

Hälsa och ohälsa i teori och praktik

- En antropologs funderingar i samband med en studie av hälso- och sjukvårdens gränsskapande verksamhet

Lisbeth Sachs

Denna artikeltitel utgörs i huvudsak av de frågeställningar och perspektiv som ligger till grund för en pågående studie av hur begrepp om hälsa och ohälsa skapas under vardaglig hälso- och sjukvårdspraktik. Fokus ligger på dolda samband mellan hälsovårdsideologi på makroplanet och hälsoupplevelser på mikroplanet. Som grund för hälso- och sjukvårdens handlingsprogram finns en föreställning om hur hälso-situationen ser ut. Men under själva den hälsobefrämjande aktionen, när man inriktar sig på de biomedicinska analys-svaren har redan mycket skett som inte uppmärksammas och som därför förblir dolt.

Lisbeth Sachs är docent i socialantropologi och verksam som forskare vid Enheten för Internationell Hälso- och Sjukvårdsforskning (IHCAR) vid Karolinska Institutet i Stockholm.

Bakgrund och frågeställningar

Hälsobegrepp i teorin

Medicinsk forskning har under senaste seklet utvecklats och haft oerhörda framgångar när det gäller kartläggning av hälsa och sjukdom. På det ena området efter det andra lär man sig bekämpa sjukdom. Men trots dessa framgångar finns fortfarande för medicinen väsentliga frågor olösta. I viss utsträckning erkänner man från forskarhåll att det kanske inte går att lösa dessa frågor med hjälp av de metoder man traditionellt använt för att lösa medicinska problem i vårt land. Frågorna behöver inte vara medicinska i strikt naturvetenskaplig mening. De är snarare allmänmänskliga, basala frågor som har att göra med vår förståelse av själva begreppen hälsa och sjukdom. Som antropolog ställer man frågan; *vad är egentligen hälsa och ohälsa? Hur skapas gränserna mellan det ena och det andra?* Om man kan ha hälsa trots att man har en sjukdom, eller ohälsa utan att ha en sjukdom, vilka definitioner eller

regler för hälso- och sjukvårdspraktik ska då gälla? Och hur förhåller sig hälsoråd och prevention respektive strävan efter välbefinnande till detta?

Sådana frågor hanteras fortlöpande inom hälso- och sjukvården i och med vardaglig praktik, men man ägnar sig inte uttryckligen åt att definiera begrepp som hälsa och ohälsa. Begreppen får sin innebörd i och med praktiken. Att begreppen får sin definition på detta sätt innebär att det uppstår olikheter både mellan hur praktiker inom hälso- och sjukvården ser på dessa begrepp sinsemellan och hur människor som är vårdens konsumenter uppfattar dem. I viss utsträckning beror olikheterna också på att osäkerhet råder inom medicinsk praxis vad gäller exempelvis relationen mellan prevention och vissa behandlingar. Den professionella osäkerheten kan dels omfatta sjukdomstillstånd med relativa indikatorer för behandling, då vårdbehov varken är akuta eller absoluta, dels behandlingsmetoder där läkarna har olika uppfattningar huruvida de är riskfyllda eller innebär nytta för patienten (Johnsson 1986). I vardaglig hälso- och sjukvårdspraktik kommuniceras och skapas gränser mellan hälsa och ohälsa på detta sätt.

Att säga att en människa har hälsa kan vara att samtidigt värdera människan i fråga. Värderingen kan bestå i att man från medicinskt håll hävdar att människan är frisk; fri från upptäckbara patologiska förändringar; eller att hon från övriga samhällsmedborgares synvinkel anses ha en vitalitetsgrad och en handlingsförmåga som är tillfredsställande, framförallt för henne själv (Nordenfeldt 1986:35). Värderingen kan bland annat

Om man kan ha hälsa trots att man har en sjukdom, eller ohälsa utan att ha en sjukdom, vilka definitioner eller regler för hälso- och sjukvårdspraktik ska då gälla?

innebära att man anser personen i fråga inte vara i behov av någon hjälp omgivningen. Var gränsen ligger för en sådan värdering varierar från samhälle till samhälle och från kultur till kultur (Kleinman 1988). Delvis kan bedömningen påverkas av vilka oönskade tillstånd som man anser *kan* åtgärdas. Ur ett medicinhistoriskt perspektiv bedöms fler personer vara vid ohälsa idag än i början av seklet, vilket delvis beror på att man idag upptäcker och kan åtgärda betydligt fler sjukdomar än vid den tidpunkten (Johannisson 1990). Problematiken rörande värderingen av ohälsa finns med när hälsoanalyser görs över kulturgränser; svenska läkares bedömning av invandrades hälsa (Sachs 1983) eller västerländska läkares bedömning av hälsotillstånd i U-land (Frakenberg 1980) men i hög grad också inom normalvården i vårt land.

