



Kultur og sundhed

Humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom

Løkke, Anne; Fihl, Esther Marie; Hem, Lars; Jensen, Uffe Juul; Paarup, Bjarke; Olesen, Henning Salling; Steffen, Vibeke; Söderqvist, Thomas; Vallgård, Signild

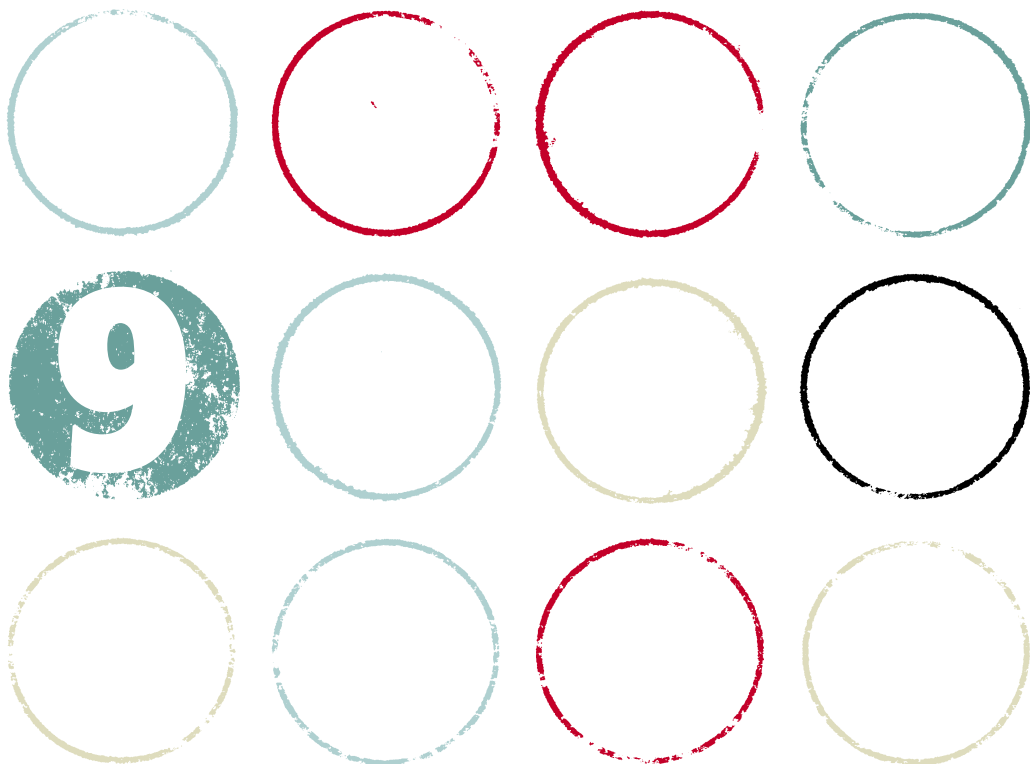
Publication date:
2005

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Løkke, A., Fihl, E. M., Hem, L., Jensen, U. J., Paarup, B., Olesen, H. S., ... Vallgård, S. (2005). *Kultur og sundhed: Humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom*. København: Statens Humanistiske Forskningsråd.

Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation

KULTUR OG SUNDHED
HUMANISTISK FORSKNING I KROP
SUNDHED OG SYGDOM



KULTUR OG SUNDHED

HUMANISTISK FORSKNING I KROP, SUNDHED OG SYGDOM

Udarbejdet af: **Anne Løkke**, Københavns Universitet (formand)
Esther Fihl, Københavns Universitet
Lars Hem, Aarhus Universitet
Uffe Juul Jensen, Aarhus Universitet
Bjarke Paarup-Laursen, Aarhus Universitet
Henning Salling Olesen, Roskilde Universitetscenter
Vibeke Steffen, Københavns Universitet
Thomas Söderqvist, Københavns Universitet
Signild Vallgård, Københavns Universitet
Lise Gerda Knudsen, Københavns Universitet (sekretær)

TEMARAPPORTER FRA FORSKNINGSRÅDET FOR KULTUR OG KOMMUNIKATION

1. KULTURENS FREMTID – ÆSTETIK UDEN GRÆNSER
2. HUMANISTISK VIDEN I ET VIDENSAMFUND
3. LÆRING – KULTUR OG SUBJEKTIVITET
4. OMVERDEN, INDIVID OG SAMFUND – HUMANISTISK NATURFORSKNING
5. RELIGION – KULTUR – DEMOKRATI
6. STRATEGISK SATSNING PÅ DANSK SPROGTEKNOLOGI
7. BAG TALLENE – HUMANISTISK VELFÆRDSFORSKNING
8. ORDETS MAGT – HUMANISTISK FORSKNING I SPROG OG INDFLYDELSE
9. KULTUR OG SUNDHED – HUMANISTISK FORSKNING I KROP, SUNDHED OG SYGDOM
10. KOST OG KULTUR – HUMANISTISK FØDEVAREFORSKNING
11. IKT: ET HUMANISTISK ANLIGGENDE – TEKNOLOGI, MEDIUM, KOMMUNIKATION
12. UDFORDRINGER OG MULIGHEDER FOR HUMANISTISK FORSKNING

Kultur og sundhed - humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom

Udgivet af: Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation

Grafisk design: Marianne Dunker

Tryk: Clichéfa Tryk AS

ISBN: 87-90201-87-6

Indhold

Forord	5
Humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom	7
Hvorfor kultur?	8
Aktuelle problemfelter	10
Refleksiv og operativ humanistisk forskning i sundhed og sygdom	12
Hvem er humanistiske forskere?	14
International humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom	15
Kernekompetencer i humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom	17
Kulturel kontekst	18
Historicitet	20
Subjektivitet, kropsbevidsthed og læring	23
Etik, sjæl og krop	26
Potentialer – Ti eksempler	29
1 Sundhedsfremme og sundhedsoplysning	29
2 Sygdom og identitet	33
3 Evidens og etik	37
4 (Krops-)teknologi og risikohåndtering	41
5 Æstetiske aspekter af sundhed og sygdom	45
6 Udvikling og refleksion i sundhedsfaglige professionskulturer	48
7 Sygdommenes og sundhedens historie	52
8 Biomedicinen som kulturfænomen	55
9 Sundhed, stat og magt	59
10 Den medicinske kulturarv	62
Anbefalinger	64

Appendiks	66
Humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom ved danske forskningsinstitutioner	66
Formidling	73

Forord

Hermed fremlægger forskningsrådet en række tilbundsgående analyser af forskningstilstand og -behov på en række udvalgte humanistiske forskningsfelter i form af i alt 11 temarapporter.

Formålet med rapporterne er at styrke humanioras grænseflader til andre videnskaber og kontakten til det øvrige samfund. Det er frugten af et intenst arbejde med at nyformulere humaniora, som nu kommer til udtryk i temarapporterne.

I stedet for en fagdisciplinær tilgang har forskningsrådet udvalgt en række temaer. De enkelte temagrupper blev sammensat af håndplukkede forskere fra en række relevante fag. Mens temarapporterne så vidt muligt skulle skrives som helhedsblik over temaet, var det ikke et krav til arbejdsgrupperne, at de skulle dække alle relevante forskningsgrupper og -tilgange. Arbejdsgrupperne havde også fuld frihed til selv at vurdere og prioritere. Forskningsrådet modtog rapporterne til gennemsyn inden offentliggørelse og havde mulighed for at kommentere på dem, men de fremlægges uden at de på alle punkter skal tages som udtryk for forskningsrådets vurdering.

De 11 rapporter er udkommet i to omgange. De første seks rapporter blev udarbejdet på bestilling af Statens Humanistiske Forskningsråd og første gang fremlagt i 2004. De blev hurtigt udsolgt, og Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation genudgiver derfor de gamle rapporter sammen med de fem nye.

Vi håber at rapporterne vil stimulere til ny forskning og samarbejde på tværs af fag og institutioner og stimulere dialogen med samarbejds partnere uden for forskningsinstitutionerne.

Med venlig hilsen

Poul Holm

Formand

Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation

Humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom

Det er velkendt, at patienter ikke altid gør, som lægen siger. Og en tale-måde siger, at det tager ti år at indføre en ny behandling og hundrede år at afskaffe en gammel. Men vi ved ikke meget om de erfaringer og forståelser, der får patienter og behandlere til at gøre noget andet, end videnskabens seneste resultater foreskriver. Og vi ved stort set intet om, hvordan sundhedstilstand, sygdomspanorama og livskvalitet ville være, hvis patienter og behandlere ikke fortolkede og tilpassede den tilgængelige viden. I lang tid var håbet at opdrage patienter til lydighed. Nu forlanges stillingtagen og autonomi, men inden for bestemte grænser. Tidligere forestillinger om, at alle kunne opnå sundhed og få behandlet sygdom efter samme skabelon, er afløst af opmærksomhed på betydningen af det enkelte menneske. Det enkelte menneske som patient med en livshistorie, et køn, en alder og en kulturel baggrund. Og det enkelte menneske som læge eller sygeplejerske, der må engagere sig og være til stede i sin menneskelighed. Både patient og behandler er stillet over for biomedicinske landvindinger i et hidtil uset tempo. Aldrig i menneskehedens historie har så mange sygdomme kunnet behandles så effektivt hos så mange. Og aldrig har kløften mellem de rige og de fattige landes borgere været større, hvad angår behandlingsmuligheder. Samtidig er sundhedssektoren i hastig forandring. De ikke-lægelige professioner kræver akademisering og større indflydelse. Politikere, administratorer og sundhedsprofessioner har alle dagsordener at tilgodese. Det giver brydninger mellem forskellige perspektiver, standarder og værdier.

Alt dette sætter nye typer sundhedsforskning på dagsordenen, hvor humanister har noget at bidrage med. Humanistisk forskning i krop,

sundhed og sygdom er da også et felt i vækst både internationalt og i Danmark. Formålet med denne rapport er at give et overblik over feltet til glæde både for det interhumanistiske forskningssamarbejde og for forskningssamarbejde mellem humaniora, sundhedsvidenskab og samfundsvidenskab.

HVORFOR KULTUR? For humanister er kultur en fagterm. Kultur betyder ikke blot Goethe og det Kongelige Teater. Kultur er de steds- og tidsspecifikke måder, mennesker gør alting på. Normer, værdier, sprog, vaner, viden, tøj, mad, færdigheder – alt hvad mennesker gør som en del af deres sociale fællesskab har altid en kulturel form. Men kultur er ikke statisk. Det er netop karakteristisk for al menneskelig kultur, at den forandrer sig – den har en historie.

De sociale fællesskaber, der danner rammen om menneskers liv, har det til fælles, at de uanset målestok, geografisk placering og historisk tid gør visse handlinger og begivenheder selvfølgelig og forventelige, mens de hæmmer eller udelukker andre. Studiet af kultur omhandler denne fastlæggelse af socialitet gennem analysen af sociale fællesskaber. Kultur definerer således også den position, hvorfra mennesket betragter verden. Mennesket som ren natur, ren biologi, findes ikke. Skellet mellem den fysiske og den sociale/kulturelle væren er en analytisk abstraktion, der i nogle sammenhænge kan være frugtbar, i andre misvisende.

