

Fra sygdom til sundhed – anvendt medicinsk antropologi i Danmark

Vibeke Steffen
Helle Samuelsen

Under senere år har man gennemført en række medicinsk-antropologiske forskningsprojekter i Danmark. Det findes et stigende interesse for helbreds- og sundhedspolitiske spørgsmål i vores samfund, og det har medført denne efterfråge på brugerorienteret forskning. Den antropologiske forskningen på dette område har haft sit oprindelse i forskellige sektorer af sundhedssystemet og har berørt områder som selv sygdomsbegrebet, kommunikationen mellem patient og behandler, tværfagligt samarbejde og omsorg, alternativ behandling, sundhedskultur og omstillinger i sundhedssektoren. Førfattene forsøger at summere såvel baggrunden som indholdet i denne forskning og ser på projektets mulige virkninger og "bivirkninger" i sundhedssystemet. For at belyse de problemer, som kan opstå, når forskellige videnskabelige traditioner mødes, går førfattene igennem egne erfaringer fra et projekt om danske kræftpatienter og -praktikere udført for Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse under årene 1984-86. Slutligen behandles forholdet mellem den tilpassede forskningen og grundforskningen som en frugtbar og nødvendig dialog med gode muligheder for metode-, analyse- og teoriudvikling såvel inden antropologien som i samarbejdet mellem forskellige videnskabelige traditioner.

Vibeke Steffen er mag. scient. og forskningsstipendiat ved Institut for Antropologi, Københavns universitet. Helle Samuelsen er mag. scient. og kursleder ved Danidas Kursuscenter i Hornbæk.

Sundhedssvigt, sundhedsarbejdere, sundhedsudfordringer, sundhedsoplysning, sundhedscentre, sundhedsprofil, sundhedskultur, sundhedspsykologi, sundhedsvidenskab...

Vort samfund er grebet af en voldsom interesse for sundhed, og man forsøger fra flere sider at erstatte det gamle sygdomsbegreb med et nyt sundhedsbegreb. Staten har oprettet et Forebyggelsesråd og en Komité for Sundhedsoplysning, landets kommuner er i gang

med en omstilling af hele behandlingssystemet, og der gøres en række bestræbelser for at opfylde WHO's strategiplan om Sundhed for Alle år 2000. Hele denne aktivitet omkring administrationen af vort helbreds skabte en efterspørgsel efter nye teorier og metoder i forskningen omkring sundhed og sygdom, og i denne forbindelse har der været foretaget en række medicinsk-antropologiske forskningsprojekter i Danmark, flere er undervejs og interessen synes stadig at være stor.

Den medicinske antropologi har hermed placeret sig i et nyt område mellem grundforskning og anvendt forskning og har i kraft heraf fået indflydelse på den almene sundhedspolitiske debat og planlægningen på sundhedsområdet. Det stiller nye krav til forskningen og rejser spørgsmålet om, hvilke og hvis interesser man fremmer med resultaterne af sin forskning. Vi vil i denne artikel forsøge at placere den medicinske antropologi i dette forskningsmæssige og samfundsmæssige problemfelt og ud fra egne og andres erfaringer med forskningsprojekter i Danmark vurdere, hvordan vores antropologiske arbejde har placeret sig i forhold til den samfundsmæssige udvikling på sundhedsområdet og i forhold til udviklingen i antropologien generelt.

Autoritetsopgør, kommunikation og omstilling

Bag de nye tendenser i sundhedsdebatten, hvor sygdom gøres til et spørgsmål om sundhed, ligger et ønske om at anlægge et bredere og mere forebyggende syn på sygdom. Det er på sin vis bemærkelsesværdigt i en tid, hvor fortsat specialisering præger de fleste faglige discipliner. Tendensen er international og i WHO's strategiplan formuleres det ændrede perspektiv direkte: "De fleste sundhedsprogrammer har fokuseret på sygdom som en biologisk afvigelse fra normen i stedet for på hele helbredsstanden og den relative sundhed

som en værdi i sig selv" (WHO 1986:41). De fremtidige planer går ud på, at alle mennesker "sikres lige muligheder for at udvikle, bevare og bruge deres sundhed" samt at "helbredet skal styrkes så meget, at sygdomme og følgerne deraf reduceres" (WHO 1986:37). Udviklingen foregår på tre forskellige områder. For det første er et *autoritetsopgør* mod det etablerede behandlingssystem, der startede i 60'erne, stadig i gang. For det andet er der en voksende debat omkring *kommunikationsproblemer* mellem behandlere og patienter indenfor det etablerede behandlingssystem. Og endelig er debatten omkring sundheds- og sygdomsbegreberne også påvirket af en overordnet *omstillingsproces*, specielt indenfor den primære sektor af sundhedssystemet.