Vissa teoretiker (Nordenfeldt 1986, 1987, Jensen 1985, Pörn 1984) som diskuterar hälsobegreppet hävdar betydelsen av relationen mellan individ och samhälle för hälsan och hur begreppet skapas och förändras genom praktik. I Nordenfeldts analys tas fasta på *hela personens vitalitet och handlingsförmåga* som tyngdpunkten för teorin om hälsan. Genom att göra detta erbjuder han en tydlig handlingsregel för identifikationen av enskilda sjukdomar, skador och defekter. "Fysiologiska eller psykologiska tillstånd eller processer får sin definitoriska status av skada eller sjukdom, inte av några inre biologiska egenskaper, utan av sina sannolika konsekvenser på personplanet" (Nordenfeldt 1986:37). Han vill också fästa uppmärksamheten på vilken innebörd som omgivningens inverkan har på individens hälsa. I tidigare arbeten (Sachs 1983, 1987, 1989) har en teori utvecklats om hur de samlade erfarenheter som människor har i ett samhälle blir avgörande för hur man där uppfattar, uttrycker och förklarar hälsa och sjukdom. Erfarenheterna omfattar i korthet; anpassningen till en viss ekologi/miljö; socialisation genom kommunikationen mellan samhällets medlemmar i sitt sociala sammanhang; samt det idé-innehåll som skapas/omskapas och bekräftas genom samhällsmedborgarnas praktik och som omfattas av begreppet kultur (Sachs 1987:24-26).

Omgivningens inverkan på hälsan kan vara både positiv och negativ. Den medicinska sociologen Antonowsky (1987) diskuterar betydelsen av en "salutogen" (saluto=hälsa, genesis=ursprung) i motsats till en "patogen" orientering. I stället för att undersöka endast riskfaktorer som leder till en viss sjukdomsprocess ser han på hälsa ("ease") och ohälsa ("dis-ease") som mot-

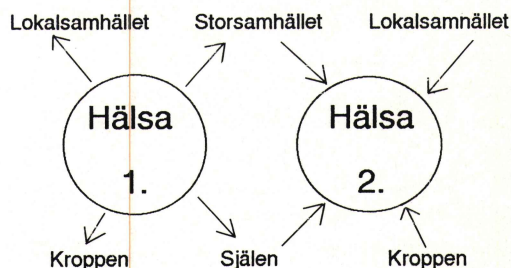
poler i ett kontinuum som ställer frågan vilka faktorer det är som agerar inte bara som buffertar utan som också bidrar direkt till hälsa och välbefinnande.

Antonowsky talar om betydelsen av människors känsla av sammanhang (sense of coherence) som han definierar i termer av a) meningsfullhet (meaningfulness), b) begriplighet (comprehensibility) c) hanterlighet (manageability). Dessa begrepp har också en nära släktskap med tidigare teorier om autonomi och integritet där bl a begrepp som self-respect, self-sufficiency och fearlessness (Galtung 1973:33-46, Sachs 1990:33-46) får betydelse i samband med socialantropologiska analyser av social förändring och utveckling (Wallman 1977).

Hälsobegrepp i praktiken

Vad som är hälsa i vårt samhälle bestäms av en komplex uppsättning relationer och hänsynstaganden på makro- och mikroplanen. Hälsobegrepp (Hälsa 1 i figur 1) såsom de definieras inom samhället ex.vis genom hälsopolitiska mål och lagar (Hälso- och sjukvårdslag SFS 1982:763) får implikationer för den mänskliga kroppen och själen; för relationen människor emellan; samt för storsamhällets ekonomi och medicinska handlingsprogram på lokalplanet. Förutom att hälso-begrepp på detta sätt påverkar samhällslivets mikro- och makrostrukturer påverkas samtidigt i stor grad samhällsmedborgarnas idéer och föreställningar om hälsa (Hälsa 2 i figur 1). Hur förhåller sig Hälsa 1 och Hälsa 2 i praktiken? En sådan fråga kräver för att få sitt svar inblick i en komplex uppsättning relationer mellan natur och kultur, biologiska och sociokulturella samband.

Figur 1.



Den studie som jag påbörjat 1991 och som avslutats under 1994* analyserar och beskriver hur ideologin bakom de formella institutionernas primära uppgift att bedriva hälso- och sjukvård bland samhällets medbor-

gare enligt Hälso- och Sjukvårdslagen, blir synlig i de vardagliga situationer där prevention och sjukvård kommuniceras. Vill man studera hälsa måste man enligt min mening finna en situation i människors tillvaro där begreppet kommer i fokus.

I den hälsokontrollerade verksamheten skapas idéer om hälsa och ohälsa. Hälso- och sjukvården behandlar inte bara människor som redan är sjuka. Den bygger också upp olika program för att förebygga sjukdom.

