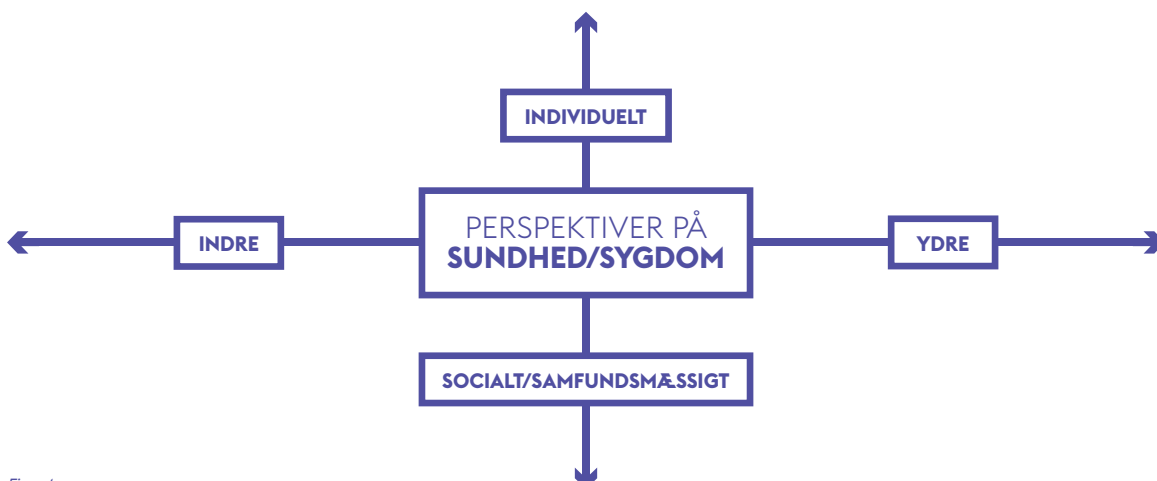
Målet med Boxing Future Health er at inspirere til udvikling af og for fremtidens sundhedsområde. Midlet er at manifestere en række alternative scenarier for fremtidens sundhed, der giver mulighed for, at gå i dialog med fremtiden.

Deltagerne blev sat i gang af to inspirerende oplæg; et om medicinsk kulturhistorie og perspektiver v. adjunkt Adam Bencard, samt en mere filosofisk tilgang til opfattelser af sundhed/sygdom v. idehistoriker, filosof og professor Lars-Henrik Schmidt. De to indlæg beskrev hver på deres måde, hvordan vores forståelse af sundhed og sygdom er afhængig af tid og sted. Den humorale sygdomsop-

fattelse dominerede vestlig medicin i 1500 år. Selv i dag behøver vi ikke rejse længere væk end til vore nabolande for at finde anderledes forståelser, diagnoser og behandlinger i det autoriserede sundhedsvæsen. Det biomedicinske paradigme, der længe har domineret, hviler desuden på antagelser, der kommer under pres. Tænkningen om sygdom og sundhed må inddrage samfund, menneskelige relationer og epigenetik. Og – ikke mindst – refleksioner omkring hvad vi vil, ikke kun hvad vi "skal" og "kan".

Det var nogle af de strenge, der blev slået an, og som ansporede eksperterne til at levere et stort og mangfoldigt bidrag, da de arbejdede gruppevis med emnet. Det metodiske udgangspunkt var integral-futures-modellen; en helhedsorienteret rammemodel, der ofte bruges i fremtidsforskningsprocesser. (Læs metodeafnittet og opsamlingen på gruppearbejdet bagerst i artiklen.)

I det følgende har vi samlet og uddraget det, vi hørte fra en inspirerende eftermiddag på Medicinsk Museion.



Figur 1

Fortolkninger

RAMMEFORTÆLLINGER OG DEBATTER

De mange og mangfoldige udsagn, som fremkom, er udtryk for en endnu større og mere mangfoldig diskussion i grupperne. Det er svært at udtrække en essens uden at miste noget af denne mangfoldighed. Til gengæld kan man forhåbentlig tegne konturerne af en brugbar ramme for arbejdet med scenarier. Det har vi forsøgt her.

Vi er nået frem til at udtrække to brede rammefortællinger og tre brede debatter som særligt væsentlige orienteringspunkter for projektets framing.

