

Det dubbla perspektivet

— en antropolog och en medicinare ser på läkemedelsanvändning i u-land

Lisbeth Sachs

Göran Tomson

Man kan betrakta epidemiologi som en tvärvetenskaplig metod med hjälp av vilken man kartlägger skilda medicinska fenomen. Läkemedels-epidemiologi är ett område som hittills i huvudsak intresserat forskare inom biomedicin och farmakologi. I dessa studier har man intresserat sig föga för hur människor som handskas med läkemedel — förskrivare och patienter — uppfattar eller tolkar innebörden i läkemedel. Antropologer har under senare år genomfört studier där den symboliska betydelsen av läkemedel står i fokus. WHO tog ett viktigt hälsopolitiskt steg under 70-talet i och med skapandet av en baslista omfattande 250 läkemedel avsedda att täcka ca 95% av sjukligheten. Men även om urvalet av läkemedel är optimalt är själva användningen avgörande för behandlingsresultatet. Vi har sedan ett par år studerat en del aspekter av läkemedelsanvändning tillsammans med universitetet i Peradeniya, Sri Lanka. Denna artikel är ett försök att beskriva en ny typ av forskning inom läkemedelsområdet där antropologisk fältforskning leder till en positiv befruktning. Vi följde ett antal patient-läkareinteraktioner på en vårdcentral i Sri Lanka. Med hjälp av det dubbla perspektivet såg vi såväl läkemedlens symboliska, kulturella betydelse som den farmakologiska, biomedicinska betydelsen.

Lisbeth Sachs är docent i socialantropologi och knuten som forskare till Institutionen för Internationell Hälso- och Sjukvårdsforskning (IHCAR) Karolinska Institutet. Projektet Perceptions of Pharmaceuticals rör antropologisk forskning om läkemedel i i- och u-land, finansierat av SAREC.

Göran Tomson är barn- och allmänmedicinare i Huddinge, knuten till IHCAR. Forskningsprojektet Community Pharmacokinetics stöds av SAREC, och söker belysa olika aspekter av läkemedelsanvändning.

Inledning

Vill man så kan man betrakta epidemiologi som en tvärvetenskaplig metod med hjälp av vilken man kartlägger skilda medicinska fenomen; deras förekomst och spridning samt sjukdomars uppkomst och förlopp bland en viss grupp människor. Med hjälp av arbetsmetoden har man möjligheter att ta hänsyn till såväl olika medicinska som humanistiska och samhällsvetenskapliga problem.

När det gäller medicinens mest använda redskap — läkemedel — är det en viktig uppgift att studera hur dessa används både av förskrivare och lekmän. Läkemedelsstudier som rör försäljningsstatistik [8,19] och förskrivning [6,21,1,15] har genomförts bla i Sverige under de senaste åren, men hur vanliga människor som får läkemedel genom recept eller som inhandlar dem på apotek uppfattar dessa, har i mycket mindre utsträckning undersökts.

Läkemedelsepidemiologi är i huvudsak ett område som hittills intresserat forskare inom de biomedicinska och farmakologiska områdena. I dessa studier har man intresserat sig föga för hur människor som handskas med läkemedel — förskrivare och patienter — uppfattar eller tolkar innebörden i läkemedlen, eller vad de står för i en mera symbolisk betydelse.

Antropologer har dock under senare år genomfört ett antal sådana studier där den symboliska betydelsen av läkemedel står i fokus [4,18,28,7]. Studierna är gjorda i samhällen utanför den sk moderna världen och ger en uppfattning om hur läkemedel från västvärlden integreras och används av människor med andra synsätt vad gäller hälsa, sjukdom och behandlingar.

Läkemedel i u-land

Många av de länder som detta rör använder ca 30–50% av sin totala hälso- och sjukvårdsbudget till läkemedel [20]. Trots brist på utländsk valuta måste de importera merparten av sina läkemedel. WHO tog ett viktigt hälsopolitiskt steg i och med skapandet av basläkemedelslistan [29]. Den omfattar omkring 250 vad man kallar "Essential Drugs" avsedda att täcka ca 95% av sjukligheten. Men även om urvalet av läkemedel här är optimalt är själva användningen den helt avgörande faktorn för om behandlingen ska lyckas. Man vet hittills alldeles för litet om hur den dyrbara och importerade medicinen används i lokala samhällen [12].