Avsikten är bland annat att spåra och undanröja riskfaktorer för ohälsa i befolkningen. För att kunna göra sådana upptäckter tar hälso- och sjukvården initiativ och gör undersökningar bland en befolkning som själv betraktar sig som frisk. Hälsoundersökningar kan vara riktade och då angå vissa avgränsade grupper eller vara massundersökningar, så kallad "screening". Rationellen för hälsoundersökningar bygger på uppfattningar vad som är utmärkande för en viss sjukdom oavsett hur sjukdomen upplevs eller bedöms av den som är drabbad. En förutsättning för att man exempelvis ska kunna genomföra en allmän gynekologisk cancer-screening och på basis av den anse sig kunna identifiera de kvinnor som har livmodershalscancer är att man har ett antal objektiva kriterier på förekomst av cancer. Det förutsätter i sin tur någon form av definition av vad cancersjukdom anses vara och att man kan identifiera förstadiet till sjukdomen.

Som grund för hälso- och sjukvårdens handlingsprogram finns en föreställning om hur hälso-situationen ser ut. Men under själva den hälsobefrämjande aktionen, när man inriktar sig på de biomedicinska analys-svaren, har redan mycket skett som inte uppmärksammas och som därför blir dolt. Dessa dolda skeenden måste kunna studeras genom att man fokuserar på hälsobegreppets användning i praktiken. Man måste kunna dokumentera å ena sidan människors beskrivning av sitt tillstånd och förväntningar på hälsokontrollen och å andra sidan hälsopersonalens språkbruk i samband med information om risk och prevention till patienten. Vad detta får för implikationer på kort och lång sikt måste kunna studeras över tid. Det insamlade materialet kommer att analyseras så att de underliggande och omedelbart dolda meningarna blir synliga.

* För att kunna studera de frågor som artikeln tar upp har författaren fått ett anslag på tre år från Forskningsrådsnämnden (FRN) med början 1991/1992. Studien är idag avslutad och har resulterat i ett antal artiklar. Information ges av författaren.

Under själva den hälsobefrämjande aktionen, när man inriktar sig på de biomedicinska analys-svaren, har redan mycket skett som inte uppmärksammas och som därför blir dolt.

Hur påverkar det symboliska budskap som själva kontrollen innehåller människornas uppfattningar om hälsa och deras välbefinnande? Denna dolda effekt i hälsokontrollernas spår har i ringa utsträckning studerats. Kan hälsokontrollernas symboliska innebörd i lika stort avseende som själva provsvaren ha betydelse för välbefinnande och hälsa? Hur skapa gränserna mellan hälsa och ohälsa i denna praktik? Leder hälsokontrollen genom sina symboliska budskap indirekt till större behov av att få sin kropp kontrollerad, oro för sjukdom och därmed också till allt större konsumtion av medicinskt obefogad vård? Även om liknande frågor ställs i Västvärlden (se Callahan 1991, Johannisson 1990) är beläggen genom forskning blygsamma.

Förberedande studie

Hur gränsen mellan hälsa och ohälsa omdefinieras bland symtomfria patienter har jag studerat i en mindre förberedande studie. Jag har under en pilotfas följt femton 40-åriga män vilka fått sina förhöjda kolesterolvärden konstaterade genom en hälsokontroll. I mina samtal med dessa män har det framgått hur det abstrakta kolesterol-värdet (exempelvis 6,8 mmol/l eller högre), trots att det aldrig blev konkret på en förståelsenivå, lett till starka reaktioner hos dem. Vissa av männen ansträngde sig att lägga om sin traditionella kosthållning men fick likafullt förhöjda värden vid nästa kontroll. Själva beskedet om förhöjda värden kunde leda till djup oro (i ett fall ren dödsskräck) och påverka männens liv och allmänna välbefinnande. I vissa fall utgjorde själva mätvärdet inget hot. Den osynliga processen förknippades aldrig med någon verklig fara. Det hände att män som fortsatte leva som de var vana och som inte tänkte på sjukdomsrisk, hade sänkta mätvärden vid nästa kontroll. I samtliga fall blev själva kontrollen av värdena en viktig angelägenhet.

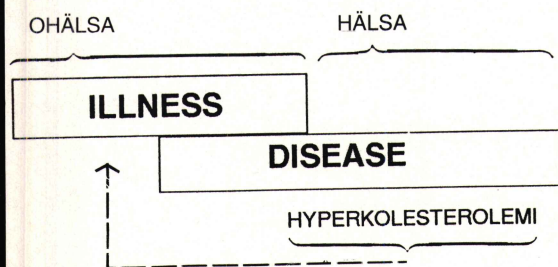
Hälso- och sjukvårdspersonal har olika vapen i sin hand för att bekämpa sjuklighet på grund av kolesterolemi. De kan förebygga med hjälp av information om risker och rekommendera livsstilsändring och kostföreskrifter. De kan också förskriva läkemedel. Var grän-

sen går för användande av det ena eller andra sättet att interвенера är oklart. Patienter med samma värde behandlades på olika sätt beroende av vilken läkare på en och samma vårdcentral de sökte. Sjukrollen bekräftades starkare i och med att läkemedel sattes in som behandling jämfört med mera preventiva råd. De två personer som fått läkemedel mot det som de uppfattade som en sjukdom, kände sig väl behandlade och hade tro på att bli bra. Vad var det i situationen som avgjorde vilken behandling en patient fick? För att nå sådan kunskap pågår vidare djupstudier över längre tid.