I en analyse af sundhedsformidlingens historie har folkloristen Birgitte Rørbye karakteriseret de seneste tre årtier som græsrodsbevægelsestid. Hun opererer med tre hovedaktører: Myndighederne, de professionelle behandlere og befolkningen, hvor det i græsrodsbevægelsestid er kendetegnende, at befolkningen for første gang gør sig effektivt gældende både i debatten og som en reel magtfaktor i sundhedspolitikken. Det er tale om et *autoritetsopgør* mod det etablerede behandlingssystem, hvor forskellige bevægelser stiller krav om nye behandlingsmetoder og nye former for samarbejde og menneskelig gensidighed i sygdomsbehandlingen (Rørbye 1986:132). I dag spores en ny periode, hvor ledemotiverne bl a er egenomsorg, selvbehandling og medansvar. Initiativet kommer ikke længere kun fra læg-grupper i befolkningen, men fra alle tre hovedaktører. Inden for det etablerede behandlingssystem er man opmærksom på sin egen utilstrækkelighed og samtidig presses man fra forskellige faggrupper, alternative behandlere og befolkningen. Lægevidenskaben, som hidtil har domineret såvel teori som praksis i det etablerede behandlingssystem, er på vej til at erkende den biomedicinske sygdomsmodels utilstrækkelighed. Antropologen Kirsten Hastrup har beskrevet denne erkendelse som en usamtidighed mel-

.....

I dag kan man spåra en ny period, där ledmotiven bl a är egenomsorg, självbehandling och medansvar

.....

lem lægens virkelighed og hans videnskab, idet lægen erkender, at sygdom ikke blot lader sig forklare ved hjælp af biomedicinske modeller, men også indeholder psykiske og sociale aspekter. Patientens og lægens sygdomsopfattelser er ikke overensstemmende, og det skaber *kommunikationsproblemer*. Sygdomsbilledet har ændret sig, mens sygdomsbegrebet først er i færd med at ændre sig (Hastrup 1986:437). Det terminologiske skred vi oplever indenfor alle sektorer af sundhedssystemet, hvor fokus flyttes fra sygdom til sundhed, og den øgede interesse for et bredere sygdomsbegreb kan ses som udtryk for denne krise i behandlingssystemet.

Orienteringen mod sundhed og forebyggelse fremfor sygdom og behandling er nært knyttet til samfundsøkonomiske interesser. Det fremgår af regeringens forebyggelsesprogram, hvor det hævdes, at "det er i de senere år blevet stadigt mere tydeligt, at danskernes sundhedstilstand ikke forberedes væsentligt ved tilførsel af øgede ressourcer til sygdomsbehandling" (Sundhedsministeriet 1989:10). Bag lanceringen af det nye sundhedsbegreb ligger altså en idé om, at en omlægning af sundhedsvæsenet med fokus på forebyggelse af sygdom vil betyde en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne.

Medicinsk antropologi i Danmark

Den medicinske antropologi opstår som et særskilt område inden for antropologien omtrent samtidig med opkomsten af autoritetsopgøret inden for sundhedssystemet. Man kan naturligvis hævde, at medicinsk antropologi altid har været en del af faget, idet antropologien altid har beskæftiget sig med sygdom, liv og død som centrale dele af menneskelig eksistens. Det er dog først i 60'erne og 70'erne, at selve betegnelsen opstår, og man begynder at fortolke især tidligere religions- og symbolstudier i en medicinsk forståelsesramme (1). Indtil da havde man fortrinsvis interesseret sig for andre kulturers mere eller mindre eksotiske helbredelsesritualer og sygdomsforklaringer. Nu vendes blikket mod vor egen måde at forvalte helbredet på. I Danmark retter den medicinske antropologi sig først og fremmest mod diskussionen af selve sygdomsbegrebet og kommunikationsproblemer mellem patienter og behandlere som følge af forskellige sygdomsopfattelser (Hastrup 1984, Elsass og Hastrup 1986). Teoretisk

.....

Socialmedicinsk tidskrift nr 9-10 1992

427

(Christensen 1992).

Endelig skal nævnes to projekter, som har deres udgangspunkt i den alternative sektor af sundhedssystemet og som mere indirekte har med autoritetsopgør og kritikken af sygdomsbegrebet at gøre. Det ene er et studie af tre alternative behandlingsformer: zoneterapi, biopati og kinesologi, hvor de enkelte behandlingstypers historie kortlægges og sygdomsopfattelser hos behandlere og brugere analyseres (Nielsen 1989, 1991). Det andet et projekt om behandling af alkoholmisbrugere efter Minnesota-modellen, som indeholder en kortlægning, en klientbeskrivelse og en kvalitativ analyse af selve behandlingen som et transformativt ritual (Steffen 1991, 1992).

Erfaringer fra et dansk projekt om kræftpatienter

Vi vil her forelægge nogle af vore egne erfaringer fra et medicinsk antropologisk projekt om kræftpatienter og behandlere, som vi udførte for Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse i 1984–86. Vi vil ikke i denne anledning præsentere de egentlige data – det er allerede gjort i den officielle rapport – men gå bag om projektet for så at sige at anskue det fra vrangen. Hvad var baggrunden for projektet? Hvorfor valgte man antropologer til at udføre det? Hvilke antropologiske metoder var anvendelige? Og hvilke reaktioner blev arbejdet mødt med?