Rammefortællinger

Vi synes materialet peger på to rammefortællinger, forstået som helt overordnede meta-fortællinger, der vil være med til at sætte rammerne for det videre arbejde. Det er fortællingen om liv og død, og det er fortællingen om det biologiske menneske. Begge er dybe fortællinger med rødder langt tilbage, og begge har gennemgået mange udviklinger og forandringer. Nu står vi overfor en række nye kapitler.

Rammefortælling I

FREMTIDENS SUNDHED/SYGDOM HANDLER OM FREMTIDENS LIV OG DØD

Liv og død er omdrejningspunktet for mange fortællinger fra fiktionens verden. Men også i Boxing Future Health er det en del af rammen, og må næsten være det. Vi kan ikke isolere spørgsmålet om fremtidens sundhed/sygdom til et spørgsmål om sundhedsområdet, politik, marked, forskning eller ny teknologi. Fremtidens sundhed vil have – og har måske altid haft – tæt sammenhæng med vores forståelse af livet og mennesket. Sundhed og sygdom er en del af noget større – det handler om livet og døden.

Én af grupperne tog en overraskende konsekvens og omdøbte den overordnede titel på arbejdet: Det handler ikke om perspektiver på sundhed/sygdom, men simpelthen om perspektiver på liv.

Det er unægtelig et perspektiv, der ligger meget højt i forhold til sundhedsområdet som praktisk virkelighed for medarbejdere, ledelser, patienter, leverandører og politisk ansvarlige. Men det er relevant at anlægge det i denne proces, og på dette stadie af processen.

For framing handler om de overordnede rammer, og i et langt perspektiv bliver det mindre givet, hvad sundhed og sygdom er. Det afhænger i sidste ende af, hvad livet er, med alle dets dimensioner, samfundsmæssige, biologiske og forståelsesmæssige, og det har været under forandring gennem historien og vil være det fremover, og på mange måder både hurtigere og mere fundamentalt.

En række udsagn fra debatterne i grupperne afspejler denne rammefortælling. En gruppe havde udpeget "Vilje" som en grundlæggende driver for hele området, og placeret den i den indre/individuelle perspektiv-kvadrant. En anden gruppe havde "Ønsket om det gode liv" som primære driver. "Fra sygdomsrejse til livsrejse" lød et tredje udsagn. Og "værdi i den 3. alder. Hvad er aldring, det gode liv, sundhed?"

Hvad vil vi? Hvad ønsker vi af det gode liv? Det er netop spørgsmål, der er til debat, og som vil blive det mere og mere, når forskningen afdækker mere og mere om menneskets biologiske natur, og om sammenhængen mellem biologi og samfund, den klassiske debat om arv og miljø. Og i takt med, at vi får flere og flere muligheder for at intervenere i disse forhold.

Og så var der de udsagn, der kredsedde om døden – måske set på baggrund af, at mange sundhedsbestrebelse trækker i retning af at udsætte døden. "Bliver død et mål i livet?". "Liv vs retten til at dø". "Eternal youth". "Hvornår er man ikke menneske?"

Vi ser debatter, der drejer sig om, at udviklingen vil skubbe til, udvide, og måske overskride nogle grænser, som vi til daglig tager for givet. Hvad vil det sige at være menneske, i en fremtid, hvor man – som det også blev sagt – "alt kan behandles"? Vi vil givetvis udvikle, "nye forståelser af normalitet". I lyset af historien og de store hidtidige forandringer på området, vil det være usandsynligt, at vi ikke skulle gøre det.

Rammefortælling II

DET BIOLOGISKE MENNESKE

Mange forhold, som vi i det daglige betragter som konstanter, bliver variable i et trediveårigt perspektiv. Men når det gælder sundhed/sygdom må man sige, at noget af det mest grundlæggende og konstante er menneskets biologi. Den biologiske evolution arbejder på langt længere tidshorisonter. Alligevel pegede mange debatter og ud-

sagn i vores workshop på, at vi må inddrage overvejelser om det biologiske menneske i arbejdet.

Det skyldes både, at forskningen afdækker stadig mere viden, og at vi teknologisk får stadig flere redskaber til rådighed, der virker sammen med biologien, eller endog ændrer på den. Genteknologien er det største, men ikke eneste eksempel på udviklingen. Og dertil kommer de forskydninger i vore egne forståelser og forventninger, som denne udvikling vil medføre.

"Vedvarende sundhed og ungdom -> accepterer ikke biologien", hed en tilbagemelding. Det, at vi ikke accepterer biologien, fremhæves altså som en vigtig drivkraft.