Osäkerheten bland vårdpersonal rörande det positiva med denna form av hälsovårdsarbete är uppenbar. Man pendlar mellan entusiasm inför möjligheterna att förebygga hjärtinfarkt till att känna sig skyldig till onödigt oro bland till synes friska människor. När ett fall av infarkt inträffade bland de kontrollerade männen utbröt en blandning av lättnad och oro bland personalen; lättnad därför att det faktiskt visade sig att männen i åldersgruppen löpte potentiell risk att få hjärtinfarkt; oro för att det preventiva arbetet inte kunnat förhindra det inträffade. För att kunna förstå mer av vad som sker i dessa komplexa situationer måste man inrikta sitt intresse på relationen mellan hälsa, ohälsa och sjukdom och upplevandet av besked som skapar gränser mellan dessa tillstånd.

Under tidigare arbeten har jag (Sachs 1983, 1987, 1988 tills m Uddenberg) diskuterat den komplexa relationen mellan ohälsa i form av subjektivt upplevda obehag (illness) och objektiv sjukdom (som kan leda till ohälsa men inte behöver göra det) (disease). I fallet med exempelvis hyperkolesterolemi gäller att disease (här kanske i betydelsen mätbar fysiologisk förändring), föreligger utan att ohälsa uppstått. I pilotstudien av de femton männen kan man ställa sig frågan huruvida konstaterad disease utan illness kan påskynda upplevandet av ohälsa (illness) och därmed kanske även påverka disease-processen? Gränsen mellan vad som är hälsa och ohälsa blir här oklar (figur 2, efter Young 1983).

Figur 2. Relationen mellan Hälsa och ohälsa.



Vårdpersonalen pendlar mellan entusiasm inför möjligheterna att förebygga hjärtinfarkt till att känna sig skyldig till onödigt oro bland till synes friska människor

De två perspektiven

Människan kan uppfattas som en komplicerad maskin; hennes natur utgörs av det interna maskineriets invecklade funktion; hon är sina delars interaktion. Betraktas människan på detta sätt kan studiet av människan inriktas i huvudsak på hennes innandöme; kunskaper om hennes anatomi, fysiologi och biokemi blir då de viktigaste kunskaperna för förståelsen av människan. Detta kallas för *det biologiska perspektivet*, (Nordenfeldt 1986:22).

Människan kan också uppfattas som en varelse som tänker och handlar i ett socialt sammanhang. Hon är fokus och en integrerad helhet i relationer till andra människor. Perspektivet kan här kallas för humanistiskt och socialt. De begrepp som man här använder är inte organ- och funktionsbegrepp, utan begrepp som idé, handling, avsikt och norm. Detta kan kallas för *det socio-kulturella perspektivet* (ibid).

Det är fruktbart att använda båda perspektiven för att studera hur gränserna mellan hälsa och ohälsa skapas. Vissa hälsoteoretiker som epidemiologen och samhällsmedicinaren, tenderar ta det ena eller det andra perspektivet som sitt huvudsakliga utgångsläge när de beskriver hälsa och ohälsa hos människan. Varken det ena eller det andra perspektivet kan anses vara rätt eller fel, utan olika. De är båda påverkade av sin kulturella begreppsvärld och språkanvändning. Även om man har ett sociokulturellt perspektiv måste man vara intresserad av att kunna tolka och förstå de biologiska orsakerna till ohälsa. Enligt min uppfattning har man ännu inte problematiserat relationen och integrationen av dessa två perspektiv i studier av hälsa och ohälsa i praktiken. Detta kräver dock ett målmedvetet arbete över disciplin gränserna.

Jag avser att såväl teoretiskt som metodiskt söka vidareutveckla grunderna i tesen att hälsa och välbefinnande skapas biologiskt, socialt och ideologiskt i sitt sammanhang (kontext). Det måste ske genom en analys av de budskap som sprids genom hälsobefrämjande handlingsprogram och relationen mellan hälsoupplevelse och diagnos i vardaglig hälso- och sjukvårdspraktik. För att kunna genomföra sådana studier måste

man arbeta i en tvärvetenskaplig anda och utveckla teoretiska modeller som använder sig av relationen mellan begreppen hälsa, ohälsa och sjukdom.