Baggrund

I 1984 oprettede Kræftens Bekæmpelse i Danmark et psyko-socialt forskningsudvalg, hvor flere faggrupper inden for det etablerede behandlingssystem blev repræsenteret: Læger med forskellige fagspecialer, sygeplejersker, socialrådgivere og psykologer. Indtil da havde foreningen udelukkende støttet medicinsk forskning ud fra biomedicinske og klinisk kontrollerede metoder. Nu efterkom man et stadigt voksende krav især fra plejepersonalet på kræftafdelinger om en mere helhedsorienteret forskning, som kunne blyse de kvalitative aspekter ved kræftsygdomme og den meget belastende behandling. Begreber som livskvalitet og en holistisk opfattelse af patienten blev modstillet den ofte aggressive behandling med stråle- og kemoterapi, og det blev fremført at mange patienter formidlede en oplevelse af ikke at blive forstået i behandlingssystemet.

.....
På canceravdelningarna talade man om ett nytt lidande bland personalen, det så kallade utbrändhets-syndromet, som karaktäriserades som en form av arbetsstress med känslor av hopplöshet, skuld och trötthet
.....

met. Mange mente, at der var en kommunikationsbrist mellem patient og behandler og tillige mellem forskellige personalegrupper, primært læger og plejepersonale. På kræftafdelingerne talte man om en ny lidelse blandt personalet, det såkaldte udbrændtheds-syndrom, der karakteriseredes som en form for arbejdsstress med følelser af håbløshed, skyld og træthed. Disse problemer ønskede man belyst ved et systematisk og helhedsorienteret studie af patienters og behandleres oplevelse af sygdom og behandling, samt af kommunikationen mellem patient og behandler. Til dette formål var de biomedicinske forskningsmetoder ikke egnede, så vidt var man enige. Efterspørgslen rettede sig mod kvalitative metoder.

Hvorfor antropologi?

Et medlem af Kræftens Bekæmpelses psyko-sociale udvalg havde under sit arbejde med et WHO-projekt i Afrika mødt en antropolog og fattet interesse for fagets muligheder i en dansk sammenhæng. Ved hjemkomsten forelagde han sine ideer for resten af udvalget. Flere forhold gjorde antropologer interessante. Helheds-syn og kvalitative metoder var kendetegnende for antropologien i modsætning til lægevidenskaben, som blev kritiseret for reduktionisme. Den spirende sygeplejeforskning skilte sig fra de samme kvaliteter, men havde ingen videnskabelig tradition at legitimere sin forskning med. Men væsentligere var det måske, at antropologien som fag stod udenfor de interne faglige diskussioner, som prægede behandlingssystemet, og derfor kunne betragtes som fagpolitisk neutral. I løbet af sommeren 1984 blev en projektbeskrivelse formuleret svarende til de ovennævnte krav (3), og med det formål at lave en beskrivende, problemafdækkende og hypoteseskabende undersøgelse af, hvordan det er at være kræftpatient i Danmark. Projektet skulle beskrive patienters sygdomsopfattelser ud fra egne subjektive oplevelser og erfaringer samt beskrive sygdomsfor-

tolkning hos forskellige behandlergrupper. Med patienten som centrum for analysen skulle vægten lægges på kommunikationen mellem patient og behandlergruppen samt patienten og dennes sociale netværk. Undersøgelsen skulle tillige løbe over et vist tidsrum for at kunne belyse dynamikken mellem patienten og behandlingsinstitutionen og for at give et helhedsbillede af patientens situation. Den teoretiske opbygning fulgte i store træk den amerikanske antropolog Arthur Kleinmans tidligere nævnte tværkulturelle model med et tredelt sundhedssystem og et tvedelt sygdomsbegreb og de deraf følgende konsekvenser for kommunikationen mellem patient og behandler (Kleinman 1980). Metodisk skulle dataindsamlingen udføres ved deltagerobservation og åbne dybtgående interviews med patienter, pårørende og behandlere på hospitalet og i hjemmene.

Videnskaber mødes

Det psyko-sociale udvalg i Kræftens Bekæmpelse havde til formål at være nyskabende og initiativtagende i forskningsmæssig henseende, og projektet blev anset for et pionérarbejde – et forsøg på at mødes på tværs af videnskabelige traditioner og faglige ideologier. Først og fremmest var der tale om et møde mellem to videnskaber med højst forskellige forsknings-traditioner: Lægevidenskaben med sine naturvidenskabelige metoder, objektive tilgang, reducere af studieobjekt og isolering af enkeltfaktorer. Antropologien med sine kvalitative metoder, subjektive tilgang, helhedssyn og sammenkædning af enkeltfaktorer. Især subjektiviteten kunne ses på flere planer: at man indsamlede subjektive data baseret på informanternes egne udsagn, at man brugte forskeren selv som instrument for denne indsamling og endelig forskerens subjektive tolkning af sine data. Dette vakte skepsis i forhold til undersøgelsens holdbarhed. Problemerne viste sig særlig, da vi skulle have adgang til hospitalsafdelinger for at udføre projektet. Ved ansøgning til et københavnsk hospital blev vores henvendelse behandlet af de lægelige medlemmer af hospitalets forskningsgruppe, som kom til det resultat, at undersøgelsen ikke kunne gennemføres, fordi den byggede på ikke-standardiserede subjektive interviews. "Eventuelle konklusioner på basis af en sådan undersøgelse kan næppe undgå at være prægede af interviewerne og op-