Og den enkeltes indsigt i egen biologi vil komme i spil, når vi får "big data" om egne gener, og om, hvad det betyder. Kan man tænke sig, at man får et nyt syn på kroppen som følge af disse muligheder? Måske anlægger en mere helhedsorienteret forståelse? Eller vil vi tværtimod i stigende grad opfatte "Kroppen som maskine med reservedele"?

Mange diskussioner har kredset omkring dette og deraf følgende spørgsmål som "Cyborg - hvor langt kan vi gå og stadig være menneske?"

Biologien er også et emne, der skærper problemstillingen omkring individualiseringen - hver patient, hver borger, hvert menneske er biologisk unikt, og såkaldt "personaliseret medicin" er en væsentlig faktor i den sundhedsfaglige udvikling. Individuel forebyggelse, individuel medicin, individuel behandling. Og udsigten til - eller forventningen om - at alt kan behandles. Vil det føre til et "opgør med aldring som uafvendeligt fænomen"?

Der er mange kommende og tænkelige teknologier, der indgår denne fortælling, og mange blev nævnt i diskussionerne. Early stage cell diagnose. Automatiseret regulering af kroppen. Kunstige implantater - fra kunstigt knæ til kunstigt hjerte. DNA og viden om epigenetik. Biometri og kontinuerlig mapping af den enkeltes krop.

Tilsvarende må man også have blik for de trusler fra vore biologiske omverden, der stadig er og kan opstå mod den menneskelige sundhed. Det gælder især nye smitsomme sygdomme båret af antibiotikaresistente bakterier, vira, parasitter, svampe - i en

verden, der bliver tættere befolket og stadig mere sammenvævet.

Hver af disse emner rejser deres egne dilemmaer og spørgsmål. Til sammen viser de, at fortællingen om det biologiske menneske vil udfolde sig videre i de kommende årtier, og at der kan vise sig uventede konsekvenser.

Eksempelvis politisk og markedsfølsomt. Vil man se, at ressourcerne i stigende grad bliver brugt på de raske? Vil man politisk se en bevægelse for en større sammenhæng mellem de helt individuelle og individualiserede sundhedsydelse, den enkelte modtager, og betalingen for dem? Kan et system med fællesbetaling over skatten og/eller forsikringsordninger komme under pres? Kan man forestille sig "autonomt sponsoreret sundhed", som et af workshoppenes udsagn foreslog?

Eller vil vi blive mere bevidste om sammenhængen mellem "psyke og soma", som vil sætte fokus på en større helhedsforståelse af biologi, menneskelige relationer og samfund, når vi snakker sygdom og sundhed?

Det er ikke overraskende, at forskningen af mange bliver fremhævet som en vigtig driver for udviklingen. Men teknologi og viden om den menneskelige biologi kan vise sig at få mere vidtrækkende konsekvenser, end man umiddelbart forestiller sig.

Men man kan samtidig notere sig, at vi ikke ved, hvad forskningen vil vise sig at vise. Gang på gang er tidligere fast indarbejdede og respekterede paradigmer blevet forladt. Videnskab er ikke sandhed, som det er blevet sagt, kun en foreløbig opsummering af erfaringerne.

Debatter

Der udspillede sig mange debatter i de ni grupper. Tilbagemeldingerne om drivkræfter afspejler, at man tænker bredt, og samtidig også går ind i præmisserne om indre/ydre og individuel/social. De udsagn, grupperne har formuleret, er et ekstrakt af disse debatter, de antyder og skitserer ideer, som er værd at fastholde.

Her vil vi særligt trække tre debatter frem. Det handler om teknologien, om individualiseringen og om innovation i sundhedssystemet. På disse tre områder blev der peget på stærke tendenser, og, nok så interessant, også på modtendenser.

Netop denne mekanisme er vigtig, når vi taler om scenarier og fremtid: At en tendens ofte vil skabe sin egen modtendens. Og at det samlede resultat – fremtiden – ofte vil blive noget helt tredje og anderledes.

Debat #1 **INDIVIDUALISERING**

Individualisering er en meget tydelig tendens på sundhedsområdet – som på så mange andre områder, kan man sige. Den drives af kræfter, der kendetegner det moderne samfund siden dets fremvækst. Politisk er det menneske- og borgerrettigheder, økonomisk er det forbrugers autonomi og det frie marked, sociologisk er det en norm om at skulle definere sig selv uafhængigt af traditioner og konventioner, psykologisk er det selvaktualisering som ideal osv. Det hele understøttet af økonomisk vækst og ekspanderende forbrugsmuligheder.