Den tvärvetenskapliga ambitionen

WHO:s slogan "Health for All by the Year 2000" har givit oss en utmaning att utveckla nya sätt att såväl uttrycka gamla problem som använda nya metoder för att studera dessa problem. Forskning omkring hälsa har förändrats långsamt i och med att forskare har börjat inse behovet av ett nytt språk som ska göra det lättare att samtidigt tala om somatiska och kulturella samband. Man strävar efter att kunna se hur natur och kultur, biologi och samhälle, samverkar i produktionen och formandet av mänsklig hälsa och ohälsa. En tvärvetenskaplig ansats är nödvändig om man vill etablera nya strategier för hur forskning omkring hälsofrågor ska kunna röra sig förbi reproduktion av gammal kunskap till nya insikter.

En gynnsam miljö för denna form av forskning har skapats av professor Göran Sterky vid Karolinska Institutet (Enheten för Internationell hälsa- och sjukvårdsforskning, IHCAR) där en grupp forskare från skilda discipliner studerar hälsofrågor i såväl i- som u-land. Genom att den pågående forskningen där också kombineras med aktivt konsultarbete i u-land blir det möjligt att pröva de svåra teoretiska frågorna kontinuerligt i praktiken mot en viss verklighet, vilket i sin tur ger underlag för potentiell kunskaps- och teoriutveckling i forskargruppen. Forskning om hälsofrågor inom det svenska samhället kan därmed speglas i studier och aktivt utvecklingsarbete i andra samhällen. Jämförande studier ger på detta sätt fördjupad kunskap om kulturella fenomen i det egna samhället som lätt annars döljs genom sin självklarhet. Från att ha arbetat helt och hållet i en mångvetenskaplig anda, har forskarna på IHCAR under det senaste året börjat närma sig tvärvetenskapliga angreppssätt. Men tvärvetenskap är i sin essens i första hand ett förhållningssätt. (Sterky & Krantz 1988, Sachs 1989, Sachs & Tomson 1988, 1990, Sachs & Kranz 1991).

En tvärvetenskaplig ansats är nödvändig om man vill etablera nya strategier för hur forskning omkring hälsofrågor ska kunna röra sig förbi reproduktion av gammal kunskap till nya insikter

Den som får reda på att han/hon är sjuk i biologisk mening, utan att känna av det, får samtidigt ett annat budskap, nämligen att sjukdom inte alltid märks; kroppens signaler är ingenting att lita på

Det finns alltid en spänning mellan det personliga och det allmänna i dessa studier. Dialektiken mellan de två skapar i sin tur ett intresse för den symboliska bro, som förenar biologisk och social verklighet. Det finns också en spänning mellan antropologisk, social och klinisk metodik, vilken faktiskt utgör en styrka hos den tvärvetenskapliga ansatsen, eftersom den kan visa på nya dimensioner, som blir möjliga att undersöka vidare. Ett tvärvetenskapligt arbetssätt är något som kan utveckla var och en av disciplinerna samtidigt som det kan komma att vitalisera frågeställningen.

Fenomenet "friska sjuklingar"

Hälsokontroller har som sitt huvudsakliga syfte att upptäcka riskfaktorer för, eller förstadium till sjukdom som individen kanske inte själv är medveten om. När man finner sjukliga förändringar hos människor som känner sig friska inträder olika problem såväl för diagnostikern som för personen som får detta besked. Den som får reda på att han/hon är sjuk i biologisk mening, utan att känna av det, får samtidigt ett annat budskap, nämligen att sjukdom inte alltid märks; kroppens signaler är ingenting att lita på om man inte känner av en hotande fara. Om detta upprepas gång på gång blir budskapet förstärkt. Tilltron till kroppens förmåga att ge signaler om sitt tillstånd kan på detta sätt undergrävas alltmer. Kanske lär man sig istället att lita till komplicerade laboratorie-undersökningar och anser att provsvaren och röntgenbilderna säger sanningen om hälsan, medan de egna upplevelserna inte är av lika stort värde? På detta sätt kan man bli allt mer beroende av medicinsk expertis och medicinska undersökningar. Vetskapen om att det är vanligt med biologisk sjukdom utan symtom kan göra människor beroende av läkekonsulten och dess undersökningsmetoder. Är denna kunskap en bidragande orsak till så påtagliga fenomen inom samhället som sjukdoms- och dödsskräck? Just för att man vet att man inte kan vara säker på att själv uppleva sin sjukdom kan det vara så att man förlitar sig mer och mer på hälsokontrollerna (Sachs & Uddenberg 1988:41-67).