Ansökan till ett sjukhus i Köpenhamn behandlades av läkar-medlemmarna i sjukhusets forskningsgrupp, som kom till resultatet, att undersökningen inte kunde genomföras, för att den byggde på icke-standardiserade subjektiva intervjuer

fylder således – set fra et lægevidenskabeligt synspunkt – ikke de kriterier, man må stille for at gennemføre en videnskabelig undersøgelse". Denne beslutning blev truffet uden drøftelse med plejepersonalet, skønt ansøgningen var stilet til forstanderinden for sygeplejen. En henvendelse til et andet københavnsk hospital førte først til en uformel tilladelse fra overlægen og få dage senere til et formelt afslag fra professoren for området. I afslaget hed det, at man efter en drøftelse i afdelingen havde fundet at arbejdsbyrden for personalet og diskretionshensynet til patienterne umuliggjorde projektets gennemførelse. Det viste sig dog snart, at man ved drøftelsen i afdelingen ikke havde medtaget den største personalegruppe nemlig plejepersonalet, og at de i modsætning til lægegruppen var meget interesserede i projektet. Det førte siden til adgang til en anden afdeling på samme hospital.

At projektet var særlig interessant for sygeplejen skyldtes nok at denne i sin målsætning generelt fremhæver et helhedssyn på sygdom og sundhed, en interesse for patienternes sociale omgivelser og et ønske om at inddrage patienten i et ligeværdigt samarbejde med muligheder for at beslutte og handle selvstændigt. (Sygeplejeadministrationen Finsenstituttet 1983). Man kan sige, at plejepersonalet i princippet ønskede at støtte patienterne i et autoritetsopgør inden for institutionen, samtidig med at de selv som faggruppe ønskede mere indflydelse på behandlingen. I praksis var disse målsætninger vanskelige at føre ud i livet, fordi selve behandlingen var tillrettelagt ud fra lægevidenskabelige kriterier og underlagt forskningsmæssige hensyn. Især sygeplejerskerne syntes fangede i en loyalitetskonflikt mellem patient og læge – og mellem kvalitativ og kvantitativ forskning (Samuelson 1991). Projektet blev trods startvanskeligheder gennemført. Det lykkedes at overkomme interne faglige stridigheder og forskellige opfattelser af videnskabelighed og dermed skaffe os adgang til afdelinger på ialt tre fors-

Det är sjukhusets funktion att återskapa en ordning genom att få kontroll över sjukdomen och bota den sjuke

kellige hospitaler.

Indenfor en antropologisk referenceramme var det naturligt at betragte hospitalet som en institution med særlige normer, udtryksformer, status og magtforhold, og dermed anvende begreber som magt, autoritet og kontrol. Vi lod os inspirere af sociologen Erving Goffman, der har beskrevet det, han kalder totale institutioner (Goffman 1967). Karakteristisk for totale institutioner er, at alle tilværelsens aspekter er samlet et og samme sted og under den samme myndighed. De daglige rutiner er nøje skemalagte og bliver effektueret via et system af formelle regler og af et personale. Alle aktiviteter er indarbejdet i en rationel plan, der skal opfylde institutionens officielle målsætning. Vi fandt, at man i stor udstrækning kunne opfatte hospitalet som en sådan institution. Vi inddrog også Michel Foucaults analyse af de historiske processer, der førte til udviklingen af det moderne hospital. Foucault mener, at det i høj grad er de institutionelle rammer, der danner udgangspunkt for de måder man opfatter og behandler sygdomme på. Gennem udviklingen af hospitalet og det mere og mere avancerede tekniske apparatur, som f.eks. mikroskopet, blev lægernes måde at betragte sygdom på også ændret. Foucault taler ligefrem om udviklingen af det *medicinske blik*, hvor det bliver muligt at se finere og finere detaljer i kroppen og dermed studere sygdomsprocesser på en hel ny måde. Hospitalet kan beskrives som en slags aflukke, hvor læger kan observere, eksperimentere og samle erfaringer ud fra de mange tilfælde. I hospitalssammenhæng bliver den syge persons krop således betragtet mere som et opholdssted for sygdommen end en krop, der tilhører den syge person (Foucault 1975:59). Også fortolkninger af ritualer og symboler ud fra antropologiske modeller som f.eks. renhed og urenhed (Douglas 1966) var relevante i studiet af hospitalet som institution. Vi beskrev, hvordan et sygdomsforløb kan betragtes som en process, hvor sygdom truer med symbolsk urenhed og kaos. Det er hospitalets funktion at genskabe en orden ved at få kontrol med sygdommen og helbrede den syge. Den

symbolske orden søges genskabt gennem de rutiner og ritualer, der kendetegner hospitalet. Stuegangen har f.eks. udover en praktisk og rationel betydning i relation til det behandlingsmæssige arbejde, også en symbolsk betydning. Stuegangen kan ses som et ritual, hvor viden, magt og kontrol demonstreres symbolsk. Ritualer skal vise, at man søger at få kontrol over sygdommen og dermed genoprette den orden, som sygdommen er en trussel imod.