Derfor går mennesker ikke ud af kulturen, når de går til lægen. Tværtimod træder det kulturelt specifikke særlig tydeligt frem, når det gælder liv og død. Heller ikke raske kroppe er små øer af uspoleret natur. Ethvert menneskes krop fra stenalderen til i dag har fået netop sin form i mødet mellem det genetiske potentiale, de ydre naturbetingelser og de samfundsmæssige og kulturelle påvirkninger. Og det er ikke blot madens mængde og lægehjælpens kvalitet, der har betydning, selv om begge dele naturligvis er vigtige. Også de opfattelser, der findes i et givet samfund, om hvad der er sundt, hvad der er sygt, hvad der er smukt, hvad der er ulækkert, hvad der er feminint, og hvad der er maskulint,

hvad der er barnligt, og hvad der er ærefuldt, har afgørende betydning såvel for kroppens form og sundhedstilstand som for sygdomspanoramaet. Viden, sygdomsbehandling og forskning er også en del af samfundenes kultur. De store biomedicinske fremskridt og det høje økonomiske niveau i de vestlige samfund har således ikke alene givet mulighed for vellykket behandling af mange hidtil håbløse sygdomme, men har også ændret vores kultur.

Et fokus på kultur kan altså bidrage til at kaste lys over alle de mange sider af tilværelsen, som man ikke almindeligvis tænker over er tids- og stedsspecifikke. Et fokus på kultur i sundhedsvæsenet kan således vise store forskelle i kultur mellem forskellige landes sundhedsvæsen og mellem forskellige sygehuse i samme land, selvom de eksisterer inden for samme vestlige biomedicinske kulturkreds: Hvordan fortolkes sundhed og sygdom af sundhedsprofessionerne, hvad forstås ved et godt liv, hvordan fungerer de mellem menneskelige relationer, hvordan er sundhedspersonalets adfærd, systemets normer og struktur, den videnskabelige tænkning? Hvordan påvirker dette udviklingen af nye teknologier og behandlinger? Selv små forskelle på disse punkter kan have stor betydning for sygdomsbehandling, sundhedstilstand og udgiftsniveau.

I løbet af de seneste 10-15 år er det blevet stadig mere synligt, at det er nødvendigt at forstå de kulturelle aspekter af krop, sundhed og sygdom, hvis sundhedsvæsen og sundhedstilstand skal leve op til fremtidens krav. Inden for humanistiske fag som antropologi, etnologi, filosofi, historie, litteraturvidenskab, musikvidenskab, psykologi, pædagogik, religionsvidenskab, retorik med flere findes fagtraditioner og metoder, som er udviklet netop med henblik på at forstå menneskers kulturelle væren i tid og rum.

For en del af disse fag er det ikke nyt at beskæftige sig med sundhed og sygdom. Antropologi og etnologi har en lang tradition for at beskæftige sig med disse aspekter af menneskelivet i analysen af fremmede folkeslag og europæisk folkekultur. Filosofer har siden Antikken beskæftiget sig med sygdom og sundhed for at kaste lys over menne-

skelivet. Også medicinhistorie er en gammel disciplin, selvom den ikke tidligere har stået centralt i faghistorien. For psykologien har spørgsmålet om mental sundhed og sygdom længe været et helt centralt anliggende. Inden for de seneste 30 år er der imidlertid sket mindst tre nyudviklinger:

- Mange humanistiske fag er blevet opmærksomme på, at sygdom og sundhed er væsentlige samfundsmæssige og kulturelle fænomener, der må behandles på linje med andre væsentlige emnefelt som politik, økonomi, videnskab og kunst. Det har betydet en vældig udvikling såvel i fagenes teori og metoder som i hvilke emner, der opfattes som fagenes kerneområder.
- Udviklingen af det kulturbegreb, som er præsenteret ovenfor, har gjort den vestlige kulturkreds tilgængelig for kulturanalyser af en type, der tidligere kun blev benyttet på andre kulturkredse.
- Nogle humanistiske forskere er gået i dialog med sundhedsprofessionerne om forskning, der har en umiddelbar anvendelighed i sundhedspraksis.

Humanistisk forskning i sundhed og sygdom har således noget at byde på, både indadtil på de enkelte humanistiske fag og udadtil i samarbejdet med andre fagtraditioner.

AKTUELLE PROBLEMFELTER Det er ikke tilfældigt, at behovet for forskning i de kulturelle aspekter af krop, sundhed og sygdom optræder mere påtrængende netop i disse år. Det er på den ene side et overskudsfænomen, opstået fordi befolkningerne i de vestlige demokratier er blevet så veluddannede, så velhavende og så kritiske, at deres krav til sygdomsbehandling og sundhedsoplysning er blevet større og mere præcise. På den anden side udgør infektionssygdomme, fattigdom og dårlig ernæring stadig de største sundhedsproblemer globalt set. Det giver vanskeligt løsbare konflikter, når idealer og biomedicinske nyskabelser skal omsættes i en praksis, der stadig er underlagt det økonomisk mulige.

Både den bioteknologiske udvikling og de hurtige samfundsøkonomiske og kulturelle forandringer i kølvandet på globaliseringen har store konsekvenser for sundhedsvæsenets organisering og for sundhedsprofessionernes arbejdsopgaver og selvforståelse. Den fremtidige udvikling vil derfor stille nye krav til sundhedsprofessionernes kulturelle selvforståelse. Fremtidens sundhedspersonale skal ikke bare være videnskabelige specialister. Der vil tillige blive stillet øgede krav til individers og organisationers menneskelige generøsitet – og til deres traditionsbevidsthed og kulturelle selvforståelse. For eksempel vil de fremtidige muligheder for at udvikle individuelle diagnostiske risikoprofiler og genetisk baseret individuel terapi kræve en veludviklet personlig sensitivitet og taktfuldhed hos sundhedspersonalet. Det vil også kræve, at borgerne er aktive og kritiske, hvilket atter betyder, at mange flere vil ønske sammen med lægen eller sygeplejersken at reflektere over, hvordan de skal forholde sig til sundhed, sygdom, fødsel og død som et personligt eksistensvilkår. De nye medicinske teknologier rejser også en række etiske problemer. Problemer, som ofte har stor følelsesmæssig appel og stor synlighed i medierne og derfor også bliver en vigtig del af den politiske dagsorden.

Samtidig bliver sundhedssystemet udfordret af andre værdisystemer. Den moderne medicinske kultur møder mange patienter, der tror mere på såkaldte alternative behandlingsformer end på den etablerede medicin. Nogle etniske gruppers forestillinger om sygdom og død kolliderer med den danske medicinske rationalitet. Andre kommer fra lande, hvor den medicinske rationalitet er en anden. Det behøver ikke at være eksotiske steder, homøopati for eksempel er en del af det autoriserede sundhedsvæsen i Tyskland. Kendskab til forskellige kulturer og deres syn på sundhed og sygdom er en forudsætning for en meningsfuld dialog. Det kræver, at sundhedsprofessionerne har viden om både den videnskabelige og de alternative traditioners udvikling og om, hvordan sociale forskelle og forskellige livsverdener spiller ind på forståelsen af sundhed og sygdom.

I de skandinaviske lande har der i lang tid været konsensus om, at

velfærdsstaten bør bygge på idealet om lige adgang til behandling. Dette ideal er de senere år blevet udfordret fra flere sider. Det har vist sig, at velfærdsstaten har været mindre effektiv til at sikre en lige høj sundhedsstatus til alle, som hensigten var, og ideologien påstod. Frustrationen over dette kommer blandt andet til udtryk i WHO's Sundhed for Alle program. Et program, som bygger på et kollektivt samfundsansvar for borgernes sundhed, livsvilkår og livsmuligheder. Et synspunkt, der udfordres af neo-liberale styringsideer under overskriften 'New Public Management'. En position, der ønsker markedsmæssige reguleringsformer indført også på sundhedsområdet. I dette perspektiv fremtræder patienten som forbruger og behandlingen som en vare. Enhver er ansvarlig for sin egen skæbne. At overlade dette ansvar til samfundet opfattes som ineffektivt eller ligefrem umoralsk. 'Samfundsansvar' opfattes som ideologisk glasur, der dækker over professionernes særinteresser.

Spændinger og konflikter mellem sådanne forskellige perspektiver kan analyseres i sammenhæng med kulturelle forskelle og forskelle i kulturelt forankrede menneskesyn. Beslutningstagere, planlæggere og administratorer, der skal navigere i spændingsfeltet mellem professionelle, civilsamfund og stat, kan have glæde af humanistisk forskning i sundhed og sygdom, der belyser denne kulturelle sammenhæng.

REFLEKSIV OG OPERATIV HUMANISTISK FORSKNING I SUNDHED OG SYGDOM Det er et væsentligt formål for al humanistisk forskning at medvirke til samfundenes refleksive proces. At bidrage til en dybtgående og fintmærkende forståelse af alt menneskeligt og derved gøre mennesker klogere på at være mennesker. For at opfylde dette formål må intet menneskeligt være den humanistiske forskning fremmed, således heller ikke sundhed og sygdom. Fordi sundhed og sygdom har været væsentlige dele af menneskelivet til alle tider, er det et væsentligt emnefelt for humanistisk forskning. Derfor har forskellige humanistiske videnskaber for deres egen skyld gjort sygdomme, sundhedsvidenskab, sund-

hedsvæsen, lægestanden, sundhedsbegreber og meget mere til forskningsgenstand på linje med alle andre menneskelige kulturudtryk. Antropologi, etnologi, filosofi, historie, religionsvidenskab, de æstetiske fag med flere har således alle en side, som er optaget af at reflektere over sygdom og sundhed. Det er nødvendigt for, at disse fag helstøbt kan varetage deres funktion.

Inden for sundhedsvæsenet kan humanistisk forskning imidlertid have en mere målrettet refleksiv funktion ved, at sundhedspersonalet kan få sit daglige arbejde perspektiveret for eksempel historisk, antropologisk eller filosofisk. Derved kan både grupper og individer blive klogere på deres egen rolle og handlingsrum. For den syge, den fødende eller den døende kan humanistisk forskning tjene et tilsvarende refleksivt formål.

Endelig er der en del af den humanistiske forskning, der her og nu kan bidrage med operative bidrag til sundhedsprofessionernes løsninger af deres praktiske behandlingsopgaver. Altså helt konkrete bidrag, som indebærer, at man kan forbedre sundhedstilstanden eller behandle sygdomme mere effektivt, end man ellers kunne. Eksempler på sådan forskning følger senere.

I mange tilfælde er det imidlertid vanskeligt på forhånd at afgøre, om en given forskning vil bidrage refleksivt eller operativt til sundhedsvidenskab. Forskning, der forekommer irrelevant for moderne sundhedsvidenskab, for eksempel medicinhistoriske undersøgelser eller antikke filosofers tænkning, er pludselig blevet katalysator for nye tanker og ideer, der har kunnet bidrage til overvindelse af modsigelser og konflikter i sygdomsbehandling og sundhedsfremme. Medicinhistorisk belysning af forholdet mellem klinisk praksis og tidligere former for eksperimentel biologisk forskning kan for eksempel have direkte relevans for forståelsen og håndteringen af forholdet mellem klinisk praksis og biologisk forskning i dag. Kulturhistoriske og idé- og filosofihistoriske studier kan også vise sig at have relevans ved at problematisere aktuelle opfattelser af medicin som anvendt naturvidenskab.