Kolesterol-screening

Det har länge varit känt att hyperkolesterolemi utgör en riskfaktor vad gäller utveckling av hjärt-kärl sjukdomar. Under 1970-talet behandlades flera tusen patienter med dietföreskrifter och i synnerhet läkemedel mot hyperkolesterolemi (Committee of Principal Investigators, USA, 1978) som visade att den behandlade gruppen led av högre mortalitet än kontrollgruppen, sjönk intresset för behandling av hyperkolesterolemi dramatiskt. Senare när man har publicerat undersökningar som visat positiva resultat vid behandling av hyperkolesterolemi med hjälp av läkemedel och diet, (JAMA 1984, The Helsinki Heart Study 1987, Behandling av hyperlipidemi, Socialstyrelsen 1988:5) har intresset åter ökat. Intresset för hyperkolesterolemi som behandlingsbart tillstånd har resulterat i att man från expertgruppernas sida rekommenderat att cirka 20% av Sveriges befolkning kan komma ifråga för behandling, framförallt med diet men en stor grupp också med läkemedel (Riktlinjer för behandling av hyperkolesterolemi. Hjärt-Lungfonden 1989).

Sjukdom är här det hot som ger hälsovården argument och kraft. *Hälsan = Välbefinnandet* i sig har fått underordnad betydelse. Orsaken till denna utveckling inom hälso- och sjukvården måste sökas inom den medicinska professionen, i läkemedelsindustrin, på den politiska nivån, i massmedia och inte minst i befolkningen. Kolesterolens betydelse som riskfaktor för sjuklighet och dödlighet är också en kontroversiell fråga inom den medicinska professionen. Den är ett tydligt exempel på tillstånd där det råder professionell osäkerhet om de medicinska handlingsreglerna. Denna s k professionella osäkerhet framträder vid tillstånd där vårdbehoven är varken akuta eller absoluta och läkarkåren har olika uppfattning om nyttan och riskerna förknäpade med de interventionsmöjligheter som står till buds.

Kontroversen omfattar i detta fall ett antal frågor, bl a huruvida förhöjda kolesterolvärden utgör en riskfaktor för sjukdom och inte en sjukdom i sig, om det är etiskt acceptabelt att genom masshalsundersökning av hela befolkningsgrupper sätta en (sjukdoms)diagnos på symptomfria individer, vid vilken kolesterolnivå behandling är indicerad, nyttan och riskerna med olika typer av behandling (Johnsson 1986).

Omfattningen av denna kontrovers framgår av att man i flera länder (USA, Danmark, Norge, Finland) tagit upp frågan om kolesterolens betydelse för folkhälsan i s k konsensuskonferenser. Syftet med dessa är att en

Att identifiera personer med hög, faktisk risk att tidigt drabbas av hjärtkärlsjukdom betraktas som en angelägen uppgift för hälso- och sjukvården. Men forskarna är inte ense om hur den totala risken att drabbas ser ut

utvald grupp medicinska och andra experter skall uttala sig om den medicinska teknologin under debatt och därigenom påverka det medicinska handlandet i mer enhetlig riktning. Motsättningarna om kolesterolens betydelse för folkhälsan har även uppmärksamats i debattfora som vänder sig till den breda allmänheten, bl a Forskningsrådsnämndens Källaskrift 31, Blodfetter en hjärtesak (1988).

Att identifiera personer med hög, faktisk risk att tidigt drabbas av hjärtkärlsjukdom betraktas som en angelägen uppgift för hälso- och sjukvården. Men det är också en mycket komplicerad uppgift. Forskarna är inte ense om hur den totala risken att drabbas ser ut. Hur totalmortaliteten i hjärtkärlsjukdom förhåller sig till riskfaktorer av olika slag finns beskrivet (Olsson 1988, McCormick 1988, Björkelund et al 1989) men frågan om blodfettssänkning är kontroversiell. Är den stora risken att drabbas av kranskärlssjukdom endast uppenbar i en population men ej hos den enskilda människan? I så fall är statistik ett okänsligt instrument. Om *det är själva "livet" som är sjukdom* är metoderna att ta reda på människornas riskfaktorer mycket trubbiga inom medicinen.

Prevention uppfattas som en epidemiologisk angelägenhet. Vården är en klinisk angelägenhet. På samma sätt som när det gäller manifest sjukdom utgör *fallbeskrivningen*, där individen står i centrum, ett omistligt fokus i den epidemiologiska kunskapsutvecklingen. Den medicinska antropologin är en vetenskap som ägnar sig åt just detta. I det aktuella projektet är det fallstudierna som utgör basen för den beskrivande analysen; fallstudier av människor som å ena sidan definierar och lär ut var gränserna för hälsa och ohälsa går och fallstudier av människor som å andra sidan lär sig ha hälsa och ohälsa.

En antropologisk studie som fokuserar på kolesterolkontroll ska hjälpa till att förklara hur människorna känner sig i den osäkra praktiken och hur de gemensamt skapar gränsen mellan hälsa och ohälsa. Man kan inte komma åt sådana dolda förlopp utan att följa hela processer med hjälp av en väl utarbetad metodik.