Det blev kritiseret skarpt ved præsentationen af den færdige rapport, at sådanne begreber indgik i analysen. Nogle havde forventet en "anderledes værdifri" videnskabelighed og mente at magtforskydninger og hierarkiske mønstre var uvæsentlige for forståelsen af patienters oplevelse af deres sygdom og mødet med behandlingssystemet. Det blev fremført at forskerens rolle så vidt muligt var at holde sig uden for materialet, og at en objektiv gengivelse af informanternes udsagn var at foretrække frem for fortolkninger og analyser.

Disse reaktioner viser vel først og fremmest, hvor vanskeligt det er at blive accepteret med en anden forskningsmodel end den gængse i et system, hvor én bestemt forskningstradition har haft monopol gennem en lang årrække. Brugen af kvalitative metoder vandt accept undervejs, mens analysen og fortolkningen af data ud fra antropologiske teorier syntes for mange endnu vanskeligere at forholde sig til.

Feltarbejde i egen kultur

Medicinsk antropologi er vel det område af antropologien, der har fundet størst anvendelse i Danmark med de senere års udførelse af en række projekter baseret på feltarbejde i egen kultur. Det i sig selv er atypisk for antropologisk forskning, som både teoretisk og metodisk grundlæggende opererer med kulturel forskellighed og tværkulturel sammenligning. Når vi studerer vort eget samfund, kan vi vælge at operere med en kulturel forskellighed baseret på beskrivelser af andre kulturers medicinske systemer. Denne viden "udefra" kan bruges som et redskab til at studere vore egne kulturelle mønstre "indefra". I praksis former det komparative perspektiv sig som en kulturel relativistisk holding, hvormed vi forsøger at reflektere kritisk over vore egne begreber og handlinger. Denne position som både "udenfor" og "indenfor", som går igen i begrebet deltagerobservation, er vel blandt antropologiens

væsentligste særkender, og det som først og fremmest adskiller os fra de andre samfundsvidenskaber. I modsætning til den lægevidenskabelige forskning, som opererer med teorier, der henregnes til naturens orden og dermed anses for at være universelt gældende, er udgangspunktet for antropologisk forskning, at vor egen opfattelse af verden og dermed også af sygdom er kulturskabt og ikke naturgiven.

Mere oplagt er det dog at se den antropologiske forskning i egen kultur som et udtryk for mere generelle nye tendenser i antropologien, som går i retning af en opblødning af kulturbegrebet i kontekstuelle enheder (Cohen 1978). Denne nyorientering retter sig på en gang mod den globalisering verden synes at undergå, og som sætter spørgsmålstejn ved brugen af kulturbegrebet som empirisk enhed, og samtidig mod den stigende kompleksitet på det lokale plan, som bliver så fremtrædende, netop når man studerer "sin egen kultur". Set i dette lys får antropologiens tværkulturelle perspektiv og feltarbejdet som antropologisk metode nye teoretiske dimensioner, hvor fokus flyttes fra det strukturelle til det relationelle.

Det antropologiske feltarbejde indebærer normalt, at antropologen bosætter sig i en fremmed kultur blandt de mennesker, man ønsker at studere. Denne form for feltarbejde har kun været anvendt i forbindelse med Ringkøbing-projektet, hvor der er tale om et studie af et lokalsamfunds sundhedskultur. De øvrige medicinske antropologiske projekter i Danmark har været karakteriseret ved en mere fragmenteret form for feltarbejde med deltagerobservation og etnografiske interviews med udvalgte personer i forskellige udvalgte sammenhænge f.eks. på hospitalet, i skolen, i den alternative klinik, i selvhjælpsgruppen eller i hjemmet. Projekterne har baseret sig på en analyse af individuelle udsagn og oplevelser i forskellige situationsbestemte sammenhænge med vægt på relationerne og dynamikken mellem disse snarere end et forsøg på at indfange "dansk kultur" som en given enhed. Kun i bestemte institutionelle sammenhænge har vore informanter fungeret som en afgrænset social enhed, der kunne opfattes som en subkultur (f.eks. den totale institution). Uden for institutionen har de været spredt geografisk og socialt, og har indgået i andre sociale sammenhænge. Dermed har et andet af antropologiens varemærker: holismen også ændret betydning.

.....
I förhållande till de kliniska forskningsmetoderna, som har dominerat forskningen inom hälso-systemet i Danmark, representerar den antropologiska forskningen alltså ett helt annat perspektiv
.....