HVEM ER HUMANISTISKE FORSKERE? Netop fordi de kulturelle og samfundsmæssige aspekter fra mange sider inddrages i sundhedsforskningen i disse år, er det ikke nogen enkel sag at opdele forskningen i sundhedsvidenskab, samfundsvidenskab og humaniora. Meget vellykket forskning krydser netop disse historisk betingede grænser på talrige måder: Læger lader sig inspirere af sociologi, filosofi og antropologi. Sygeplejersker tager en masteruddannelse i et humanistisk fag, historikere deltager i tværvideenskabelige forskerteams om malariabekæmpelse, antropologer undersøger diabetes i Kina. Samtidig kategoriseres nogle fag i nogle sammenhænge som samfundsvidenskab, i andre som humaniora og i atter andre som sundhedsvidenskab.

Fordi det ikke er frugtbart at prøve at argumentere for den korrekte placering af forskellige fag og fagtraditioner, handler denne rapport helt pragmatisk om forskning i den kulturelle forvaltning af krop, sundhed og sygdom udført af forskere inden for fag, der hører under det danske Forskningsråd for Kultur og Kommunikation. Det er en afgrænsning, der er enkel og nem at håndtere i rapportens sammenhæng undtagen for faget psykologi. Den almene psykologi er i sin kerne et erkendelsesfag. Det har begrundet, at psykologien traditionelt i Danmark forskningsmæssigt har været klassificeret som et humanistisk fag. Men psykologien har i løbet af de seneste halvtreds år også udviklet sig til en selvstændig behandlerprofession med autorisationslovgivning, og de fleste psykologer arbejder nu som del af sundhedssystemet. Den langt overvejende del af den kliniske psykologi og kliniske børnepsykologi, og også dele af arbejdspsykologien, er således en velintegreret del af sundhedssystemet. Man arbejder i disse dele af psykologien, som udgør op imod 2/3 af faget, oftest på grundlag af en sundhedsvidenskabelig tilgang til videnskab og videnskabelighed. Disse dele af psykologien er således ikke – for langt de flestes vedkommende – humanistiske i deres videnskabelige selvforståelse, og således heller ikke i deres metodevalg og teorier. Vi har i denne rapport derfor kun i begrænset omfang inddraget den psykologiske forskning, og da kun de dele som er eksplicit kulturvidenskabelige og humanistiske i deres tilnærmelse til sundhedsområdet.

Rapportens afgrænsning betyder naturligvis ikke, at der ikke findes forskere med andre uddannelser, der bruger samme metoder eller undersøger lignende problemstillinger, eller at noget af det, der behandles her, ikke i andre sammenhænge bliver kaldt sundhedsvidenskab, samfundsvidenskab eller noget helt tredje.

INTERNATIONAL HUMANISTISK FORSKNING I KROP, SUNDHED OG SYGDOM I løbet af de sidste 25-50 år har den internationale humanistiske forskning i krop, sundhed og sygdom været i en rivende udvikling både kvalitativt og kvantitativt. I dag er det mange steder et veletableret forskningsområde. Man har egne peer review tidsskrifter og adskillige internationale videnskabelige selskaber med jævnlige konferencer. Samarbejder, danske forskere tager levende del i. Samtidig gør forskningsfeltet sig i stigende omfang gældende som en del af undervisningen og forskningen inden for en bred vifte af kulturfag.

Studiet af medicinen og sundheden i kulturen fremstår således i dag som et dynamisk internationalt samarbejde mellem forskere fra mange videnskaber. Forskere med baggrund i medicin, naturvidenskab, samfundsvidenskab og humaniora bidrager med hver deres forskellige teoretiske og metodiske tilgange.

De organisatoriske rammer for denne forskning er meget forskellige fra land til land og fra universitet til universitet. Ved mange universiteter står forskning i krop, sundhed og sygdom stærkt som en integreret del af de enkelte humanistiske fag. Ligeledes findes mange steder særskilte afdelinger for humanistisk sundhedsforskning ved de medicinske fakulteter. Andre steder findes institutter for medicinsk historie. Institutioner for *Studies of Science, Technology and Medicine* er almindelige i USA, og i Tyskland er det ikke ualmindeligt, at medicinsk etik og medicin- og sundhedshistorie rummes inden for én fælles institutionel ramme.

Forskningen er primært universitetsbaseret og finansieret af offentlige midler, men lægemiddelindustrien og andre private forskningsfon-

de giver også store bidrag. Eksempelvis støtter den private *Wellcome Trust* den humanistiske forskning i krop, sundhed og sygdom med 8 millioner GBP om året. En ikke uvæsentlig årsag til, at denne forskning står særlig stærkt i England.

Kernekompetencer i humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom

Forskellige humanistiske fag beskæftiger sig med forskellige aspekter af krop, sundhed og sygdom. Hvis man stiller det idealtypisk op, kan den humanistiske forskning i krop, sundhed og sygdom imidlertid på tværs af fagene fordeles om tre akser.

En historisk-antropologisk akse. Her undersøges menneskers forhold til krop, sundhed og sygdom, som det faktisk har udfoldet sig i forskellige samfund i hele verden til alle tider – også i dag. Stort set alle de humanistiske fag har dele af deres faglighed liggende om denne akse. Ide- og filosofihistoriske undersøgelser er for eksempel en vigtig del af fagligheden ved filosofi, ligesom faget pædagogik ofte undersøger en problemstilling historisk.

En etisk-filosofisk akse. Her forskes i implikationer af sundhedsadfærd, behandlingssystemer, sundhedsvæsenets organisering i nutiden, herunder betydningen af biomedicinske nyskabelser. Det være sig sociale, etiske, juridiske, politiske eller miljømæssige konsekvenser. Det, der adskiller denne akse fra den foregående, er, at formålet her er at forudse eller kondensere sådanne implikationer.

En pædagogisk-psykologisk akse. Denne akse adskiller sig fra de to første ved direkte at forsøge at finde virksomme løsninger på problemer i nutiden. Her forskes i, hvordan man bedst formidler budskaber inden for sundhedsområdet, både som del af oplysnings- og forebyggelsesarbejdet og som del af den konkrete behandler-patient relation. Der forskes i, hvordan mennesker oplever egen og andres sundhed og sygdom som del af deres tilværelsestolkning, og hvordan denne oplevelse sætter betingelser for behandlingsmulighederne. Der er også opmærksomhed på, hvordan sygdom og død tilskrives mening i den enkeltes liv, og

hvordan lydhørheden for disse eksistentielle anliggender højner kvaliteten af sygdomsbehandlingen.

I arbejdet med konkrete undersøgelser anvender humanistiske forskere teorier og metoder, der trækker på de enkelte fags traditioner og kernekompetencer. Disse kompetencer er til stadighed i udvikling i samspillet mellem mange forskellige emnefeltter på de fag, hvor kompetencerne har deres rod. Herunder følger fire eksempler på, hvordan kernekompetencer fra de humanistiske fag kan anvendes som analysestrategier i forskning om krop, sundhed og sygdom.

KULTUREL KONTEKST Menneskers forståelse af krop, sundhed og sygdom er afhængig af den kulturelle kontekst. De humanistiske fag råder over en viden og en række metodiske og teoretiske tilgange, der kan kaste lys over betydningen af kontekster i forbindelse med sundhed.

Fra såvel etnografien som historien ved vi, at sygdomsbegreber er relative størrelser, som varierer på tværs af sociale fællesskaber og fra en tid til en anden. Hysteri og neurasteni var velkendte lidelser i Europa i 1800-tallet – diagnoser, som nu er udbredte i Østen, men næsten forsvundet i Vesten. Til gengæld er nye diagnoser som bækkeløsning, udbændthed, stress, piskesmæld, fibromyalgi og kronisk træthedssyndrom dukket op. Tilsvarende kan man i den etnografiske litteratur stifte bekendtskab med diagnoser som amok, sædtab, arktisk hysteri, kajak-svimmelhed, susto, sjæletab og mange andre eksotiske betegnelser for sygdomme, som vi ikke umiddelbart genkender fra vores del af verden. Noget af det interessante er, at det ikke blot er diagnoserne, der skifter. Både diagnoserne og sygdomspanoramaet ændrer sig. Fortolkningssystemer giver mennesker redskaber til at forstå kropslige fornemmelser. Afhængig af svaret er selve fortolkningen med til at fremme helbredelse eller sygdom. Det gælder såvel blandt fjerne folkeslag som i vore dages Danmark. Her vil en patient for eksempel kunne få problemer med bivirkninger af unødvendig medicin, hvis vedkommende fortolker sin tilstand inden for en anden forståelse end lægens, som

derfor inden for sin forståelsesramme vil mene, at medicinen er nødvendig. Omvendt tager mange patienter livsvigtig medicin på en anden måde end ordineret, fordi der er forskelle i lægens og patientens forståelse og fortolkning af sygdommen og behandlingen.

Kontekstafhængigheden gælder også den sunde krop. Etnografien giver talrige eksempler på kulturelle fortolkningssystemer, der kræver mutilering af den sunde krop for at gøre den normal og/eller smuk. Operationer som udtrækning af sunde tænder på unge piger og penisflækning på unge mænd er forskellige steder i verden blevet opfattet som nødvendige at gennemgå for at blive et normalt voksent individ. Endog meget indgribende og smertefulde indgreb foretaget under tvang kan af de involverede forstås som nødvendige og smukke.

Den norske antropolog Aud Talles analyse af somaliske kvinders erfaringer med omskæring foretaget i 1970'erne viser således, at somaliske piger i Somalia dengang forstod omskæring som en vigtig markør for overgangen fra barn til voksen og dermed som et spørgsmål om identitet og et æstetisk ideal for kvindelig skønhed, som de fandt det nødvendigt at gennemgå. I de senere år er mange somaliere migreret til vesten på grund af den politiske situation i Somalia. Mødet med den vestlige fortolkning af kvindelig omskæring som et tegn på barbari, kropsmutilation og kvindeundertrykkelse har for mange af disse kvinder imidlertid ikke gjort tilværelsen nemmere. Tværtimod oplever de sig som genstand for en slags dobbelt diskrimination og stigmatisering i deres møde med vestlige sundhedsvæsener.

Denne type forskning er vigtig på mindst to måder. Dels er det nødvendigt at forstå mekanismerne, hvis tvangsomskæring af piger skal undgås i fremtiden. Dels kan det åbne vores øjne for alle de smertefulde og sundhedsskadelige indgreb, unge piger og voksne kvinder frivilligt udsætter sig for i vores kultur for at indfri vores forestillinger om feminint og smukt. De fleste opfatter uden videre tidligere generationers korsetter som skadelige for sundheden og kvindeundertrykkende. Men hvordan forholder det sig med 1960'ernes nylonstrømper om vinteren. Og med de høje hæle, de forstørrede bryster, Botoxindsprøjtningerne og

stafylokokbyldeerne efter barbering af kønshårene?

Pointen er, at sammenligning af krops- og sundhedspraksis i forskellige sociale fællesskaber er en god metode til at identificere den kulturelle konteksts betydning. Dermed kan vi blive i stand til at se, at det ikke kun er resten af verden, der er kulturbundet, men også os selv og vores sundhedssystem. At ikke alt, hvad vi opfatter som selvfølgelig eller smukt, nødvendigvis er prisen værd i tabt sundhed. Komparative studier kan dermed være med til at forbedre sundhedstilstand og sundhedsvæsen på talrige fronter. Dels ved at gøre de kulturelle koder, vi frivilligt underkaster os, lidt mindre tvingende og dels ved at gøre sundhedsvæsenet i stand til at gøre behandlinger, der refleksmæssigt afvises som fremmedartede, til genstand for nærmere undersøgelse, inden de afvises eller accepteres.