Medicinare och samhällsvetare har på senare tid intresserat sig för läkemedelssituationen i tredje världen. I studierna betonar man att sjukvårdens infrastruktur i utvecklingsländer är otillräcklig; att regeringar har bristande kontroll över distributionen av läkemedel; att receptbelagda läkemedel också distribueras fritt, om än illegalt; att läkemedelsanvändning ofta är irrationell från biomedicinsk synpunkt sett; att överkonsumtion av läkemedel och brist på läkemedel förekommer samtidigt i samma länder; och att politiker och sjukvårdspersonal ibland spelar tveksamma roller i samband med läkemedelsdistribution och förskrivning [10,5,25].

Enstaka tvärsnittsstudier baserade på recept som inlämnats på apotek [14,17] visar att tex antibiotika både över och underanvänds och andra receptbelagda läkemedel köps över disk utan recept [27,11].

De flesta publikationer över ämnet läkemedelsanvändning i tredje världen informerar oss om makrostrukturella omständigheter från ett "uppifrån perspektiv" där tyngdpunkten ligger på produktion, marknadsföring och distribution av läkemedel. Det antropologiska "nedifrån perspektivet" visar att

.....
Uppenbarligen är inte diagnosen den enda faktorn bakom läkemedelsval, vare sig när det gäller typ av preparat eller antal per patient.
.....

det som uppfattas som irrationell läkemedelsanvändning från en biomedicinsk synpunkt sett kan vara i högsta grad rationellt och meningsfullt för personen ifråga. Conrad [7] har exempelvis beskrivit hur non-compliance är patientens eget sätt att behålla kontroll över ett hotande tillstånd.

En tvärdisciplinär ansats

Vi vill här beskriva att man kan skapa förutsättningar för en ny typ av forskning på läkemedelsområdet om man drar ut konsekvenserna av den positiva befruktningen av antropologisk fältforskning inom detta område. För att komma i närheten av de svårigheter och frågor som på gräsrotsplanet gör stora förändringsansatser svår genomförbara ser vi i det dubbla perspektivet – balansen mellan en forskning omkring symboliska och kulturella betydelser och läkemedlens farmakologiska och biomedicinska betydelser – en ny öppning såväl i vår värld som i andra världar.

Läkemedelepidemiologi i Sri Lanka

Vi har sedan ett par år tillsammans med universitetet i Peradeniya i Sri Lanka studerat olika aspekter av läkemedelsanvändning. Inledande studier baserade på journaluppgifter har visat att diazepam (anxiolyticum) och B-vitamin tillhör de läkemedel som flest patienter inbegripande på medicinavdelningar exponerats för [3]. De vanligaste diagnoserna är infektionssjukdomar, och selektiv B-vitaminbrist har inte rapporterats varför vi förvånades över förskrivningsprofilen. I en prospektiv tvärsnittsstudie av ett slumpvis urval av 900 inlagda medicinpatienter talar en första analys för att den perifera vårdenheten med de enklare sjukdomsfallen använde nästan dubbelt så många läkemedel per patient som universitetskliniken med de mer komplicerade fallen, vårdtiden var densamma [2].

Uppenbarligen är inte diagnosen den enda faktorn bakom läkemedelsval, vare sig när det gäller

.....
Det antropologiska "nedifrån perspektivet" visar att det som uppfattas som irrationell läkemedelsanvändning från en biomedicinsk synpunkt sett kan vara i högsta grad rationellt och meningsfullt för personen ifråga.
.....

typ av preparat eller antal per patient. Andra faktorer än de biomedicinska verkar spela en avgörande roll för läkemedelsanvändningen. Genom att närma oss frågorna med hjälp av antropologisk teori och metodik har vi kunnat studera den betydelse och mening som västerländska läkemedel får för människor som använder dem.