Holisme har ikke blot været et centralt antropologisk begreb, det er også blevet et modeord i forskellige dele af sundhedssystemet, autoriserede såvel som alternative, og der er ofte tale om vidt forskellige helheder afhængig af den specifikke sammenhæng (Nielsen 1988). Set fra et klinisk synspunkt har de medicinske antropologiske projekter således været holistiske i deres tilgang, idet de medtager helheder, som ligger uden for klinikken og tillige beskæftiger sig med patienten som en helhed af krop, sind og sociale relationer. I forhold til de kliniske forskningsmetoder, der har domineret forskningen indenfor Sundhedssystemet i Danmark, repræsenterer den antropologiske forskning altså et helt andet perspektiv. I den kliniske forskning isolerer man enkeltfænomener for på den måde at være i stand til at studere dem. Alle antagelser og hypoteser skal kunne afprøves og bekræftes under objektive empiriske og kontrollerede betingelser. I den antropologiske forskning derimod, lægges der vægt på at betragte enkeltfænomenerne i relation til de sociale og kulturelle sammenhænge, hvori de optræder. Her antager man, at det er sammenhængen, der definerer betydningen af enkeltdelene. Forskningsfeltet for de medicinske-antropologiske projekter er altså langt bredere end for de kliniske forskningsprojekter. Den tidligere nævnte kritik af kræft-projektet er netop et udtryk for, at nogle forskere med udgangspunkt i den kliniske forskning, har set en række aspekter som uvedkommende for projekter og forstyrrende for dets resultater.

Anvendt forskning – et led i sundhedspolitikken

Vi har indledningsvis beskrevet nogle af de tendenser, der karakteriserer udviklingen i sundhedssystemet i dag, og vi har forsøgt at placere den medicinske antropologiske forskning i denne udvikling. Forskningen har haft karakter af anvendt forskning forstået på den

måde, at de enkelte projekter er udsprunget af konkrete problemstillinger og flere projekter er afsluttet med en række anbefalinger og forslag til forbedringer samt vigtige områder for fremtidig forskning. Samtidig har projekterne bidraget til grundforskningen ved at tilføje ny viden specielt om oplevelser og opfattelser af sygdom i den folkelige sektor af sundhedssystemet, om kommunikation mellem patienter og behandlere og om brugen af alternativ behandling. Projekterne har illustreret pluralismen og kompleksiteten i det danske sundhedsvæsen og dermed en del af den danske kultur.

I det følgende vil vi pege på nogle af de "virkninger" og "bivirkninger" vor forskning kan få på det sundhedspolitiske område – tilsigtede og utilsigtede.

Sygdomsopfattelser og autoritetsopgør

Antropologien har en vis tradition for at formidle de taves synspunkter. I behandlingssystemets hierarki er patienterne de stumme, og vi har lagt vægt på primært at videregive deres oplevelser af sygdom og behandling. Vi har gjort opmærksom på, at patienters sygdomsopfattelser ikke er sammenfaldende med behandleres, og dermed bidraget til en nuancering af sygdomsbegrebet og det menneskelige grundlag, behandlingen hviler på. Det mener vi er væsentligt ikke mindst i forhold til meget aggressivt og eksperimentelt behandlede sygdomme som kræft. Vi mener også, at denne viden om patienters og behandleres forskellige måde at opfatte sygdom på er vigtig for forståelsen af den kommunikationsbrist, de oplever i mødet med hinanden. Men analytisk indsigt og forklaring er langt fra tilstrækkelig til at ændre de eksisterende kommunikationsformer og endnu mindre til at anfægte hierarkiet i behandlingssystemet. Tværtimod kan den nuancerede formidling af patientperspektivet medføre "bivirkninger" i form af yderligere underordning og formynderi i behandlingen. Den øgede adgang til patientens overvejelser og følelser giver også mulighed for en dygtigere og mere subtil manipulation af disse (Szasz 1970, Taussig 1980). Et eksempel herpå kunne være de åbne kardex, som er indført på nogle afdelinger med det formål, at patienten selv og eventuelt dennes pårørende kan rapportere om sine symptomer, tanker, følelser og lidelse i en skriftlig dialog med plejepersonalet og andre behandlere. Intentionen er at forbedre kommunikationen og at give behandlerne en større

.....
Fler och fler aspekter av patientens liv integreras så att säga i den professionella sektorn av hälso-systemet, och där skapas en självförstärkande process av "sjukliggörande"

forståelse for patientens situation, samtidig med at patienten får øget indflydelse på sin egen behandling. På den anden side giver disse oplysninger et bedre grundlag for at overtale patienten til at følge en given behandling og er med til at fastholde denne i kontraktlignende aftaler. Hermed opnås en højere grad af *føjelighed* (compliance), men ikke nødvendigvis en større grad af selvbestemmelse for patienten. En egentlig medbestemmelse forudsætter en individualisering af behandlingen, hvilket ville bringe den kliniske forskning i et dilemma. Denne forskning forudsætter nemlig en ensartet og standardiseret behandling af patienterne for at kunne præsentere sine resultater.

Sygeliggørelse

Antropologiens helhedsorienterede tilgang med formidlingen af det folkelige perspektiv og patienternes egen opfattelse af sygdom udvider det medicinske sygdomsbegreb og gør det mere rummeligt. Det mener vi også er nødvendigt for en forståelse af patienters behov og dermed for at bedre behandlingstilbudene. Omvendt udvides behandlerens adgang til patientens krop til også at omfatte dennes tanker, følelser og sociale liv med risiko for en sygeliggørelse af dette. Flere og flere aspekter af patientens liv integreres så at sige i den professionelle sektor af sundhedssystemet, og der skabes en selvforstærkende *sygeliggørelses-proces* (medikalisering) (Zola 1972). Denne proces bliver muligvis forstærket endnu mere i disse år, hvor den professionelle sektor af myndighederne nu også får til opgave at fokusere på befolkningens sundhed og altså ikke kun sygdom. Her kommer et andet aspekt af sygeliggørelse frem, hvor flere og flere aktiviteter beskrives ud fra begreber som sygdom og sundhed. Forskellige former for social afvigelse bliver sygeliggjort f.eks. alkoholisme og kriminalitet. Når samfundet bliver mere optaget af forebyggelse og sundhedsfremme, bliver flere og flere sociale aktiviteter vurderet i forhold til deres indflydelse på sundheden. Ivan Illich har i sin skarpe kri-