Forskellige befolkningsgrupper og befolkninger reagerer også forskelligt på rådgivning, der har til hensigt at forbedre deres sundhed. Et aktuelt forskningsrådsstøttet projekt sammenligner for eksempel mennesker, der modtager rådgivning i forbindelse med diabetes 2 i Danmark, Grønland og Kina, med henblik på at afdække den kulturelle konteksts betydning for, hvordan rådgivningen bruges af den enkelte.

Også komparative undersøgelser af forskellige hospitaler eller forskellige vestlige sundhedsvæsen er kan bringe for en dag, at andre tilgange kan være mere eller lige så succesfulde, som dem vi er vant til. Stort set hele den vestlige verden er enige om, at hospitaliseringen af fødslerne har været den væsentligste faktor i nedbringelsen af mødre- og børnedødeligheden i det tyvende århundrede. I Holland har de imidlertid opnået samme gode resultater, selvom en tredjedel af fødslerne foregår i hjemmet.

HISTORICITET Menneskelige samfund eksisterer med tiden som et grundvilkår. Nutiden er et produkt af fortidens handlinger. Vi er bundet af de beslutninger, generationerne før os tog. Det er hverken økonomisk, politisk, kulturelt eller mentalt muligt i løbet af kort tid at lave alting om.

Selvom alting kunne være anderledes. Path-dependency kalder man ofte dette fænomen. Omvendt betyder tidsligheden også, at intet eksisterer, hvis ikke vi hele tiden reproducerer det. Vi skal hver dag gøre vores samfund fra det mindste til det største – ellers er det der ikke. Berlinmuren holdt op at eksistere den dag, magthavere, soldater og borgere ikke gjorde den længere. At alting skal reproduceres betyder imidlertid, at det ikke er helt ens fra gang til gang. Hele tiden reproducerer vi med en forskel. Og forskellene danner mønstre, som vi bagefter aflæser som 'tidsånden', eller hvad det nu kaldes på et givet tidspunkt. Denne radikale historicitet gælder også menneskers forhold til krop, sundhed og sygdom. Alligevel opfattes fortiden ofte som irrelevant for nutiden, fordi vi ikke kan ændre den. Men i den historiske proces lukkes der hele tiden muligheder, såvel som andre åbnes. Det handler om vi agerer inden for i nutiden, er altid mere indskrænket, end vi erkender.

Det er således som regel et udiskuteret dogme i de fleste videnskaber, at et nyt resultat er bedre end et gammelt. At den menneskelige viden er kumulativ, og at historisk viden måske nok har en eller anden dannelsesbetydning, men ikke er af virkelig betydning for verdens gang her og nu.

International medicinhistorisk forskning de senere år har imidlertid peget på, at der er mange forskellige faktorer, der spiller sammen, når det afgøres, hvad der bliver den alment accepterede standardbehandling, og hvad der aldrig når fra laboratorium og skrivebord til patienter. Det gælder for eksempel forskerens evne til at skaffe forskningsbevillinger, evne til at skabe alliancer, evne til at forme ord for fænomenerne, som giver mening for andre læger, evne til at samarbejde med medicinalindustrien og meget andet. Det betyder, at den mest konkurrencedygtige sandhed ikke altid er den, der på lidt længere sigt er mest effektiv til at bekæmpe en sygdom. Viden, der er lagt eller skubbet til side, kan vise sig at rumme nøglen til nye handlinger i fremtiden.

Et meget spektakulært eksempel på dette er beskrevet af historikere ved University of Oxford i forbindelse med WHO's *roll back malaria* forskningsfremstød i 1990'erne. Brugen af DDT til malariabekæmpelse hav-

de i 1950'erne udkonkurreret alle andre måder at tænke malaria på, fordi man troede, at DDT ville udrydde sygdommen i løbet af kort tid. Det betød, at malariaforskningsmiljøerne rundt omkring i verden blev lukket. Da bivirkningerne ved et stort forbrug af DDT blev kendt, var der ikke længere levende forskningsmiljøer, der kunne levere bud på andre former for bekæmpelse. Historikerne i WHO-projektet kortlagde og systematiserede derfor de mange forskellige måder, der havde været forsket i malaria på, i tiden før DDT opnåede hegemonisk status. De var dermed med til at kick-starte en ny generation af malariaforskere.

Viden kan også blive udkonkurreret, fordi de grupper, der besidder den, ikke har en anerkendt taleposition. I 800-tallet igennem havde spædbørn på Fyn en dødelighed, der var det halve af spædbørnsdødeligheden i det østlige Jylland. Skønt der faktisk var læger, der prøvede at forstå dette fænomen, var de ikke i stand til at begribe, hvori forskellen bestod, med de begreber de tænkte børnepleje i. I lægernes forståelse var en dødelighedsforebyggende børnepleje styret af Ro, Renlighed og Regelmæssighed, og de ting var der lige lidt af på Fyn og i Østjylland. Resultatet var, at mødrenes børnepleje begge steder blev bekæmpet af lægerne som gammel slendrian, skønt lægerne ikke selv havde en børneplejeopskrift, der var lige så effektiv til at holde børn i live som mødrene på Fyn. Og de fynske bondekoner havde hverken mulighed for at vide, at de var særligt gode til at holde liv i deres børn, eller en taleposition, hvorfra de kunne forsøge at brede deres opfattelse af børnepleje ud over de helt tætte personlige relationer.

At Ro, Renlighed og Regelmæssighed var vejen til lavere spædbørnsdødelighed, opfattede datidens læger som videnskabeligt funderet. I dag er det ikke vanskeligt at se, at kun renligheden byggede på egentlige videnskabelige indsigter, mens roen og regelmæssigheden var blevet videnskabeligt anerkendt på baggrund af æstetiske og moralske forforståelser. Forskning, der afdækker sådanne kuriøse fejlslutninger begået i fortiden, er vigtige for at skærpe opmærksomheden over for nutidige uvidenskabelige forforståelser. Netop fordi den videnskabelige forståelse af en given fysiologisk proces altid er foreløbig, er det nødvendigt, at

der cirkulerer historier om de ulykker, det har skabt, at forskere og myndigheder har troet på, at de har besiddet en fuldstændig og dækkende viden om et fænomen.

Og forskellen mellem børneplejen på Fyn og børneplejen i det østlige Jylland lå i den kulturelle fortolkning af brystmælk. I Østjylland mente man ikke, der kunne være næring nok i mælken. Derfor fik børnene, fra de var helt spæde, også anden mad, for eksempel middagsmad tygget af en voksen eller grød. På Fyn havde man ikke den bekymring. Børnene fik bryst, til de selv kunne sidde op og række ud efter mad på bordet. Konerne ammede gerne hinandens børn, når der var brug for at få dem passet.

Fokus på historiciteten i feltet omkring krop, sundhed og sygdom kan give blik for styrker og svagheder i forskellige tiders forståelse og praksis. Og selve det at vide, at ting, vi opfatter som selvfølgelige, naturlige eller biologiske, har en konkret historie, giver et større handlerum.

SUBJEKTIVITET, KROPSBEVIDSTHED OG LÆRING Menneskers udvikling af personlighed, identitet og selvopfattelse sker altid i sociale og kulturelle fællesskaber. Den proces, hvor et menneske bliver sig selv i en social og kulturel kontekst kan kaldes subjektivering. I denne proces er kroppen og den enkeltes kropserfaring altid central. Kultiveringen af kroppen er både en sanselig og en symbolsk formidlet proces. Smerte, glæde, angst og kropslig mestring er vigtige temaer for kulturel aktivitet. Sundhed og sygdom handler blandt andet om opretholdelsen af en balance i dette forhold, og den kulturelt formidlede tolkning af denne er en vigtig side af subjektiviteten. Det gælder for eksempel køn og biografisk selvforståelse.

Forskning i kropsoplevelse og kropsbevidsthed i mange forskellige former, herunder forskning i seksualitet, kønsidentitet og selv fremstilling, hører til humanioras kernekompetencer. Disse emner kan behandles historisk og kulturvidenskabeligt, men også psykologisk og pædagogisk. I denne sidste optik behandles sundhed og sygdom som særlige aspekter af kroppens subjektive betydning.

Inden for psykologien sker det såvel med sigte på udforskning af den normale udvikling og socialisationsproces som med sigte på sårbare områder og risici for fejludvikling. I et vist omfang indebærer dette også en udforskning af, hvordan grundlæggende eksistentielle spørgsmål integreres som handlegrundlag for den enkelte. Forskning i læreprocesser kan sige noget om, hvordan denne kropslige livsbetingelse indlæres som en personlig erfaring, samt hvordan denne indlæring danner grundlaget for refleksion og praksis i et kulturelt og samfundsmæssigt defineret rum for viden og tolkning.

Eksempler på forskning inden for området er biografisk forskning i menneskers forståelse af krop, sygdom og helbredelse og socialpsykologisk forskning i de psykiske aspekter af arbejdsløshed.

De seneste ti-års udvikling af køns- og kvindeforskningen har betydet en kraftig forøgelse af forskningen i kropserfaring og subjektivitet som et kulturelt fastlagt betydningsfelt. I de senere år har dette også været udgangspunkt for forskning i den kønnede kropsoplevelse som subjektiv erfaring. Simone de Beauvoirs klassiske bøger udgør et startpunkt for en omfattende feministisk forskning om kropsoplevelse og kønnets magt, som kulturelt satte betingelser for identitetsdannelse og selvudvikling. Senere er også forskning i maskulinitetens dannelse og subjektive betydning kommet til.

Moderne barndomsforskning har i vid udstrækning været orienteret mod socialisationens karakter af subjektkonstituering, dvs. hvordan opdragelsen skaber hele og velintegrerede personer.

Massekommunikationsforskning og æstetisk forskning har i stigende grad hæftet sig ved receptionen, det vil sige samspillet mellem medier og modtagere. I denne sammenhæng er betydningen af sanselighed og kropsoplevelse et væsentligt tema.

Det er vigtigt at bemærke, at forskning vedrørende 'sunde' eller 'normale' kropsoplevelser samtidig giver vigtig viden om betingelserne for, hvordan vi overhovedet oplever vore kroppe.

Sundhedspædagogiske problemstillinger kan ansues som særligt definerede problemstillinger inden for denne ramme, men er faktisk

ikke særligt udforskede. Pædagogisk og psykologisk forskning i læring og læringsmodstand kan imidlertid siges at rumme viden, som er relevant for disse problemstillinger.

Sundhed er et professionaliseret anliggende i det moderne samfund. I forlængelse af lægeprofessionens historiske udvikling er arbejdet med at varetage befolkningens sundhed blevet differentieret i en række specialiserede professioner med hver deres arbejdsopgaver. Professionaliseringen har på nogle måder medført en delegering af viden og kropsbevidsthed til de professionelle eksperter. Eksperterne har i nogen udstrækning indtaget den rolle, som overtro, magi, heksedoktorer med videre havde i tidligere tiders samfund, når det gælder individernes angstforvaltning. Med den sundhedsvidenskabelige udvikling er der imidlertid sket en opbygning af vidensressourcer, som stilles til rådighed for vores sundhedspleje, men kun via de professionelles mellemkomst. Disse forhold er nu under ændring. I dag kan man iagttage, at den forbedrede adgang til vidensressourcer og en stigende kulturel selvbevidsthed har sat en ny problemstilling på dagsordenen, nemlig at professionsudøverne forventes ikke blot at kunne bruge deres viden, men også at kunne dele den med deres klienter/patienter/brugere.