Socialantropologisk metodik

Utöver de speciella metodiska svårigheter som det innebär att ställa frågor omkring välbefinnande och hälsa, är det oklart vilka aspekter i livet som är eller borde vara inkluderade i studiet av hälsa och ohälsa. För ett biologiskt perspektiv där man styrs av hälsokontrollerande ideologi, kan hälsa handla om normativt hälso-befrämjande och preventivt beteende såsom "rätt kost, motion och levnadsvanor". När det gäller sociokulturella aspekter i det verkliga livet kan det handla om sådana saker som familjeliv, moral, kosmologi, möjligheter, ekonomi, riskuppfattning och så vidare. Såväl människornas dagliga handlingar som den betydelse de tillmäter dessa, är beroende av allt annat som händer ikring dem i deras värld; andra prioriteringar, skyldigheter, möjligheter, oro och förväntningar. I begreppet prevention bör alla dessa element, både biologiska och sociokulturella, som relaterar till varandra i människornas värld ingå.

En socialantropologisk ansats som knyter an till den övergripande problematiken om hälsa i teori och praktik är fruktbar på grund av den speciella typ av kvalitativa data som den kan generera. Generellt präglas socialantropologins metodiska inställning av en öppenhet för metodkombination som möjliggör en mångsidig belysning av sociala och kulturella verkligheter. Strategin kan medföra olika metodval, men där vissa problem också kan belysas komplementärt genom flera metoder. Det blir t ex viktigt att här beakta såväl medicinska data om en patologisk förändring som patientens utsago att han/hon känner sig helt frisk och använda båda delarna för att problematisera frågan om hälsa.

Det väsentligaste tillvägagångssättet i en antropologisk fältstudie är den *deltagande observationen*, där forskaren under en längre period intensivt följer en viss livsform, institution eller grupp människor. Härigenom blir det möjligt att dels bilda sig en detaljerad uppfattning om deras konkreta livsvillkor, arbetsvillkor med mera, dels också inhämta en förståelse för deras egna uppfattningar om sin situation och sitt handlande. Den deltagande observationens metodik har utvecklats av

Genom att analysen genomgående kan förankras i samhällsmedlemmarnas levnadsomständigheter och uppfattningar blir den därmed i mindre grad beroende av forskarens kulturella bakgrund

Antropologen måste dessutom vid studier i det egna samhället medvetet arbeta med att få syn på kulturella särdrag som kan vara så välkända att de inte så lätt uppenbaras

socialantropologer i studier av främmande samhällen där den framstår som den främsta garanten mot etnocentrism i forskningsprocessen. Genom att analysen genomgående kan förankras i samhällsmedlemmarnas levnadsomständigheter och uppfattningar blir den därmed i mindre grad beroende av forskarens kulturella bakgrund. Här skiljer sig den deltagande observationen inte minst från ett ensidigt utnyttjande av intervju-metodik, där redan frågorna ofta har inbyggda kulturella förutsättningar. Den antropologiska metoden innebär bland annat att frågor under hand framstår som klarare än de varit om de skapats utanför den verklighet som man vill studera. De inhemska folkliga och institutionella begreppens innebörd blir känd för forskaren innan de används för att ställa frågor. Eftersom kultur i form av uppfattningar och värderingar till så stor del ligger på ett omedvetet plan har dess bärare ofta svårt att själva formulera sig om den, och desto större kulturell medvetenhet fordras av forskaren. Till detta kommer att samhälls- eller gruppmedlemmarna själva ofta inte på något medvetandeplan har kunskap om vissa orsakssammanhang, som forskaren därför till stor del måste blottlägga genom sina egna observationer. Antropologen måste dessutom vid studier i det egna samhället medvetet arbeta med att få syn på kulturella särdrag som kan vara så välkända att de inte så lätt uppenbaras.

Det är således inte bara viktigt att forskaren tolkar och beskriver vad de studerade personerna själva beskriver och förklarar omkring sin verksamhet. Det är också viktigt - kanske allra viktigast - att vara närvarande i deras verklighet och studera och observera vad som pågår med hjälp av en uppsättning metoder som grundar sig i antropologiska teorier om människan, hennes natur och kultur.

Om detta tillvägagångssätt utgör röda tråden i socialantropologisk fältmetodik kompletteras den vanligen av andra former av datainsamling. För insamling av extensiva data o t ex hushålls- eller institutions sammansättning kan konventionell *survey*metodik komma till användning. I viss utsträckning kan det här vara

möjligt att använda tillgänglig offentlig statistik såsom registerdata o d. Intensiva och relativt *ostrukturerade intervjuer* med mera begränsad panel av informanter ingår också som en normal del av socialantropologiskt fältarbete. Även dessa hänger nära samman med den deltagande observationen. Genom *informationsarbetet* kan mera omfattande tolkningar och värderingar av observerat innehåll erhållas. Valet av informanter sker också genom att man under den deltagande observationens gång kan identifiera personer som genom sina sociala positioner och sina personliga kännetecken lämpar sig särskilt väl för sådant arbete. I allmänhet betyder också den samtidigt löpande deltagande observationen mycket för uppbyggandet av förtroende mellan forskare och informant. Efterhand som en informant blir alltmer insatt i forskarens intresse och analytiska metoder kan han eller hon också komma att föra upp kulturellt präglade uppfattningar och värderingar på ett mera medvetet plan.