tik af sundhedssystemet i den vestlige verden karakteriseret en tendens han kalder social iatrogenese, hvor den store aktivitet omkring sygdomsforebyggelse i form af f eks rutine-checks og screening-undersøgelser medvirker til en sygeliggørelse og nedsætter folks tolerance-tærskel (Illich 1975). Sygdomsforebyggelse bliver den gennemgående standard, hvormed basale hverdagsaktiviteter som spisevaner, arbejde, sport og forbrug af nydelsesmidler bliver bedømt. I stedet for den tilsigtede positive definition af sundhed opnås en yderligere sygeliggørelse af tilværelsen (Crawford 1978:369). Denne tendens modsvarer tilsyneladende af forsøget på at privatisere helbredet ved at flytte ansvaret for sundhed og sygdom fra myndighederne og de professionelle behandlere til befolkningen. Men kun tilsyneladende, for som vi skal se i det følgende berører denne omstilling snarere samfundsøkonomien end det reelle sygdomsbegreb.

Sundhed og moral

Omstillingen i sundhedssektoren i kommunerne har bl a til formål at effektivisere og dermed spare ressourcer. Det er derfor af interesse at få belyst den folkelige sektors formåen, hvad angår selvbehandling samt de reelle behov for professionel hjælp – en slags cost-benefit analyse. Den anvendte medicinsk antropologiske forskning kan bruges direkte til at pege på områder, der kan nedskæres, og områder, der bør opprioriteres. Dette behøver ikke at være negativt. Derimod ser vi en række uheldige følger i forbindelse med indførelsen af et nyt sundhedsbegreb. Vort nuværende sundhedsbegreb er i praksis knyttet til enten forebyggelse, der som idé direkte reflekterer sygdomsbegrebet, eller til æstetiske normer og moral (Elsass & Hastrup 1988) og er derfor præget af negative påbud og restriktioner. Et egentligt positivt defineret sundhedsbegreb har vi ikke. Som vi nævnte indledningsvis, er vor tids sundhedsdebat præget af ledemotiver som egenomsorg, selvbehandling og personligt ansvar. Kimen hertil ligger nok i græsrodsbevægelsernes autoritetsoppgør med selvhjælpsgrupper og søgen efter alternative behandlingsformer som et udtryk for mistroen til og kritikken af det autoriserede behandlingssystem. Denne udvikling har imidlertid med myndighedernes hjælp taget en drejning, hvor den enkelte ikke blot holdes ansvarlig for sit eget helbred, men også opfattes som synde-

I klassiske etnografiske studier af sygdomsopfattning og behandlingsritual har analyser ofte ført fram till kartläggning av sociala och politiska strukturer

hvis og når sygdom rammer. Det sunde liv er blevet en moralsk pligt (Juul Jensen 1984). Med de franske sociologer Herzlich og Pierret's ord bevæger vi os "fra retten til at være syg til pligten til at holde sig sund" (Herzlich & Pierret 1987).

Vender vi tilbage til spørgsmålet om autoritetsoppgør og magtens placering, kan man sige, at samfundets autoritet over individet med denne omformulering af sundhedspolitikken forsøges omplantet i individet selv i form af selvjustits. Helbredet reguleres ud fra moralske påbud og restriktioner administreret af den enkelte borger selv.

At medicinske systemer og sundhedspolitik er uløseligt sammenkædet med moralbegreber og magtens placering i samfundet viser talrige eksempler fra såvel historien som etnografien. I klassiske etnografiske studier af sygdomsopfattelser og behandlingsritualer har analyser ofte ført til kortlægning af sociale og politiske strukturer (se f eks Glick 1967 og Turner 1967), og fra historien er især Michel Foucaults værker om galenskabens historie og klinikkens opståen i 1800-tallets Europa kendt (Foucault 1963 og 1965). Om de danske forhold har Birgitte Rørbye beskrevet, hvorledes tiårene omkring 1800 var præget af en lovgivning, som lagde grunden til en organiseret sundhedssektor. Den ene-vældige stat forsøgte på denne måde at sikre landet et stabilt voksende befolkningstal og en mere sund og produktiv befolkning (Rørbye 1987).

Det er vigtigt, at den medicinske antropologi også holder sig disse perspektiver for øje, når den forsøger sig som anvendt forskning, for i disse spørgsmål skal vi ikke forvente nogen efterspørgsel i form af bestilte opgaver og projekter.