Vårdcentralen

Vi valde att studera patienter som sökte öppen vårdsmottagningen på den "perifera enhet" som ingått i en tidigare studie [2]. Sri Lankas offentliga hälsovård har 120 sådana enheter och dessutom c:a 330 "dispensärer", som är den mest perifera institutionen. Läkemedlen är gratis och förskrivs vanligen av ekonomiska skäl för tre dagar. En "perifer enhet" leds av en "medical officer" (MO) med minst fem års läkarutbildning, assisterad av två "assistant medical practitioners" (AMPs). De senare gick tidigare under benämningen "apothecaries", semantiskt intressant, och har en 2–3 årig huvudsakligen kliniskt orienterad utbildning. En finns c:a 2000 läkare och 1500 AMPs i Sri Lanka med en befolkning på 15 milj invånare. Det är MO som ansvarar för de c:a 30 inläggande patienterna jämte barn- och mödrahälsovård, medan AMPs handhar merparten av de 300–400 patienter som söker mottagningen per dag. Föga är känt om dessas förskrivningsvanor, trots att de i u-land oftast står för merparten av förskrivningen inom den offentliga sektorn. Under 1986 besökte vi bla denna enhet.

Det dubbla perspektivet

Vi tillbringade ett antal timmar med att observera interaktionen mellan läkare och patient, där vi satt i samma rum under det att en strid ström av patienter passerade. Efter att under tystnad ha observerat ett hundratal konsultationer diskuterade vi våra intryck och det uppdagades då hur olika vi, en läkare och en antropolog, uppfattat vad som pågick. Läkaren stördes av bristen på kommunikation, klinisk undersökning och att det förskrevs läkemedel till samtliga 100 patienter, varav endast någon enstaka föreföll allvarligt sjuk. Han reagerade på förskrivningen av smärtstillande av typ Butazolidin med risk för allvarliga individuella biverkningar, rund-

.....
Läkaren stördes av bristen på kommunikation, klinisk undersökning och att det förskrevs läkemedel till samtliga 100 patienter, varav endast någon enstaka föreföll allvarligt sjuk.
.....

hant förskrivning av antibiotika, särskilt tetracyclin, med risk för ekologiska störningar etc. Patienterna lämnade ofta rummet efter någon minut med namn på 2–5 läkemedel nedskrivet på en bit papper, vad man kunde förstå helt utan information. Det föreföll som ett slöseri med pengar och i vissa fall hälsovådlig, irrationell terapi.

Antropologen hade betraktat vad som pågick mellan läkare och patient som sociala möten där mycket av de kommunikativa budskapen, såväl verbala som icke verbala, måste kunna tolkas. Antropologens intryck (utan att kunna språket) var att patienterna kom till mottagningen för att be om något som de kunde få, där – läkemedel. Alla lämnade också rummet med ett "recept". Läkaren som kunde legitimera deras begäran att få hjälp skrev ut recepten, överlämnade till patienten pappret med tillstånd att hämta ut gratis medicin i hälsoenhetens dispensär, eller, vid tillfällig brist, på något privat apotek. Detta skedde utan att man växlade särskilt många ord. Det verkade som om förväntningarna på mötet från såväl förskrivare som patient infriats i den gemensamma situationen och att kommunikationen dem emellan byggde på ömsesidig förståelse av vad som pågick. Det var en socialt anpassad situation som byggde på kulturella konventioner vilka var kända för samtliga inblandade och som de accepterade och förstod. Hur de förstod vad som pågick var för antropologen en utmaning som skulle undersökas.

Detta exempel visar hur det dubbla seendet ger komplexitet och problematiserar situationen på ett sätt som knappast varit möjligt med ett enkelt seende. Hade situationen blivit uppfattad som också positiv om läkaren varit ensam? Hur mycket av det negativa hade framträtt om antropologen utan medicinsk sakkunskap varit ensam om sina iakttagelser? Vi vill hävda att bådadas kompetens är nödvändig för att komma åt sådana handlingar som integrerats i ett

Vissa ansträngningar som gjorts för att lösa hälsoproblem i tredje världen kan ha misslyckats delvis därför att man inte sett det positiva innehållet i befintlig vård.