Alt dette spiller selvfølgelig ind på fx patientens forventninger til lægen og systemet, herunder faldende autoritetstro og stigende krav om selvstændige handlemuligheder.

Hertil kommer en række dynamiske forhold, der specifikt gør sig gældende på sundhedsområdet. En bagvedliggende faktor er utvivlsomt de succeser, som sundhedsvidenskaben og -væsenet har præsteret. Sygdomme kan i stigende grad behandles, lidelser kan afhjælpes, dårligdomme forebygges og kureres. Det giver forventninger om mere – og giver også krav om mere fra den enkelte.

Mere konkret er individualiseringen understøttet af adgangen til information om egen sundhed fra mange kilder, og – selvfølgelig – de teknologiske muligheder, der dels åbner for nye tilbud og muligheder om diagnose og behandling, og dels i stigende grad involverer individspecifik viden om gener og livs-omstændigheder, som logisk fører i retning af individualiserede diagnoser og behandlinger. Personaliseret medicin, som det også kaldes.

Det er på den baggrund naturligt, at en række individualiseringsfaktorer bliver fremhævet som primære drivere af udviklingen. Individets perspektiv som driver. Individuelle krav. Vi er selv eksperter. Vi kan selv sammensætte behandling på kryds og tværs, hedder det.

Men samtidig er der også et blik for koblingerne mellem individualiseringen og det sociale – både på det indre og det ydre plan. En mere autonom og empowered patient,

der er teknologisk koblet til en smartere og mere agil sundhedssektor.

Det er en forventning og vision om, at teknologi og sundhedsvæsen – det ydre, samfundsmæssige – må organisere sig i forhold til den individualiserede, autonome, patient. Parallelt bliver det påpeget, at "Kulturen ligger til grund for handlingsadfærd som vi implementerer i samfundet".

Her skabes koblingen på samfundets indre side: Den individuelle ageren er afledt af samspillet med samfund og kultur, ja, den er selv udtryk for kultur, dvs. individualiseringen er ikke et spørgsmål om den enkelte, men om en social norm.

Det giver så måske også grundlag for den bagside af medaljen, der ligger i at blive overdrevet optaget af sundhed, og som kan komme til udtryk i en "Sundhedsneurose". Dette ord blev placeret i det indre/individuelle perspektiv, men kunne måske i virkeligheden lige så vel optræde i det kulturelle perspektiv.

"Mennesket først?", lyder et spørgende og søgende bud på en drivkraft. Drivkraften vil netop ligge i tvivlen om, både hvad mennesket er, hvad det bør være og hvad det kan blive til. Det er kædet sammen med ideen om "Individuelle sundhedskomponenter (epigenetik, optogenetik)". Epigenetik – som Adam Bencard talte om i sit indlæg – er viden om, hvordan ydre miljøpåvirkninger fysisk kan forandre kroppen og dermed den måde, hvorpå generne kommer til udtryk. Og optogenetik er en ny teknik, der kan kortlægge processer i hjernen.

Debat #2 **NY TEKNOLOGI**

Der er ingen tvivl om, at den teknologiske udvikling er en væsentlig drivkraft inden for hele sundhedsområdet. AI, robotter, big data, ny medicin, nye diagnosticerings- og behandlingsmuligheder, genteknologi m.m. er med til at redefinere vores tilgang til sundhed og relationerne mellem aktørerne på sundhedsområdet.

Den britiske sci-fi forfatter Arthur C. Clarke skrev: "Any sufficiently advanced technology is indistinguishable from magic". Når vi kombinerer vores hidtidige erfaringer med teknologiske fremskridt, vores viden om, hvad der er på vej, hvad der vil være muligt, og – ikke mindst – vores forestillinger om det ønskelige, så er banen virkelig åben for, hvad

der kan lade sig gøre i fremtiden.

Vi har en udvikling, der kan føre til den såkaldte "singularitet" (maskinintelligens overgår menneskelig intelligens og avancerer herefter ustoppeligt), en udvikling, som kan give uanede muligheder for at kombinere vores biologiske kroppe med mekanik og teknologi og gøre os alle til "cyborgs", og som kan lede i retning af stadig længere forventet levetid, og ultimativt evigt liv og evig ungdom. Det kvalificerer vel til Clarkes "magi".