Den subjektive betydning af kroppen har en særlig betydning for alle de mennesker, der er professionelt involveret i at behandle eller oplyse andre om deres kropslige forhold. Professionskulturene og professionsudøvelsen er baseret på videnskabelig viden, men den er også indvævet i en arbejdssammenhæng og hermed i de praksisser og de institutionelle rammer, der behersker denne arbejdssammenhæng. I denne optik handler det således om, hvordan den professionelle personligt forvalter sit eget forhold til kroppen og psyken, og om, hvordan denne forvaltning danner betingelserne for at varetage behandlingsfunktioner i forhold til andre.

Den professionelle rolle og den personlige identitet er ofte tæt sammenvævede inden for sundhedsprofessionerne og udgør en central forudsætning for, at behandlingsopgaver kan løses omsorgsfuldt og professionelt. Den humanistiske forskning kan bidrage til at skabe det

refleksionsrum, som gør det muligt for den enkelte at lade sin personlige identitet understøtte de professionelle opgaver, særlig når disse kræver et psykologisk eller kropsligt nærvær, som overskrider samfundets sædvanlige grænser for intimitet og engagement. Kulturpsykologisk, livshistorisk og kønsteoretisk forskning kan belyse, hvordan subjektive faktorer indgår i formningen af en fagkultur, og hvordan professionaliseringen også former livsverdener og individer. Hvad sker der for eksempel med kvinderne, når en socialpsykologisk realitet som 'kvindelig omsorgsfuldhed' bliver en professionel kvalifikation?

Professionsforskning med en humanistisk indgangsvinkel undersøger professionelles forhold til viden, praksiserfaringer og deres egen subjektive involvering i professionen. Den psykologiske forskning i terapeutiske relationer og supervisionsprocesser, samt de dertil hørende undersøgelser af de professionelle subjektive håndtering af behandlerrollen, er leveringsdygtig i erfaringer og træningsmåder, som gør det muligt at forene en professionel behandling af lidelsen med et personligt engagement i det lidende menneske.

ETIK, SJÆL OG KROP Filosofer har overalt og til alle tider beskæftiget sig med medicin, lægekunst og menneskers håndtering af sygdom og sundhed. I den vestlige tradition har Aristoteles dannet forbillede i denne henseende gennem analyser af lægekunst som *techne*, en særlig praktisk erkendelsesform. Lægekunsten blev af ham fremhævet som en forbilledlig praksis kendetegnet ved udøvernes evne til at håndtere det konkrete tilfælde uden at have eksplicite almengyldige principper, hvorfra den konkrete handling kunne deduceres. En række filosofer (Francis Bacon, Kant med flere) har gennem historien bidraget til analysen af lægekunst som en særlig form for praktisk kundskab.

Denne tradition har fået en særlig betydning for humanistisk sundhedsforskning gennem de seneste 30-40 år. I takt med laboratoriemedicinens og den eksperimentelle medicins eksplosive vækst i denne periode udviklede sig omfattende diskussioner angående den kliniske

praksis' videnskabelige status. Overleverede ideer om en særlig klinisk kompetence i håndteringen af konkrete tilfælde blev anfægtet. Der argumenteredes for at udvikle klinisk praksis og sundhedsfremmepraktis som anvendte videnskaber. Sundhedsforskning måtte i dette lys primært være af eksperimentel og kvantitativ art med henblik på begrundelse af almene modeller eller behandlingshypoteser.

Over for denne position har en række forskere rehabiliteret klassiske ideer om lægekunst som en særlig form for praktisk kundskab; en kundskab, der er behov for at udvikle og styrke. Wittgenstein, og en række sprogfilosofer inspireret af ham, har bidraget med sprogfilosofiske indsigter, der har kunnet styrke denne klassiske opfattelse.

Forholdet mellem laboratorieforskning og klinisk praksis/sundhedsfremmepraktis er endvidere blevet udforsket i moderne videnskabsfilosofi. Filosofer i den franske epistemologiske tradition (Bachelard, Canguilhem med flere) har gennem konkrete analyser bidraget til at vise den komplekse karakter af medicinsk erkendelse og til at vise, at dominerende opfattelser af eksperimentel forskning i moderne videnskabsteori (deduktivistiske og induktivistiske) ikke yder denne kompleksitet retfærdighed. Aktuell forskning inden for Science Studies har bidraget til at vise, hvorledes også eksperimentel biologisk forskning er integreret i komplekse netværk af kulturelle og samfundsmæssige processer.

Den filosofiske traditions udforskning af lægekunsten har været snævert forbundet med artikulering og begrundelse af etiske perspektiver legemliggjort i lægelig og sundhedsfaglig praksis. Fra Aristoteles til Kant ses lægens særlige praktiske kundskab som uløseligt forbundet med en paternalistisk etik. Den kompetente praktiker har ansvaret for håndteringen af patientens lidelser.

Denne paternalistiske etik er først for alvor blevet anfægtet gennem de seneste 30-40 år. Omfattende samfundsmæssige, teknologiske og kulturelle ændringer i denne periode har sat paternalismen under pres. Initiativer fra blandt andet brugergrupper har bragt borgerens ret til selvbestemmelse – autonomi, patientrettigheder, informeret samtykke

etc. – på den politiske dagsorden. Det har betydet både lovændringer, holdningsændringer og ændringer i den sundhedsfaglige forskning og praksis. Filosofer har bidraget til denne proces gennem belysning af dilemmaer og udfordringer. For at kunne tage del i dette arbejde har filosoferne været nødt til at bevæge sig ud over forkærligheden for abstrakte analyser af etiske principper og deres begrundelse. Der er ingen abstrakte regler, der kan afklare etiske dilemmaer vedrørende for eksempel dødshjælp, indgreb ved livets begyndelse etc. En række filosoffer påbegyndte et tæt samarbejde med klinikere og sundhedsforskere. Denne udvikling har også ændret forskningen i etik og politisk filosofi. Den etiske forskning i sygdom og sundhed er således blevet stadig mere integreret i en bredere etisk-politisk forskning med fokus på forholdet mellem retfærdighed, lighed og frihed. En berømt analyse af dette er Stephen Toulmins artikel, 'How medicine saved the Life of Ethics.' I aktuel humanistisk sundhedsforskning udgør variationer over klassiske filosofiske problemer om forholdet mellem det psykiske, det kropslige og den menneskelige hjerne et centralt forskningsfelt.

Klassiske kontroverser mellem reduktionistiske opfattelser, ifølge hvilke alle såkaldt psykiske fænomener i princippet kan beskrives og forklares inden for en neurofysiologisk begrebsramme, og positioner, der fastholder bevidsthedsfænomenernes unikke karakter, viser sig også i relation til aktuel hjerneforskning. Den nye teknologi i hjerneforskningen, hvor man studerer hjernen i funktion ved hjælp af computerunderstøttelse af forskellige former for scanning, har i de senere år dannet grundlag for en enorm tværvideenskabelig forskningsindsats over hele verden. Dette er et område, hvor neurofysiologer, biokemikere og biologer møder psykologer, lingvister, filosoffer og antropologer i en stor og inspirerende fælles forskningsopgave med grundlag i et fælles undersøgelsesredskab. Det har vist sig, at filosofernes bidrag i form af begrebslige afklaringer og filosofiske og videnskabsteoretiske analyser ofte har medvirket til at forskere med disse forskellige baggrunde har kunnet drage nytte af hinandens særlige kompetencer.

Potentialer – Ti eksempler

Skønt der allerede både internationalt og i Danmark er lavet meget vigtig humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom er rækken af felter, hvor forskningen kun så småt er begyndt eller helt mangler, endnu længere. Her følger et bud på ti sådanne felter, der enten endnu ikke er udviklet, eller hvor der er mange uudnyttede potentialer for frugtbar fremtidig forskning.

1. SUNDHEDSFREMME OG SUNDHEDSOPLYSNING WHO definerede i 1948 sundhed som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende. I denne sammenhæng lyder sundhedsfremme som et ukompliceret gode. Ingen kan være uenige i, at det ville være godt, hvis vi alle sammen fik det bedre fysisk, psykisk og socialt. Så snart de gode ønsker skal omsættes i handling, bliver det imidlertid mere kompliceret. Enhver tid står jo nødvendigvis fاملende over for løsningen af sine største sundhedsproblemer. Derfor er det altid – og også for vores tid – en central udfordring at sikre, at de tiltag vi gør i sundhedens tjeneste, gavner mere end de skader. Også at det, der vindes i bekæmpelse af sygdom, ikke sættes til i psykisk eller socialt velbefindende.

Vor tids store udfordring i den vestlige verden er kræft og hjerte-/karsygdomme. Disse sygdommes høje dødelighed og stærke sammenhæng med livsstilen har givet sundhedsoplysning og sundhedsfremme en fremtrædende plads på den sundhedspolitiske dagsorden. Sundhedsstyrelsen forsøger at forebygge sygdom ved at påvirke befolkningen til for eksempel rygestop, mådehold med alkohol og mindre fedt i kosten. Samtidig arbejder praktiserende læger og hospitaler på at inddrage livs-

stilen i behandlingen af patienter med en specifik sygdom. Det nyeste er imidlertid at bruge begrebet sundhedsfremme om en rådgivningsindsats, der flytter fokus fra forebyggelse af specifikke sygdomme til såkaldt salutogenetisk oplysning – oplysning om, hvordan man holder sig sund. Formålet er her at styrke den personlige sundhed og selvomsorg. Her vejledes både i sundhed, livskvalitet og livsstil, og den enkelte opfordres til at tage ansvar.

Der mangler i høj grad forskning i hele dette felt. Der findes ikke tilstrækkelig sikker viden om, hvordan disse indsatser virker. Hverken om, hvordan oplysningen skal udformes, for at mennesker faktisk ændrer adfærd på den tilsigtede måde, eller hvilke typer uintenderede virkninger de forskellige typer sundhedsfremmeindsatser kan have. Forskellige problemstillinger gør sig gældende afhængigt af, om der er tale om sundhedsfremmeindsatser, der retter sig mod patienter med en diagnosticeret, specifik sygdom, eller om der er tale om kampagner, der retter sig mod den brede befolkning.

Behandlingen af patienter med diagnosticerede lidelser har i de senere år fået stigende indhold af vejledning og oplysning. I nogle tilfælde i form af en regulær skoling. For eksempel diabetes-skoler for unge diabetes-patienter og kurser for hjertepatienter. Humanistisk forskning kan belyse både pædagogisk-tekniske, livshistoriske og kultur-sociologiske aspekter i forbindelse med sådanne programmer. Denne forskning kan både gavne programmernes effektivitet og levere brugere og den brede offentlighed et vidensgrundlag for at vurdere relevans, fordele og omkostninger for eksempel i henseende til livskvalitet for deltagerne i programmerne. Der er allerede gennemført en del evaluerings-orienteret forskning, men der er brug for en mere grundlæggende forskning.