Samhälles hälso- och sjukvård som självklara och naturliga men som i sig kan innebära potentiell fara för personernas hälsa, såväl i u- som i-land. Vissa ansträngningar som gjorts för att lösa hälsoproblem i tredje världen kan ha misslyckats delvis därför att man inte sett det positiva innehållet i befintlig vård. Personerna själva kan bedöma denna vård som rationell och logisk och ett tillfredsställande sätt att handskas med deras hälsa där den importerade västerländska teknologin är integrerad. Misslyckandena att lösa vissa hälsoproblem i tredje världen kan däremot inte förklaras med att man inte upptäckt det negativa innehållet i befintlig vård. För att förändra måste man dock se vad som är värdefullt för den enskilda människan, även om det strider mot det man själv uppfattar som god sjukvård. Utan sådan kunskap får man inte syn på var motståndet mot eventuella reformer finns.

Studien

Nedanstående uppgifter härrör från en studie av 50 patienter och deras konsultationer vid den aktuella vårdenheten. Patienterna följdes före, under och efter mötet med vårdgivaren [24]. Alla patienter hade sökt själva eller med hjälp av anhöriga och köade för vård jämte hundratals andra. Under väntetiden tillfrågades de av antropologen och hennes lokala assistenter om de ville medverka, anonymitet och frivillighet underströks. Bara en patient vägrade och de som rekryterades valdes med den enda ambitionen att söka få med både kvinnor och män ur de olika åldersgrupper som fanns representerade. Analysarbetet pågår och det som följer här är en första allmän beskrivning av studien samt två fall.

Läkemedel som kemi

Ur det biomedicinska perspektivet liknar läkemedelsdata vad som rapporterats från andra u-länder, tex Kenya [16]. Läkemedel till alla och inte som

numer är brukligt i väst till 60–70% av patienterna [13]. Dessutom många läkemedel per patient, i medeltal förskrevs 3,4 läkemedel per angiven diagnos, att jämföra med den svenska diagnos-recept undersökningens 0,9 läkemedel per diagnos [1]. Fördelningen av patienter grupperade efter antal tilldelade läkemedel framgår av *Tabell 1*. De vanligast förekommande enskilda läkemedlen framgår av *Tabell 2*. Tjugo av patienterna sökte för något som diagnosticerades som luftvägsinfektion, alla fick antibiotika, de flesta tetracyklin. Aspirin intar tättplatsen och ett antihistamin, Piriton, är det näst mest använda medlet här precis som i den kenyanska studien. Endast i ett fall angavs allergi vara diagnos. Det verkar som om medlet antingen används som placebo eller att man utnyttjar dess sederande effekt. I Kenya var penicillin förstahandsval av anti-

Tabell 1 Patienter (n=50) grupperade efter antalet läkemedel som förskrivits till dem

Antal läkemedel	Antal patienter
inget	—
1	2
2	5
3	23
4	13
5	7

Tabell 2 Vanligast förskrivna enskilda läkemedel

Läkemedel	Antal patienter
Aspirin	31
Piriton (antihistamin, allergimedien)	20
Tetracyklin (antibiotikum — bredspektrum)	16
Ephedrin (lufttrörsvidgare)	16
Vitamin B-combin	13

Tabell 3 Angivna diagnoser för patienter som förskrivits tetracyklin

Akut bronkit
Kronisk bronkit
Bronchiectasier
Infekterat hudsår
Kronisk astma
Lunginfektion
Tonsillit
Virusfeber

biotikum, här var det tetracyklin, som gavs till 16 av patienterna. De olika diagnoserna som ledde till denna behandling är listade i *Tabell 3*.

Läkemedel som symbol

För en biomedicinskt utbildad läkare i Sverige kunde mycket av relationen diagnos/behandling ifrågasättas. Hur allvarliga medicinska konsekvenser behandlingen kan få är svårt att uttala sig om eftersom bla sjukdomarnas allvarlighetsgrad inte går att tolka i materialet. Antibiotikaresistensens utbredning i lokalsamhället är dessutom föga känd.