Men samtidig har vi konturerne af en udvikling, der vil udfordre moralske og etiske grænser, som vil overskride fx privatlivets fred, og som af disse og andre grunde vil rejse dilemmaer, diskussioner og modstand.

Mange udsagn fra øvelsen kredsede om disse temaer, og mange diskussioner pegede i retning af, at spørgsmålet om ansvar bliver centralt. Et pres for eller forventning om større ansvar for egen sundhed i takt med større viden om egen tilstand/data. Og man peger på, at sundhed kan gå hen og blive en pligt snarere end en rettighed.

Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt sundhed egentlig er et mål i sig selv, eller et middel (af flere) til noget vigtigere, fx det gode liv. Og det har implikationer for, hvorvidt sundhedsadfærd bliver "obligatorisk". Deltagerne ser for sig, at tvungen monitorering, self-tracking og datadeling kommer på dagsordenen, og som følge heraf, at der vil komme en modstrømning, et opgør med det oplevede ekstreme fokus på sundhed.

"Nye digitale kompetencer -> og modreaktioner" kan stå som en eksemplificering af debatten.

Debat #3 SYSTEMINNOVATION

Systemperspektivet er nærværende i de fleste debatter, alene fordi projektets brede fokus om design af fremtidens sundhed er tæt knyttet til sundhedsområdet som samfundsmæssig, praktisk virkelighed. Her bliver økonomi og markedsbetragtninger centrale. En primær driver angives derfor også at være "Økonomisk pres pga. teknologiske muligheder", og beslægtet hermed "Disruption af eksisterende inkrementelle forretningsmodeller pga. meta-problemer", Debatten handler ikke så meget om egentlige visioner for systemet, der synes generelt at være en underliggende defensiv indstilling. Systemet kommer under pres, en gruppe

peger sågar på "sammenbrud" som en drivkraft. Det handler gennemgående om, hvordan systemet skal forandre sig til i lyset af, at det ikke er muligt at fortsætte som hidtil.

Dermed kommer systeminnovation i fokus. Det danske sundhedssystem er en integreret del af et velfærdssamfund med den offentlige sektor som primære organisations- og finansieringsform. Derfor kredser en del debatter om forholdet mellem offentligt og privat, marked og stat. Der peges på nye mulige finansieringsgrundlag, herunder forsikringstendensen.

Mange af betragtningerne omkring individualisering spiller selvsagt ind her, med borgere, der er troløse overfor systemer, og som er u-autoritære og selv søger svar. Det kan stille hindringer i vejen for den sundhedspolitiske drøm om bedre forebyggelse og sundere livsførelse. Og der spørges om, hvordan den personaliserede medicin vil spille ind på viljen til skattefinansiering.

En del af udviklingen vil være en ny organisering, hvor man får borgeren i centrum frem for at begrænses af siloopdelte budgetter og aktører, og hvor det rent fysisk vil kunne give sig udslag i, at hospitalerne "flytter hjem" til patienterne.

Den stærke velfærdsforankring af det danske sundhedssystem, der bygger på sundhedslovens "fri og lige adgang", kommer naturligvis også til debat. Ulighed i sundhed er et meget markant tema. Der tales om større ulighed i sundhed, om at de superrige vil købe sig til supersundhed, og at det offentlige vil varetage de 10% svageste borgere. Det stærke lighedselement i sundhed, som har karakteriseret den danske velfærdsmodel, forventes at erodere. Der peges på prioritering og fokusering af ressourcerne som en – noget defensiv – hovedstrategi.

Det handler måske en del om politisk vilje, og i det mere indre/samfundsmæssige perspektiv fremføres behovet for social lim, tillid og social kapital. Der efterlyses i samme boldgade et paradigmeskifte i forhold til folkesundhed: en mere holistisk tilgang, der inddrager det samfundsmæssige perspektiv i sundhedsvæsenets prioriteringer og praksis.

En lang række udsagn har form af mere eller mindre konkrete ideer eller forslag til innovation. Value-based health care, sundhedssupermarkeder med sundhed on demand, virtuelle hospitaler, sunde forretningsmodel-

ler. En gruppe markerede sig med en idé om "autonom filantropi", som en fornyelse eller afløser af det nuværende velfærdssystem.

Internt i systemet peges der på forandringer i aktørernes roller, ikke mindst lægernes, og i forholdet mellem læger og patient. "Hvem har lægerollen?", lyder det fx – formodentlig ud fra en idé om, at det måske ikke længere nødvendigvis er lægen. Ellers var det mere nye roller til lægerne, fx, at fremtidens læger får til opgave at oversætte fra teknologi til menneske, og at lægen får en rolle som part-

ner eller konsulent – og i øvrigt bliver endnu mere specialiseret, mens der rejses tvivl om den praktiserende læge som fortsat grundpille i sundhedssystemet.