Sundhedsfremme og sundhedsoplysning, der retter sig mod den raske befolkning, er et langt mere kompliceret felt. En del problemer er kendte: Det er ikke de overvægtige, men de slanke, der skærer ned på fedtet. Oplysning om anoreksi og selvmordsrisiko udløser i nogle tilfælde den adfærd, det var hensigten at forebygge. Ammekampagner gør

veluddannede mødre lede ved at blive prædikeret på etc. Der findes altså i samfundet forståelser, praksisser og prioriteringer, som ikke modsvarer sundhedsoplysningen. Her mangler forskning, der kan bidrage til en forståelse af, hvornår brede oplysningskampagner er velbegrundede og legitime. Problemstillingen er ikke kun, hvordan man effektivt kan få folk til at ændre adfærd, men også hvilke andre virkninger det har, når man prøver at få folk til at ændre adfærd, både når det lykkes, og det ikke lykkes. Risikoen for uforudsete skadevirkninger er meget større, når man henvender sig til hele befolkningen, end når man henvender sig til veldefinerede patientgrupper. Både fordi der er tale om langt flere mennesker, og fordi disse mennesker i udgangspunktet er raske – de kan både blive mere syge og mindre lykkelige af forfejlet sundhedsoplysning. Vi ved meget lidt om, hvor meget velvære af hvilken art som skabes, og hvor meget som forhindres, når stadig flere af vores daglige gøremål får påtvunget en sundhedsdimension. Det er for eksempel svært at vurdere, hvor meget velvære som forhindres af det forhøjede angstniveau, som følger af en forøget viden om sygdomsrisici.

Historisk forskning kan bidrage til at belyse paradokser og konflikter i sundhedsfremmebestræbelser. Sundhedsoplysning og sundhedsfremmekampagner er nemlig ikke et nyt fænomen. Faktisk er både forebyggelsesbestræbelser og salutogenetisk vejledning meget gamle aktiviteter. Sundhedsfremme er ikke et barn hverken af de seneste årtier eller af 1900-tallet. Dele af dette tankegods kan findes allerede i den hippokratiske tradition i oldtidens Grækenland. Sundhedsfremme, som mere uspecifikt retter sig mod en forbedring af velværet, har også tidligere eksisteret i mange sammenhænge, og der er i tidens løb blevet givet mange forskellige råd om, hvordan balance og harmoni kan opnås gennem diæter, bade, legemsøvelser, askese, mådehold eller åndelig praksis. I 1700-tallet og 1800-tallet udfoldedes store statslige bestræbelser på at få de europæiske befolkninger til at leve sundere. Også sygdoms- og risikofaktorspecifik sundhedsoplysning har været bedrevet i mange århundreder. Siden midten af 1700-tallet ofte med forbavsende effektivitet i sygdomsbekæmpelsen for eksempel gennem karantæne, lev-

nedsmiddelkontrol, oplysning om smitteveje, forbedring af arbejdsmiljø etc.

Denne gamle sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse stod åbent ved, at der var tale om opdragelse. At befolkningsgrupper med en uhenigtsmæssig adfærd skulle gå over til en hensigtsmæssig, og at dette indebar, hvad man så som et fremskridt i kultur og civilisation.

Det er ikke længere god tone, at myndigheder og sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at befolkningen er uoplyste børn, der bør opdrages. På den anden side er det en position, som det er meget svært at undgå, når formålet er at fortælle andre, hvad der er hensigtsmæssigt. Når der i dag arbejdes med sundhedsfremme, lægges der meget vægt på at inddrage borgerne og at fokusere på den enkeltes autonomi. Men det ændrer ikke den grundlæggende problemstilling. Sundhedsfremme handler også i dag om at få mennesker til at ændre adfærd. Formålet med sundhedskampagner er at få befolkningsgrupper med en uhenigtsmæssig adfærd til at gå over til en hensigtsmæssig, det vil sige sundhedsgavnlig, adfærd. Det kan kun ske, ved at de overbevises om, at de skal gøre noget andet, end de plejer. Borgerinddragelse og 'empowerment' skal få borgerne til at vælge det, der af myndighederne anses for sundhedsgavnlig adfærd. Det er derfor også en måde at udøve magt på, hvor der stadig træffes mange værdibaserede valg på andres vegne. Dagens sundhedsfremme indebærer derudover mere omfattende styringsambitioner end tidligere, fordi den omfatter langt større områder af menneskers liv og adfærd.

Hvordan man ikke bare i hensigtserklæringer, men i praksis, udformer sundhedsfremmebestræbelserne, så de ikke er moralsk foreskrirende handlingsanvisninger, men virkelig vidensdemokratisk oplysning, der faktisk hjælper mennesker med at definere deres egne sundhedsideal og livsstrategier ved at stille den relevante faglige kundskab til rådighed for dem, er stadig en uløst opgave.

Store dele af befolkningen er imidlertid lidenskabeligt interesseret i at skaffe sig viden om sundhed. Den professionelle sundhedsoplysning opererer på et felt, hvor der også eksisterer en vilter underskov af sund-

hedsoplysning i form bøger, magasiner, dag- og ugebladsartikler, fjernsynsprogrammer, dvd'er med videre skrevet af mennesker i og uden for sundhedsprofessionerne med eller uden reelle hensigter om at forbedre sundheden. Efterspørgslen efter sundhedslitteratur er ældre end bogtrykkerkunsten, men i dag har flere mennesker læsefærdigheder og økonomi til at efterspørge stadigt større mængder. Der er i høj grad brug for forskning i, hvordan denne store populærvidenskabelige litteratur bruges.

Referencer: S. Vallgård, Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige 1930 til i dag. *Magtudredningen* Århus, 2003.

Signild Vallgård, Governing people's lives. Strategies for improving the Health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. *European Journal of Public Health*. 2001; 11/4: 386-92.

2. SYGDOM OG IDENTITET I de tidlige humanistiske studier af sygdom lå fokus ofte på det, der på engelsk bliver betegnet som 'illness', det vil sige patientens egen opfattelse af og erfaring med sin sygdom, i modsætning til 'disease', der er den medicinske definition af sygdom. De senere års forskning har forholdt sig kritisk til denne distinktion, blandt andet fordi 'illness'-begrebet forankrer lidelsen hos den enkelte, tolket som en kognitiv erfaring, i modsætning til et videnskabeligt begreb om en virkelig 'disease'. Lidelse var således grundlæggende forklaret enten gennem den fysiske krop og/eller i bevidstheden (bevidst eller ej) – 'illness' og 'disease' forblev altså i kroppen (Dalsgaard, 2003). Gennem de senere år er dette individualistiske og kognitive fokus, blandt andet i antropologien, langsomt blevet udskiftet med et fokus på betydningen af den sociale feedback på sygdom. Begrebet sociosomatik er blevet udviklet til at gribe dette. Individet forstås som placeret i et socialt og kulturelt net, en kontekst, hvorfra det ikke kan adskilles. Skellet mellem den fysiske og den sociale/kulturelle væren findes kun som en analytisk

abstraktion. Fysiske symptomer har således en social såvel som en fysisk eller biologisk oprindelse (Kleinman, 1986).

Lidelser, uanset hvad der har udløst dem i udgangspunktet, tager form af sygdomme i en sociokulturel proces med familie og venner, egen læge, forskellige specialister og andet sundhedspersonale, arbejdssituation og arbejdsledere, økonomiske forhold, sociale myndigheder samt de diskurser, der findes i offentligheden. Det gælder en banal forkølelse såvel som livstruende og invaliderende lidelser. En række undersøgelser viser, at patienter gennem sygdomsprocessen og især gennem kontakt med andre, der har erfaringer med sygdommen, for eksempel patientforeninger, tillærer en bestemt forståelse af deres lidelser og måske også en bestemt adfærd over for lidelsens symptomer. Ikke sjældent kan det ses, at patienter i en bestemt behandlingssammenhæng i en periode udtrykker deres identitet næsten udelukkende inden for denne behandlings eller 'sociale teknologis' sprog og verden. Det ses for eksempel ofte hos medlemmer af Anonyme Alkoholikere. Andre reagerer med modstand og kritik mod den givne ramme, de afviger fra de udpegede afvigelser og føler tvivl over for konstruktionen, ligesom andre livsperspektiver kan presse sig på. Folk kan altså inden for visse rammer enten påtage sig eller frasige sig identiteten som problembærer. Blandt stofmisbrugere er det ikke ualmindeligt at møde modstand mod løsningsmodellen 'behandling', som det indlysende svar på deres problemer. Faktisk er deres modstand eller skepsis så almindelig, at det har fået en fremtrædende plads i faglitteraturen om misbrugere under navnet 'benægtelse', dvs. benægtelse af at være misbruger og dermed en benægtelse af behovet for behandling. I behandlingen anskues modstanden ikke som et muligt rationelt eller rimeligt forbehold, men snarere som en karakteristisk form for selvbedrag, der er udtryk for selve lidelsen; benægtelsen bliver symptom på tilstanden misbruger. På den måde skabes et lukket, selvrefererende system, hvis sandheder ikke kan modsiges – i hvert fald ikke af benægttere (Jöhncke, Svendsen og Whyte, 2004: 395-96).

På baggrund af denne problematik savner vi humanistisk baseret

forskning i det komplekse samspil mellem sociale og kulturelle forhold og sygdommes udvikling både i forhold til konkrete patientforløb og i forhold til bredere samfundsudviklinger. På den ene side er der behov for en kortlægning af de sociale og kulturelle processer, der udspiller sig i konstitueringen af en sygdom, ikke blot i den kliniske situation, men i en bredere samfundsmæssig sammenhæng. Her må patienternes erfaringer med en lidelse ses i sammenhæng med, hvorledes denne lidelse samfundsmæssigt konstrueres som sygdom. På den anden side er der en vigtig opgave i at undersøge de konkrete forløb, individet gennemgår i processen mod en identitet som syg, og hvordan disse påtvungne, selv-påførte eller afviste identiteter forvaltes som 'identitetspolitikker'.

Betydningen af disse sociale og kulturelle processer er mest tydelig i forhold til de lidelser, for hvilke der ikke er et adækvat biomedicinsk grundlag, sygdomme vi ofte betegner som funktionelle. Det, der definerer de funktionelle lidelser, er netop, at patienten over et tidsrum fastholder en række symptomer, for hvilke der ikke er en adækvat organisk patologisk forklaring. Patienterne føler sig syge, de beretter om invaliderende smerter, som i nogle tilfælde gør, at de må ophøre med at arbejde og ansøge om førtidspension. Sygdommene er kendt under navne som kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi, piskesmældslæsioner (whiplash), irriteret tyktarm, golfkrigssyndrom og multipel overfølsomhed med videre. Fælles for disse er, at der ikke er en dækkende medicinsk forklaring for de smerter og den invalidering, patienterne erfarer som et resultat af deres sygdom. Sygdommene defineres derfor ved patientens vedvarende symptomer. Medicinsk uforklarlige symptomer er et stigende problem inden for de vestlige sundhedssystemer. En række undersøgelser har påvist, at et sted mellem 20 og 50% af alle konsultationer hos praktiserende læger vedrører symptomer, for hvilke der ikke er en biologisk forklaring. Disse lidelser udgør derfor et væsentligt sundhedsmæssigt problem, både økonomisk, socio-politisk og ikke mindst menneskeligt, ligesom det er et væsentligt epistemologisk problem, at disse tilstande kun kan defineres negativt inden for det biomedicinske paradigme. Der er derfor et væsentligt humanistisk forsk-

ningsfelt dels i afdækningen af den samfundsmæssige og kulturelle baggrund for opkomsten af disse nye sygdomme og dels i undersøgelser af de konkrete forløb, der karakteriserer udviklingen af sygdommen hos den enkelte, og de sociokulturelle processer, der indgår i patientens forløb mod igen at blive rask.