Antropologen uppfattar patienternas efterfrågan av många läkemedel som en logisk följd av ett speciellt idésystem [22]. Patienterna i den här studien har lärt sig uppskatta vissa fördelar med västerländska läkemedel i kombination med andra terapier av traditionellt slag. I och med att de integrerar läkemedel i sina behandlingsval har de lärt sig se på även läkemedlen med hjälp av en sjukdomsteori som bygger på ett balanssystem. Bristade balans mellan vätskorna inom kroppen, mellan kroppen och klimat och miljö, mellan människan och andra människor samt mellan människan och kosmos kan leda till sjukdom och måste balanseras på föreskrivna sätt. Ett av de sätt som används i det dagliga livet, både som prevention och terapi, är att genom mat och bad balansera kyla/hetta i kroppen.

När sjukdom drabbar används även läkemedel för att balansera brist eller överflöd av kyla eller hetta som uppstått i kroppen. De Ayurvediska läkemedlen bygger på örter med uttalade egenskaper i detta avseende och det gör även kryddor som används i den vardagliga matlagningen. Föreställningar om vilka västerländska läkemedel som har kalla respektive varma egenskaper kan exempelvis ha med storlek och färg att göra. Oftast är just västerländska läkemedel uppfattade som "heta" eller "hettande" [23].

Fallbeskrivningar

En kvinna

En kvinna uppger under intervjun före besöket hos läkaren att hon har feber, förkylning och astma. Hon säger att hon är trött och har ont i ryggen och

Antropologen uppfattar patienternas efterfrågan av många läkemedel som en logisk följd av ett speciellt idésystem.

beskriver att hon inte kan andas och att hon kommer att dö av detta om hon inte kan få luft. Vid själva konsultationen uppger hon att hon har värk i ryggraden och att hennes barn som hon bär på armen har klåda. Vårdgivaren noterar feber, hosta, förkylning och en kräkning vid konsultationen och sätter diagnosen VIRUSFEBER. Orsaken till sjukdomen är enligt patienten "dhatu", förlust eller för litet semen [22]. Vårdgivaren frågar om kvinnan är gravid och då detta förnekas skriver hon ut TETRACYKLIN, ASPIRIN och PHENERGAN.

Ur medicinarens perspektiv är det irrationellt att förskriva tetracyklin till en patient med virusinfektion och phenergan – ett antihistamin mot allergi och med lugnande effekt – och inte heller indicerat. Till för bara några år sedan behandlades dock exempelvis öroninflammationer och övre luftvägsinfektioner även i Sverige med det senare medlet. Frågan om eventuell graviditet visar samtidigt att vårdgivaren har en viss kunskap om risker med tetracyklinbehandling, åtminstone i relation till graviditet. Däremot talar beteendet emot en medvetenhet om riskerna med resistensutveckling i samhället.

Att förskriva mer än aspirin måste anses stå i motsats till vetenskap och beprövad erfarenhet vid en virusinfektion. Men kan vi inte söka förstå hur vårdgivaren använder läkemedlen utifrån sin föreställning som delvis måste anses bygga på en idevärld och en social situation som skiljer sig från allt det som en svensk läkare möter i sin vårdmiljö. Spelar vårdgivarens kulturella tillhörighet utanför den västerländska utbildningen en roll vid förskrivning av flera läkemedel och deras inbördes förhållande?

I det Ayurvediska systemet förskrivs många mediciner till samma patient i en strävan att minska toxiciteten och därigenom också öka läkemedlens effektivitet [26]. Kombinationer av läkemedel med olika fysikaliska karakteristika som administreras samtidigt kan tolkas som förskrivarens strategi att

.....
I det Ayurvediska systemet förskrivs många mediciner till samma patient i en strävan att minska toxiciteten och därigenom också öka läkemedlens effektivitet.
.....

motverka biverkan från en medicin med den andra.