Det nævnes også, at der er drivkræfter uden for selve sundhedssystemet. Klimaforandringer og urent drikkevand er eksempler. I forlængelse af denne tankegang kan man også nævne arbejdsmiljø, stressfremkaldende faktorer osv. Sygdomsmønstre ændrer sig, når livsbetingelserne i samfundet ændrer sig.

Om metoden **INTEGRAL FUTURES**

I gruppearbejdet blev deltagerne bedt om at udfolde forståelsen af sundhed/sygdom med afsæt i en holistisk analysemodel hentet fra integral futures metoden. Det har givet mange og mange forskelligartede udsagn. Det var også meningen.

Integral futures modellen arbejder ud fra to centrale dimensioner. En indre/ydre dimension og en individuel/social dimension. Ved at krydse de to dimensioner får man fire kvadranter eller perspektiver som illustreret i figur 1 på side 1.

De fire kvadranter omfatter hver især forskellige sæt af perspektiver og tilgange til forståelsen af fremtidens sundhed:

INDRE/INDIVIDUEL

Intentioner og forventninger

Bevidsthed, personlige erfaringer, værdier, mening m.v. På sundhedsområdet fx opfattelse af egen sundhed, patientrolle/ansvar, forventninger om tilbud/tillid til system og fagpersoner.

INDRE/SOCIAL

Kultur

Verdensopfattelser, forståelse af fællesskabet, sprog, normer, myter, religion m.v. På sundhedsområdet fx individualiserings-norm, samfundsansvar og -pligt, sundhed som kernevelfærd.

YDRE/INDIVIDUEL

Handling, adfærd

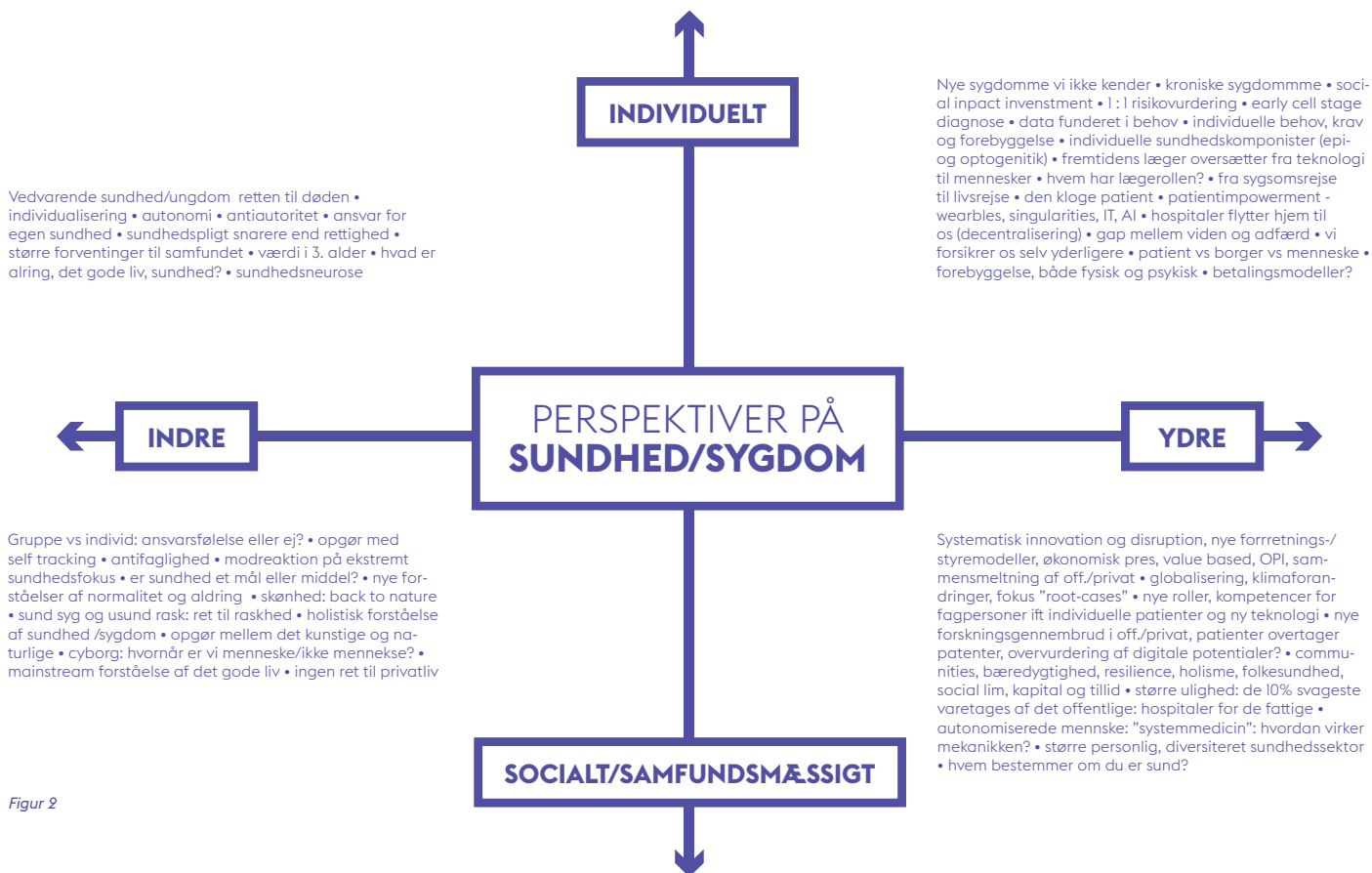
Den enkeltes konkrete handlinger og adfærd valg, fravalg, praksis, vaner, forbrug, ytringer kommer til udtryk. På sundhedsområdet fx KRAM faktorer, behandlings-søgning, engagement i sundhedspolitiske emner/debatter