Summa summarum

Den medicinske antropologi i Danmark har typisk placeret sig et sted mellem grundforskning og anvendt forskning. Der har ofte været tale om bestilte opgaver, hvor forskningsområdet er tilstrækkelig bredt definie-

ret til at man kan tale om grundforskning, men alligevel snævrere end ved det traditionelle antropologiske feltarbejde. Selvom projekterne i deres formål har været definerede som problemafdækkende og hypoteseskabende, så har der tillige ligget ofte uformulerede krav til deres anvendelighed. Vi har i denne artikel diskuteret mulige "virkninger" og "bivirkninger" af den såkaldt anvendte forskning. Den antropologiske tilgang har som nævnt bidraget til en nuancering af sygdomsbegrebet, hvor beskrivelsen af forskellige patientgruppers og lægfolks opfattelser af sygdom viser, at disse ikke er sammenfaldende med behandlernes. Den øgede indsigt i patienternes sygdomsforståelse kan indebære, at behandlerne opnår en højere grad af føjelighed blandt patienterne, undertiden på bekostning af disses ret til selvbestemmelse. Hvor den hidtidige interesse for patienters sygdomsopfattelser i værste fald har kunnet tolkes i retning af en slags behandler-voyeurisme, må man ønske at de fremtidige bestræbelser rettes mod en større bemyndigelse af patienten selv (jvf Kleinman 1988:46).

Antropologiens helhedsperspektiv udvider det medicinske sygdomsbegreb, men det kan også medvirke til en øget sygeliggørelse, hvor flere og flere aspekter af menneskers liv integreres i den professionelle sektor. I stedet for denne udvikling kunne man forestille sig en nuancering af sygdomsbegrebet, hvor lægfolks opfattelser og oplevelser af sygdom, sundhed og behandling spillede en større rolle.

Den medicinske antropologi har i de seneste år tilført andre fag inspiration og udvikling. Det gælder f.eks sygeplejen, som har arbejdet på at udvikle metoder, der kan placere faget i en videnskabelig ramme. I disse bestræbelser har man i høj grad interesseret sig for antropologiske metoder og teorier (Sygeplejersken 1988, Ramhøj 1989). I den nye sygeplejeuddannelse er antropologi blevet et obligatorisk fag. Også på medicinstudiet har antropologien smittet af, idet "patientkontakt" nu med den nye studieorning er blevet et obligatorisk fag, hvor de kommende læger skal følge patienter med deltagelse, samtaler og besøg i hjemmet for at lære, hvordan patienten selv opfatter sit liv, sin sygdom og meningen med den (Universitetsavisen 1990). Det dobbelte sygdomsbegreb (sygdom/lidelse) og de kommunikationsmodeller, som er udviklet i relation hertil, er blevet alment kendte i behandlerskred-

se og bruges i videreuddannelseskurser for især praktiserende læger og plejepersonale.

Vi har her forsøgt at samle nogle erfaringer fra de senere års anvendte medicinske antropologi i Danmark. De her skitserede projekter har på den ene side bidraget til sundhedsdebatten og måske også sundhedspolitikken ved at illustrere kompleksiteten i det danske sundhedssystem, og på den anden side har de leveret stof til grundforskningen og den nyere debat om kulturbegrebet i antropologien ved at belyse et lille hjørne af dansk kultur. Vi håber med denne artikel at kunne inspirere og anspore til en fortsættelse af dette arbejde. Det mener vi vil være sundt for antropologien.

REFERENCER

- Elsass P, Hastrup K (red) (1988):* Sundhetens æstetik. Stofskifte nr 18:85-97. København.
- Jensen S, Nielsen H, Samuelsen H, Steffen V (1987):* Hvad er meningen med kræft? En antropologisk undersøgelsen blandt danske patienter og behandlere. Kræftens Bekæmpelses Forlag, København.
- Kleinman A (1980):* Patients and healers in the context of culture. Berkeley.
- Samuelsen H (1990):* Nurses between disease and illness. I: Holden P & Littlewood J (ed): Nursing and Anthropology. Routledge, Oxford.
- Scheper H, Lock M (1987):* The Mindful Body. Medical Anthropology Quarterly.
- Steffen V (1992):* Spiritus og Ånd: Minnesota-modellen som overgangsrite til Anonyme Alkoholikere. København. Tidsskriftet Antropologi nr 25.

NOTER:

1. Nancy Scheper-Hughes og Margaret Lock's oversiktsartikel "the Mindful Body" giver et fint indtryk af denne omfortolkning af værker som f.eks Evans Pritchard's "Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande".
2. Flere danske antropologer har både forinden og siden arbejdet med anvendt medicinsk antropologisk forskning uden for Danmark specielt i 3. verdens lande, her skal blot nævnes Peter Aabys epidemiologiske studier af mæslinger og betydningen af "crowding" for infektion i Vestafrika samt Susan Reynold Whytes studier af bl.a. sindslidelser i Østafrika (f.eks Aaby 1984 og Whyte 1988). Vi har imidlertid valgt at begrænse denne artikels emne til projekter baserede på feltarbejde i Danmark.
3. Vi var på det tidspunkt fire specialestuderende (Sussi Skov Jensen, Helle Nielsen, Helle Samuelsen og Vibeke Steffen) under vejledning af lektor Susan Reynolds Whyte ved Institut for Antropologi, Københavns Universitet.