Patienten i detta fall är nöjd med att få sina mediciner och har inga tankar på att den här typen av mediciner överhuvud taget kan ge några biverkningar eller vara skadliga. Tilltron till de västerländska läkemedlen gör att de används – förskrivs och konsumeras. Detta framgår av uppföljningsstudien bland de fem patienterna, deras familjer och vänner. Oftast talar patienterna om att medicinerna förorsakar för mycket hetta i kroppen och att just detta tillstånd kan innebära utslag, klåda eller feber. Om sådana symtom kommer i samband med intag av tetracyklin i detta fall kan förskrivningen tänkas balansera denna effekt med phenergan och aspirin. Kvinnan har beskrivit en etiologi som baserar sig på hennes ideer om balansen mellan kroppens vätskor. Denna folketiologi är hennes utgångspunkt för att söka västerländsk medicinsk behandling. Hennes beskrivning av symtom inför vårdgivaren leder till att denna ger sin biomedicinska bild av kvinnans tillstånd. De båda kommunicerar med varandra omkring samma fenomen men har olika sätt att se på vad som sker.

När kvinnan får det hon har förväntat sig av besöket – ett antal läkemedel – är hon nöjd och kommer att på olika sätt utifrån sin strategi både att handla och tolka det som sedan sker. Förskrivaren får i det här fallet kanske inte någonsin reda på vad som sker, eftersom kvinnan kan tänkas kombinera detta besök med andra behandlingsval hon brukar göra. Vad som förorsakar vilka reaktioner blir aldrig utrett.

Mycket av den positiva tilltron, såväl från förskrivarens som patientens sida, kan därigenom leva kvar, även om man ur svensk biomedicinsk synvinkel är medveten om att biverkningar på denna behandling är oundvikliga. Positiva och negativa aspekter på läkemedelsanvändningen står emot varandra och frågor som: "Är compliance att rekom-

mendera?" [23] eller "Ska placebo ingå i essential drug programmet?" blir aktuella.

Låt oss ta upp ännu ett fall som ger oss möjligheter att diskutera vilka risker som den här typen av läkemedelsanvändning kan tänkas innebära.

En man

En ung man uppger under intervjun före konsultationen med läkaren att han tagit läkemedel tidigare och blivit frisk men nu fått hosta, nattsvetteningar, ryggont och tappat aptiten. Under själva konsultationen uppger han bristande aptit, feber och hosta samt att han tror sig ha malaria. Läkaren noterar hosta och aptitlöshet samt diagnosen LUNGINFEKTION och förskriver TETRACYKLIN, EPHEDRIN (bronkvidgare), ASPIRIN och B-VITAMIN. Patienten går ifrån konsultationen i tron att han har malaria, en het sjukdom, och att han fått malariaterapi som ska ge en svalkande effekt.

Om det rör sig om en bakteriell lunginfektion är tetracyklin ej förstahandspreparat [9] och kan ha tveksamt värde och ur biomedicinsk synpunkt är också indikationen för B-vitamin svårförståelig. Man kan inte heller förstå B-vitaminförskrivningen som ren placeboterapi eftersom patienten redan fått tre andra läkemedel. En fråga som inställer sig även i detta fall är huruvida eftersträvan av balans mellan hetta och kyla i enlighet med Ayurvediska principer ligger bakom mångfalden av förskrivna preparat. Ska det heta läkemedlet antibiotika balanseras med hjälp av B-vitaminen?

De missförstånd som finns inbyggda i de 50 konsultationerna vi följt måste kunna analyseras med tanke på de medicinska riskerna men också ges en beskrivning som visar hur ömsesidiga förväntningar infrias och gör mötet positivt.

I det andra fallet måste man fråga sig om det verkligen har så stor betydelse om patienten tror han har malaria eller ej, om han tar sina mediciner

.....
Förskrivaren får i det här fallet kanske inte någonsin reda på vad som sker, eftersom kvinnan kan tänkas kombinera detta besök med andra behandlingsval hon brukar göra.
.....

.....
"Är compliance att rekommendera?"

"Ska placebo ingå i essential drug programmet?"
.....

och sedan tillfrisknar. Om medicinerna inte ger några grava biverkningar kan man tänka sig att patienten får bekräftat att han blivit hjälpt av den västerländska terapin och att läkemedlen har en god effekt för hans tillstånd. Kvar står dock de ekologiska risker som är förenade med användning av exempelvis tetracyklin.