En särskild form av informantarbete vid studiet av prevention och hälsa är insamlandet av *livshistorier* (Frykman 1989). Studiet av livscyklar och hälsoutvecklingscykler är ett viktigt inslag i denna forskning, och data för sådana livscyklar kan delvis utgöras av informanternas utsagor om tidigare faser av deras egna liv (Fortes 1969, Goody 1969).

Den deltagande observationen innebär naturligtvis att socialantropologen som fältarbetare systematiskt försöker bereda sig tillfälle att iaktta ett antal olika typer av *sociala situationer* i människornas liv (Gluckman 1962, Mitchell 1956, Epstein 1969). Det är i dem man kan följa olika beteenden och lyssna till gruppmedlemmarnas spontana kommentarer. När man som socialantropolog betecknar situationsanalys som en särskild komponent i arbetet med fältarbetets data åsyftas därför ofta situationer särskilt av en mera dramatisk karaktär än vardagliga situationer, där kulturella principer tränger fram i en särskilt klar utkristalliserad form. I fallet med prevention och gränser mellan hälsa och ohälsa är det framförallt situationer som mötet med hälso-kriser och risker när människor konfronteras med olika hot och där deltagarna mer än vanligt måste mobilisera sina resurser och argument.

Avslutning

I det speciella fallet med hälsokontroller där vissa medicinska avvikelser utgör basen för människors reaktioner, såväl den medicinska personalens som patientens, är analysen av sådana data i förhållande till register-

kunskap och medicinsk prognos viktig att ta in. Inte minst i detta arbete är det därför nödvändigt och viktigt att arbeta med en tvärvetenskaplig ansats. Hur kan man pröva gränserna för hur påverkan på människors hälsa avgörs i å ena sidan en test och å andra beskedet om testet?

Callahan (1991) säger att hälsa inte har något egenvärde i västvärlden utan är ett medel till andra värden. Det är en tes som inte kunnat bevisas eftersom man ju faktiskt inte är säker på hur hälsobegreppet definieras utanför det medicinska systemet. Eftersom behovet av att kontrollera sin hälsa är så starkt bland gemene man kopplas välmående och testresultat samman - det ena blir både ett resultat och en bekräftelse av det andra. Som antropolog ser jag utmaningen i att studera hur människor känner sig i den osäkra medicinska praktiken och hur man inom vården tillsammans med patienterna faktiskt skapar gränserna mellan vad som är hälsa och ohälsa. Den nu pågående studien som planeras vara genomförd om två år har redan givit insikter i den komplexitet som omger dessa vardagliga och föga studerade situationer. Kroppsuppfattning och verklighetsuppfattning styr reaktioner på de abstrakta provsvaren och samhällets underliggande kulturella grammatik ligger som rötter under ytan.

På grund av dröjsmål med publicering av denna artikel är studien idag redan avslutad. Resultaten finns att läsa i såväl LT som i internationella tidskrifter. Fullständig referenslista kan fås av författaren.

REFERENSER

- Callahan D: What kind of life? The limit of medical progress. New York: Simon & Schuster, 1991.
- Frankenberg R: Medical anthropology and development: a theoretical perspective. Soc Sci Med B 1980;14:197-207.
- Jensen U J: Sjukdomsbegrepp i praktiken. Sthlm: Norstedts 1985.
- Johannisson K: Medicinens öga. Sthockholm: Norstedts 1990.
- Kleinman A: The Illness Narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books 1988.
- Nordenfeldt L (red): Hälsa, Sjukdom, Dödsorsak: studier i begreppens teori och historia. malmö: Liber 1986.
- Sachs L: Integrity and Autonomy from an Anthropological point of view. In Ethics in Medicine, P Allebeck & B Jansson (red), Raven Press New York 1990.
- Sachs L, Krantz I: The Anthropology of Medicine and Society. IHCARs publikationsserie som nr 5, Karoliska Institutet 1991.
- Sachs L, Tomson G: Det dubbla perspektivet: en antropolog och en medicinare ser på läkemedelsanvändning i ett u-land. Socialmedicinsk tidskrift nr 5-6 1988.
- Sachs L, Uddenberg N: Medicin, Myter, Magi: ett annorlunda perspektiv på vår sjukvård. Stockholm: Natur och Kultur 1988.
- Sterky G, Krantz (red): Society and HIV/aids. IHCAR publ nr I. Karoliska Institutet 1988.