YDRE/SOCIAL

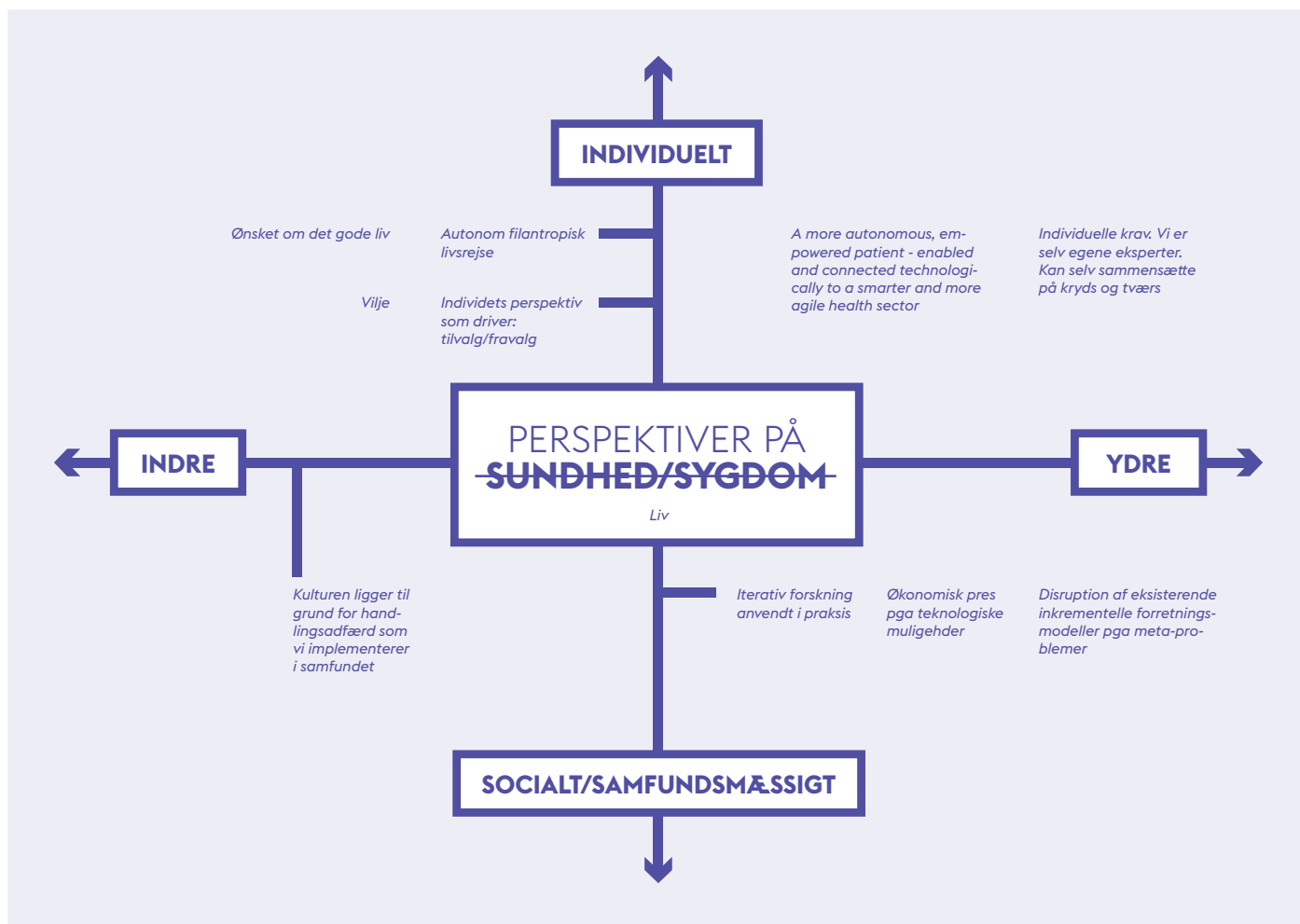
Strukturer/systemer

Den systemiske tilgang og de fælles rammer og vilkår. Teknologi og forskning, økonomi, økosystemer, ressourcer, markedsform, institutionelle systemer m.v. På sundhedsområdet fx autorisation, styrings-paradigme, systemorganisering, sygdomsmønstre, lægemiddelbranche, lovgivning.

Hver kvadrant giver et nødvendigt og væsentligt bidrag til forståelsen af fremtidens sundhed og sammen tegner de en helhedsforståelse af emnet. Styrken ved denne model er, at den eksplicit respekterer og værdsætter forskellige perspektiver i en helhedsorienteret tilgang. Mange analyse og meget udviklingsarbejde, herunder megen



Figur 2



Figur 3

fremtidsforskning, arbejder ofte udelukkende med de ydre, håndgribelige, målbare perspektiver og overser dermed de kulturelle og værdimæssige perspektiver, der kan ligge til grund for vores handlinger og ofte til grund for vores ændrede handlinger.

RESULTATER FRA DAGEN

Udviklinger og primær driver

Gruppearbejdet baserede sig på Integral Futures-modellen. I gruppearbejdet blev deltagerne bedt om at notere pointerne fra deres diskussion af to spørgsmål. Dels, hvad de mener, vil præge udviklingen i hver af de fire kvadranter. Og dels, hvilken af de fire kvadranter, de mener, vil være den primære driver for fremtidens sundhed/sygdom.

På figur 2 på side 7 opsummeres deltagerens overvejelser om, hvad der vil præge hver af de fire perspektiver. Som det fremgår af tilbagemeldingerne, gav modellen anledning til særdeles spændende og inspirerende diskussioner og udsagn.