Just denna patient var en av de fem patienter som följdes upp under en femmånadersperiod. Han tog mycket riktigt sina mediciner och kombinerade dem också med sk "hand medicines", en slags blandning som kunde köpas hos vilken handelsman som helst och som bygger på örter av olika slag. Han var nöjd med sitt besök på sjukhuset och var beredd att återgå dit närhelst han fick samma symtom.

Nya frågor skapas

Tidigare forskning som rört traditionell healing och västerländsk behandlingspraxis har ofta betraktat dessa två medicinska system som avgränsade och ojämförbara. Man har försökt upptäcka under vilka omständigheter som människor använder det ena eller det andra systemet, dvs. om man tar till sig västerländsk medicin och behandling, inte hur detta egentligen sker.

Tillgången på läkemedel och dess roll i självmedicinering i vissa utvecklingsländer har dokumenterats, men tolkningen av vad man kallar "inappropriate drug-use" bland sjuka människor i dessa länder är att människor är okunniga och analfabeter. Problemet måste naturligtvis ses på ett mycket djupare plan – vi har i den här artikeln velat beskriva hur vi ser på läkemedelsanvändning som styrt av kultur, kultur i meningen den idevärld som lärs in under livet och som man delar med den grupp människor man omges av.

Människors tolkningar av och förståelse inför läkemedel kan inte delas upp i avgränsade kategorier såsom folklig respektive västerländsk medicin. Det

är mera fruktbart enligt vår uppfattning att se på alla tillgängliga mediciner som en del i en sammanhängande kulturell helhet och ställa frågor omkring vilka kriterier människor använder sig av i sitt val av behandling vid sjukdom. Hur påverkas besluten om vilken terapi som ska användas för ett visst tillstånd av hela den uppsättning lokala sjukdomsideer och etiologier som finns?

Om man ska tänka sig att göra något åt felanvändning av läkemedel å ena sidan från förskrivarens sida och å den andra från patientens sida bör man, som vi visat här, vara medveten om hur dessa båda personer uppfattar vad som sker vid konsultationer. Om båda parter är inställda på att läkemedel är den enda terapi som västerländsk medicin kan förmedla i den situation de befinner sig och att de utifrån sina förusättningar ser positivt på dess läkande kraft är informationen om det motsatta en känslig fråga.

Om det är så att såväl patient som förskrivare får belägg för att läkemedlen verkligen har haft verkan pga de missförstånd som finns inbyggda i deras möten blir det dessutom omöjligt att bevisa motsatsen. I och med att människor har pluralistiska behandlingsval kan de alltid stödja sina argument för en viss sak på bekostnad av något annat. När det gäller den känsliga balansteorin som implicit styr läkemedelsanvändning är turerna omkring argumenten för och mot vad som är verksamt synnerligen komplexa. En analys av hela materialet med utgångspunkt från folkliga respektive biomedicinska etiologier/diagnoser samt ideer omkring hälsa och sjukdom och dess allmänna behandling pågår. De tentativa resultat som hittills börjat ta form visar hur tvärvetenskaplig forskning ger ett dubbelt perspektiv och problematiserar denna typ av frågor på ett fruktbart sätt. Vi ser detta som en rikare form av läkemedelsepidemiologi som kommer att kunna användas såväl i u- som i-land.

.....
Vi ser på läkemedelsanvändningen som styrt av kultur, kultur i meningen den idevärld som lärs in under livet och som man delar med den grupp människor man omges av.
.....