Når de sociale og kulturelle faktorer inddrages i behandlingen af patienter i sundhedssystemet, savnes der forskning, der belyser spillet mellem de sociale og kulturelle forhold, patienten befinder sig i, og udviklingen og forståelsen af lidelser og sygdomme. Den forskning, der allerede er udført på området, fokuserer primært på den samfundsmæssige konstituering af forskellige sygdomme. En central problemstilling for en humanistisk sundhedsforskning vil være de konkrete forløb, der skaber processen fra symptomer til sygdom for patienten, de sociokulturelle forhold, der indgår i denne proces, og den identitetsændring, der sker for patienten. I forlængelse af den sociale forståelse af sygdom, vi ser for eksempel i behandlingen af funktionelle lidelser, bliver det også væsentligt at undersøge, hvorledes den modsatte proces etableres; helbredelsesprocessen fra en identitet som syg til et genvundet helbred.

Referencer: Trine Dalsgaard, Et historisk oprids af kulturelle tilgange til studiet af funktionelle lidelser, *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, Marts 2003, 81. årg. Ole Dreier: "Psychotherapy in Clients". Trajectories across Contexts; in: Cheryl Mattingly & Linda C. Garro (eds.): *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. University of California Press, Berkeley. 2000. (pp. 237-58). P. Elsass, *Strategies for survival. The psychology of cultural resilience in ethnic minorities*. New York: New York University Press. 1992. Kleinman: *Social origins of distress and disease: depression, neuroasthenia and pain in modern China*, New Haven, 1986. Steffen Jöhncke, Mette Nordahl Svendsen & Susan Reynolds Whyte, *Løsningsmodeller*, s. 385-407; in: Kirsten Hastrup (red.): *Viden om Verden. En Grundbog i Antropologisk Analyse*. København (2004). Vibeke Steffen: *Life Stories and Shared Experience*. 1997, *Social Science and Medicine* 45 (1): 99-111. Bjarke Paarup-Laursen, "The meaning of Illness among the Koma of Northern Nigeria". I: Jacobson Widding, A. & D. Westerlund

(eds.) *Culture, Experience and Pluralism Essays on African Ideas of Illness and Healing*. Pp. 59-73. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

3. EVIDENS OG ETIK I de seneste årtier er henvisning til dokumentation og videnskabelige undersøgelser blevet stadigt hyppigere i argumentationen for et givet tiltag i sundhedsvæsenet. Når der i dag rejses krav om evidens for sundhedsfaglige indsatser, tænkes der normalt på statistiske undersøgelser, der dokumenterer bestemte behandlings effektivitet. Begrebet evidens har imidlertid betydning i en bredere sammenhæng; gennem historien, på tværs af kulturer og aktuelt i dag anvendes forskellige sundheds- og sygdomsbegreber. Hvilken eller hvilke slags evidens er det, som kræves, for at indsatser kan accepteres som rationelt underbyggede? I hvilket omfang afspejler krav og standarder det forhold, at der er mange forskellige former for sundhedsregimer og sundhedsfaglig praksis og mange forskellige idealer for videnskabelighed? Hvilken betydning får aktuelle krav om evidens og de standarder, der opstilles, for de valg, der træffes? Humanistisk sundhedsforskning vil kunne bidrage til belysning af de nævnte og en række hermed forbundne spørgsmål.

Lægekunsten har siden den antikke medicin og frem til det 20. århundrede været anset for at forbinde lægens særlige faglighed med en professionel etik og har således med andre ord været basis for såvel humanistisk etik som en central humanistisk forskningstradition. Lægekunsten har i denne tradition været anset for at være udfoldelsen af en særlig praktisk viden (techne), der fundamentalt adskiller sig fra viden om almene, nødvendige sammenhænge (episteme). Mens den sidstnævnte viden kan artikuleres i eksplicite udsagn, anses den praktiske viden for at være implicit eller 'tavs'. Denne viden kan – i modsætning til den eksplicite påstands viden – ikke begrundes gennem logisk udledning fra mere almene principper og ej heller begrundes gennem erfaringsindsamling. Når lægen udøver praktisk viden, er den derfor ikke baseret på evidens på samme måde, som det for eksempel

kan være tilfældet ved et udsagn om, at et bestemt medikament virker med en bestemt sandsynlighed over for en bestemt lidelse. Tidligere er en sådan praktisk viden undertiden blevet opfattet som hemmelig eller nærmest mystisk. For Aristoteles var den erfaringsbaseret, men det er først i anden halvdel af det 20. århundrede i forbindelse med etableringen af en humanistisk sundhedsforskning, at denne særlige vidensform er blevet systematisk udforsket (Dreyfus & Dreyfus, Patricia Benner, Ingela Josephson, Uffe Juul Jensen). Forskning i erfaring og identitet og i 'story telling' har bidraget til forskningsmæssig belysning af praktisk viden, som den udøves i professionelt sundhedsfagligt regi.

Samtidig med den øgede interesse for en ny forskningsmæssig belysning af det klassiske forbillede om praktisk viden, er dette forbillede fra en anden – etisk – side blevet sat under pres. Lægekunsten, som en legemliggørelse af praktisk viden, var fra den hippokratiske medicin og helt frem til 1960'erne en vedvarende legitimering af paternalistisk etik. Eftersom håndteringen af sundhedsmæssige problemer skete gennem udøvelse af en erfaringsbaseret viden (evidens), der ikke kunne være almen og offentlig, måtte ansvaret for behandling eller anden indsats helt og ubetinget bæres af fagpersonen. Lægekunst og hermed forbundet praktisk viden er i det traditionelle lys legemliggørelse af to etiske principper: Princippet om (den professionelles) godgørelse og princippet om ikke at volde skade. Fra slutningen af 1960'erne og ind i 1970'erne blev denne overleverede etik – og dermed også den hermed forbundne forståelse af lægekunst – gjort til genstand for omfattende kritik. Fra både staten og civilsamfundet blev der krævet brugerindflydelse, medbestemmelse og fastlæggelse af patientrettigheder. Disse samfundsmæssige forandringer lagde grunden til en omfattende international humanistisk sundhedsforskning med fokus på etiske spørgsmål. De to ovenfor nævnte principper blev analyseret i forhold til et princip om autonomi og et princip om retfærdighed. Den medicinsk-etiske og bioetiske forskning, som herved blev etableret, skulle tjene til at belyse de dilemmaer, professionelle sundhedsarbejdere og læger ofte står over for (for eksempel Beauchamp & Childress). Den teknologiske

udvikling og de nye forsknings- og behandlingsmuligheder, som denne udvikling afstedkom, bidrog til at give bioetiske problemstillinger en central plads i humanistisk sundhedsforskning også i Danmark.

Også fra en anden side kom den klassiske paternalistiske udøvelse af lægekunsten under pres. I 1972 publicerede den skotske læge Archie Cochrane en skelsættende bog om *Effectiveness and Efficiency*. Bogen rummede en radikal kritik af det nationale britiske sundhedsvæsen og af lægernes magt i systemet. Cochrane udtrykte en betydelig skepsis angående effektiviteten af den lægelige indsats og fordrede randomiserede, kontrollerede undersøgelser med henblik på dokumentation af anvendte eller foreslåede behandlingsformer. Cochrane bidrog til at begrunde en kritisk analyse af den fremstormende biomedicin, først og fremmest ved at stille spørgsmål ved lægelig magt og overleverede antagelser om personlig viden og en evidens bundet i den professionelle erfaringer. Der findes nu et verdensomspændende system af Cochrane-centre, som gennem metaanalyser og kvalitetsundersøgelser af behandlingsformer bidrager til at udbrede kravet om eksperimentel dokumentation inden for det professionelle behandlingsarbejde. Dette arbejde har bidraget til, at overtro, fup-mageri og blind entusiasme har fået mindre spillerum. Også medicinalindustrien har evidensbevægelsen gjort meget for at fastholde på saglige og videnskabelige kriterier. Men Cochranes krav om evidensbaseret gennem kontrollerede undersøgelser giver også nye udfordringer – også for en humanistisk sundhedsforskning. Udfordringer, som endnu ikke er blevet taget op.

Hvad betyder det for eksempel for fastholdelsen af Cochranes oprindelige kritiske og humanistiske målsætning, at det sundhedsvæsen, den internationale Cochrane organisation nu skal forholde sig til, er blevet et helt andet, end det var i 1970'erne. Sundvæsenene bygger ikke længere på lægekunst under den paternalistiske læges kontrol. I stedet står borgeren over for en mangfoldighed af teknologi-intensive behandlingsformer, som skal vælges mere eller mindre frit.

Hvis lægekunst baseret på klinisk erfaring ikke længere anses for tilstrækkeligt grundlag for rationelle kliniske beslutninger, hvorledes sik-

res eller fremmes da velbegrundede indsatser over for den enkelte patient? Den professionelle og borgeren vil få adgang til et stigende antal resultater af videnskabelige undersøgelser. Både fra eksperimentelt afprøvede undersøgelser og resultater af kvalitative studier. Sådanne resultater – uanset om de hidrører fra kvantitative eller kvalitative undersøgelser – omhandler effekten på *populationer*, eller de vedrører *typiske* eller *almene* udviklingsammenhænge og måder at håndtere sygdom og sundhed på. Hvorledes kan man bidrage til at sikre, at 'hin enkelte' behandles på den måde, som er mest mulig adækvat i forhold til hans eller hendes situation? Dette problem har været grundigt debatteret i psykoterapiforskningen i de sidste ti år, foranlediget af bestræbelserne på at indføre en evidensbaseret standard og 'managed health care' i forbindelse med psykoterapi. I psykoterapilitteraturen er positionerne skarpt trukket op, fordi den videnskabelige statistiske evidens så relativt entydigt udpeger det personlige bånd – behandlingsalliancen – mellem terapeut og patient som det afgørende for behandlingens vellykkethed, nærmest uanset diagnose og terapeutisk metode. Men i medicinen generelt er problemet stort set blevet ignoreret af den ellers omfattende forskning i evidensbaseret praksis. Dette er en af de store udfordringer for fremtidens sundhedsforskning.

Referencer: Tom L. Beauchamp & James F. Childress: *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press. Oxford. 2001 (5. edition). Patricia Benner: *From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, Reading MA: Addison-Wesley. 1984. Hubert L. Dreyfus & Stuart E. Dreyfus: *Mind over Machine. The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. The Free Press, New York. 1986. Uffe Juul Jensen: *Sygdomsbegreber i Praksis. Det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori*. København. 1986 (2. udg.). Uffe Juul Jensen et. al.: *Sundhedsbegreber. Filosofi og praksis*. Philosophia. Århus. 1995. Uffe Juul Jensen: *Practice and Progress. A Theory for the modern health care system*. Blackwell Scientific Publications. Oxford. 1987. Uffe Juul Jensen: "Evidence, effectiveness and ethics: Cochrane's legacy"; in: Ivar Sønbo Kristiansen & Gavin Mooney: *Evidence-Based Medicine. In its place*. Routledge. London and New York. 2004 (pp. 20-32).