Helt overordnet må man sige, at sundhedsområdet er præget af mange og meget væsentlige udviklinger. Udviklinger, som sætter spørgsmålstejn ved fundamentale forståelser af, hvem vi er som mennesker og fællesskab, hvordan vi forstår sundhed og sygdom, og hvordan vi vil organisere området fremadrettet.

Deltagerne blev også bedt om deres bud på primær driver, og deres tilbagemeldinger er gengivet i figur 3 på side 7.

Der tegner sig et billede, hvor det individuelle – de personlige værdier og de konkrete handlinger – er en stærk driver for fremtidens sundhed. Det skyldes nye teknologiske muligheder for autonomi og personlig tilgang til sundhed, men det skyldes også det indre, individuelle perspektiv og vores overvejelser om og stillingtagen til "det gode liv". Kulturelle udviklinger er med i billedet som bagtæppe for individuelle handlinger på individuelt og systemniveau. En gruppe har peget på forskning som primære driver og lagt den i midten som illustration af forskningens effekt på og udspring af alle perspektiver. Endelig er der blevet peget på det strukturelle perspektiv som primær driver. Umiddelbart ikke grundet perspektivets egendynamik, men snarere fordi systemet og strukturerne vil blive presset, udfordret og disruptet til forandringer.

Som det fremgår af illustrationen, er der også en gruppe, som simpelthen har valgt at redefinere kernespørgsmålet i modellen fra "Perspektiver på sundhed/sygdom" til "Perspektiver på liv". Det er godt set, og måske i sig selv en rammende opsummering af dagens progression med forståelse af sundhed/sygdom.