REFERENSER

1. *Agenäs I, Dahlström M*: Diagnos-recept-undersökningen: Mindre än ett läkemedel förskrivs per diagnos. *Läkartidn* 1983;80:1467–70.
2. *Angunawela I, Tomson G*: Morbidity and prescribing patterns in a peripheral unit. *Proceedings of Kandy Society of Medicine* 1986;9:65–67.
3. *Angunawela I, Tomson G*: Drug prescribing patterns: a study of four institutions in Sri Lanka. *Int J Clin Pharmacol Ther Tox*, 1988;69–74.
4. *Bledsoe CH, Goubaud MF*: The reinterpretation of Western pharmaceuticals among the Mende of Sierra Leone. *Soc Sci Med* 1985;21:275–82.
5. *Blum R, Kreitman K*: Factors affecting individual use of medicine. In Blum et al, eds. *Pharmaceuticals and health policy*. London: Crock Helm, 1982:122–85.
6. *Boethius G*: Recording of drug prescriptions in the county of Jämtland, Sweden. Pattern of drug usage in 16 000 individuals 1970–75. *Acta Med Scand* 1977; 202: 241.
7. *Conrad P*: The meaning of medications: another look at compliance. *Soc Sci Med* 1985;20:29–37.
8. Consumption of drugs. Report on a Symposium, Oslo 1969. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization, 1970 Euro 3102.
9. *Garrod LP*: Defence against bacterial drug resistance. *Br Med J* 1976;2:933–6.
10. *van der Geest S*: The illegal distribution of Western medicines in developing countries: pharmacists, drug peddlars, injection doctors and others. *Med Anthr* 1982; 6: 197-.
11. *van der Geest S*: Non-information for patients: selling drugs in developing countries. *Pharmacy Int* 1983;4:424.
12. *van der Geest S*: Pharmaceuticals in the Third World: the local perspective. *Soc Sci Med* 1987;25:273–5.
13. *Harding JM, Modell M, Freudenberg S, MacGregor R, Nicolas Ree J, Steen CA, Wojcicichowski W, Yudkin GD*: Prescribing: the power to set limits. *Br Med J* 1985; 290:450–3.
14. *Krishnaswamy K, Kumar BD, Radhaiah G*: A drug survey precepts and practices. *Eur J Clin Pharm* 1985;29:36370.
15. *Kristoferson K, Wessling A*: Tre års receptundersökningar. *Sv Farm Tidskr* 1977; 81:309.
16. *Maitai CK, Watkins WM*: A survey of outpatient prescriptions dispensed in Kenyatta National Hospital. *East African Med J* 1980;58:641–6.
17. *Moshaddeque Hossain M, Glass RI, Khan MR*: Antibiotic use in a rural community in Bangladesh. *Int J Epidemiol* 1982;11:402–5.
18. *Nichter M*: The layperson's perception of medicine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the Indian context. *Soc Sci Med* 1980;14B: 225–33.
19. Nordic statistics on medicines 1975–1977, parts I-II. Statistical reports of the Nordic countries 35, 36. Helsinki and Oslo: Nordic Council on Medicines, 1979.
20. *Patel MS*: Drug costs in developing countries and policies to reduce them. *World Dev* 1983;11:195–204.
21. *Reizenstein P, Ljunggren G, Smedby B, Agenäs I, Penchansky M*: Overprescribing iron tablets to elderly people in Sweden. *Br Med J* 1979;2:962–3.
22. *Sachs L*: Culture, health ideas and drugs: review and report. Stockholm: Karolinska institutet, IHCAR Report nr 1/1986.
23. *Sachs L*: Is compliance recommendable? Aspects on health and development – a Sri Lankan case. *Med Anthr Quart*, inlämnad till publ, 1987.
24. *Sachs L*: Perceptions of pharmaceuticals. Ansökan nr 86/76:1 till SAREC. Pågående rapportskrivning, 1987.
25. *Sterky G*: Another development in pharmaceuticals – an introduction. In Hamrell S, Nordberg O, eds. *Another development in pharmaceuticals*. Uppsala, Sweden: Dag Hammarskjöld Foundation, Development Dialogue 1985;2: 5–13.
26. *Thatte UM, Dahanukar SA*: Ayurveda and contemporary scientific thought. *TIPS* 1;86;83:247–51.
27. *Tomson G, Sterky G*: Self-prescribing by way of pharmacies in three Asian developing countries. *The Lancet* 1986;ii:620–2.
28. *Welsch RL*: Traditional medicine and Western medical options among the Ningerum of Papua New Guinea. In Romanucci-Ross L, Moerman DE, Tancredi L, eds. *The anthropology of medicine*. New York: Praeger, 1983.
29. WHO Expert Committee: The selection of essential drugs. Geneva: WHO, Technical Report Series 615, 1977.