4. (KROPS-)TEKNOLOGI OG RISIKOHÅNDBLING Sygdom i særdeleshed og kriser i almindelighed rejser spørgsmål om selve den menneskelige følelse af eksistens og dermed spørgsmål om, hvordan og med hvilke midler livets grundlæggende uvished kan håndteres. Hvad enten det sker ved hjælp af videnskabelig viden, lokale traditioner eller ved manipulation af sociale og symbolske ressourcer, så søger de fleste mod en følelse af kontrol, når de står over for kriser. Den humanistiske forskning har en grundlæggende interesse for studier af menneskers måde at forholde sig til de store spørgsmål i livet på; ulykke og vanskæbne, held og uheld, risiko og uvished, sygdom og død.

Den enkelte lever sit liv i relationer med andre mennesker, også når det gælder risikohåndtering og kriser. Såvel typen som hyppigheden af kriser og de mulige valg, når de skal stå igennem, er i høj grad bestemt af det sociale fællesskab. For dagens danskere er de mulige valg i forbindelse med fødsel, sygdom og død således ikke alene blevet udvidede, men også indskrænkede. Først og fremmest er meget flyttet fra skæbne til bevidste valg. I dag skal en gravid kvinde for eksempel tage stilling til, om hun vil have fosterdiagnostik. Hvis hun vil, og barnet viser sig at have Downs syndrom, skal hun tage stilling til, om hun vil føde eller have en abort. Hvis hun vælger at føde, vil barnet med stor sandsynlighed vokse op. I 1800-tallet var der ingen mulighed for at vide inden fødslen, at barnet havde Downs syndrom. Men der var også en meget lille sandsynlighed for, at barnet overlevede den spæde alder, fordi de fleste af disse børn har meget svært ved at patte, og den kunstige ernæring, man brugte, medførte en meget høj dødelighed. Det er ikke nemt at afgøre, om 1800-tallets eller vore dages kriseforløb i forbindelse med et barn med Downs syndrom er at foretrække. Pointen er imidlertid, at vi ikke længere har muligheden for 1800-tals forløbet. Det er lige så lidt tilgængeligt for os, som fosterdiagnostik var for 1800-tallets mennesker. Vilkårerne er grundlæggende ændrede.

Den teknologiske udvikling har også på mange andre områder givet nye muligheder for tidlig opsporing og forebyggende kontrol og behandling af en række forskellige sygdomme og lidelser. Også på disse områ-

der har det ændret menneskelige grundvilkår radikalt. Det har blandt andet medført ændringer i, hvordan vi vurderer risiko, og hvordan vi forholder os til uvished. Det er vigtigt at se på disse ændringer ikke kun fra et medicinsk forebyggelsesperspektiv, men ud fra en bredere kulturel kontekstualisering. Forsøg på at opnå kontrol over en given situation kan lede til endnu større usikkerhed ved at åbne for nye spørgsmål og konflikter. For eksempel har det i et dansk studie af genetisk screening for bryst- og tarmkræft blandt andet vist sig, at en risikovurdering for den enkelte langt fra kan begrænses til en individuel rådgivende samtale med en specialist, men ofte indebærer en proces over flere år, hvor kontakten til fjerne slægtninge må genetableres og karakteren af sociale relationer tages op til fornyet overvejelse. Den genetiske kortlægning rejser altså ikke blot alvorlige spørgsmål om sygdomskontrol og forebyggende behandling, som eksempelvis fjernelse af raske organer, men tvinger tillige den enkelte til at eksplicite ofte ureflekterede kulturelle træk i vores måde at opfatte slægtskab på og medvirker således til at forandre vores opfattelse af social forbundethed (Svendsen, 2003).

Et andet vigtigt område, som har været genstand for en omfattende teknologisk udvikling, er ufrivillig barnløshed. Også her viser det sig, at konsekvenserne af omgangen med de teknologiske hjælpemidler kan være vanskelige at overskue. Mødet med teknologien leder ofte til fragmentering af de følelser og sociale relationer, som de involverede ønsker at holde sammen på, og til overskridelse af kulturelt værdsatte grænser. Behandlingen indebærer tillige en belastende disciplinering af kroppen gennem overvågning og kontrol. Belastninger, som opleves særligt hårde i de ikke få tilfælde, hvor anstrengelserne ikke resulterer i et barn. Fertilitetsbehandlingen har også kulturelle virkninger, der ikke nødvendigvis er problematiske. Behandlingen giver anledning til opfindelsen af nye kulturelle oprindelsesmyter, når ønskebarnet begynder at udforske sin egen tilblivelse, og udfordrer dermed hidtidige opfattelser af selv og identitet (Tjørnhøj-Thomsen, 1999).

Lægemidler, instrumenter og teknologier kan ses som midler til at

opnå kontrol med forhold, som er truende eller uønskede. Det er imidlertid ikke altid muligt at finde rationelle løsninger eller meningsfulde forklaringer i forhold til sundhed og sygdom, og behandlingsforsøg ledes i mange tilfælde lige så meget af håb som af rationelle valg. I antropologien betegnes menneskers forsøg på at håndtere usikkerhed og håb ved hjælp af instrumentelle handlinger på områder, som ikke umiddelbart lader sig kontrollere, ofte som magi. "Man kan sige" – skriver den danske etnograf Kaj Birket-Smith – "at al Magi i grunden er en aandelig Teknik – en Genvej man skyder, når den materielle Teknik ikke slår til" (*Kulturens Veje*. 1948: 105). Bronislaw Malinowski illustrerede i 1930'erne denne forståelse af magi i sin undersøgelse af have-magi hos folk på Trobrianderne, en øgruppe ud for Ny Guinea. Her viste han, hvordan trobrianderne teknisk set gjorde alt, hvad de kunne, for at få deres afgrøder til at blive frugtbare: De såede med korrekt afstand, lugede ukrudt med videre. Alligevel oplevede de igen og igen, at dele af høsten slog fejl. Derfor benyttede de sig – i tillæg til de mekaniske midler – af magiske formler og sange, som selvfølgelig ikke antoges at virke uden den almindelige, tekniske haveyrkning. Magi er dermed – også ifølge Malinowski – et supplement til andre teknologiers utilstrækkelighed i at opnå specifikke mål og kan derfor ses dels som en ekstra forsikring mod fejlslagen høst, dels som et middel til at bestyrke mennesker i deres tro på, at de nok skal lykkes med deres usikre forehavender. Magi er altså en måde, hvorpå mennesker med forskellige færdigheder og viden gennem forskellige praksisser, handlinger, ord og besværgelser søger at manipulere deres omgivelser og opnå kontrol. Det vil med andre ord sige, at magi fungerer som et praktisk redskab, der kan benyttes i situationer, hvor man står over for beslutninger og valg uden at have sikker viden at foretage valget ud fra.

I vore dage omtales forskellige løsningsmodeller i form af behandlinger og psykosociale interventioner ofte som teknikker, redskaber og værktøjer til at opnå større selvindsigt eller til at forandre bestemte tilstande for at opnå bedre livskvalitet. Denne redskabs-metaforik vidner måske om en stigende individualisering og instrumentalisering af spe-

cifikke former for social erfaring, som peger i retning af en særlig sammenhæng mellem teknologisk tænkning, selvdisciplinering og magi (Steffen og Tjørnhøj-Thomsen, 2004). Når tilværelsens grundlæggende besværligheder og usikkerheder således i stigende grad omtales som noget, der kan kontrolleres og håndteres ved hjælp af særlige teknikker, redskaber og værktøjer, så ligner det på mange måder det, som tidligere tiders antropologer beskrev som magi blandt primitive samfund. Såvel i tidlige som nutidige forståelser forbindes magi som regel med primitive, eksotiske og før-moderne folkeslag og med irrationelle, virkningsløse og pseudovidenskabelige handlinger. Magisk tænkning bliver derfor ofte fremstillet i skarp modsætning til den vestlige verdens fornuftstænkning og videnskab. Nyere studier har dog vist, at magi også udfoldes i moderne, vestlige samfund sammen med og samtidig med videnskabelige forklaringsmodeller. Den danske antropolog Inger Sjørnslev skriver i bogen *Gudernes Rum* (1995), at "jo mere effektiv og præcis videnskaben bliver i én forstand, jo mere forsigtig bliver den, hvad angår evnen til at give umiddelbare forklaringer" (p. 62). Den bliver dermed også mindre og mindre egnet til at være den ledetråd for handling, almindelige mennesker har brug for som hjælp i det daglige liv. Det er her – i dette usikre rum – at magien eller det magiske arbejde bliver relevant som en måde at handle på.

Magi vedrører således individuelle handlinger og besværgelser og kollektive ritualer, der har til hensigt at forklare, håndtere eller manipulere og kontrollere det uforklarlige eller usikre. I de seneste år er der lavet flere ph.d.-afhandlinger inden for psykologi og pædagogik, som har været optaget af, hvordan alvorligt syge mennesker bruger personlige ritualer eller alternative og/eller religiøse ritualer for at håndtere angsten og overleve psykologisk i den meget svære situation. En nytænkning af magi som en del af dagliglivets håndtering af kriser, konflikter og usikkerhed er således et oplagt forskningsområde for den humanistiske sundhedsforskning.

Referencer: Malinowski, Bronislaw (1935): *Coral Gardens and their Magic*. London: George Allen and Unwin Ltd. Sjørnslev, Inger (1995): *Gudernes Rum. En beretning om ritualer og tro i Brasilien*. København: Gyldendal. Steffen, Vibeke & Tine Tjørnhøj-Thomsen (2004): *Teknologi, selvdisciplinering og magi. Socialmedicinsk tidsskrift nr. 6: 520-30*. Göteborg. Svendsen, Mette Nordahl (2004): *The Space in the Gap. A Study of the Social Implications of Cancer Genetic Counselling and Testing*. Ph.d.-rækken nr. 26. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet. Tjørnhøj-Thomsen, Tine (1999): *Tilblivelseshistorier. Barnløshed, slægtskab og forplantningsteknologi i Danmark*. Ph.d.-rækken nr. 12. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet.

5. ÆSTETISKE ASPEKTER AF SUNDHED OG SYGDOM Opfattelser af sygdom har æstetiske dimensioner. Nogle syge er blevet oplevet som ulækre eller grimme, for eksempel spedalske, mens andre er blevet set som smukke og æteriske, for eksempel 1800-tallets unge tuberkuløse. Lignende forskelle kan man finde i synet på sundhedsskadelig adfærd; eksempelvis er rygning efterhånden blevet ulækkert, mens bronzegylden hud efter overdreven solbadning stadig af de fleste opleves som smukt. Hvad der opleves som smukt, og hvad der opleves som frastødende, ændrer sig over tid, ligesom det heller ikke er ens fra sted til sted. Feltet er vigtigt, fordi der træffes mange beslutninger på grundlag af sygdommens æstetiske dimensioner. Der er for eksempel stor forskel på den mængde ressourcer, der bruges i sundhedsvæsenet på forskellige sygdomme – forskelle der ikke altid kan forklares med sygdommens alvor, med hensyn til deres bidrag til dødeligheden og den lidelse, de forårsager, eller med deres hyppighed. Der er forskel på, hvilken status det har at beskæftige sig med forskellige sygdomme, for eksempel har cancer højere status end muskel-skeletlidelser og psykiske sygdomme. Nogle sygdomsorganisationer er ligeledes bedre i stand til at indsamle penge. Det sidste beror naturligvis også på, om de er mere eller mindre dygtige, men de billeder, vi har af forskellige sygdomme, spiller også ind. Der mangler forskning i, hvad der giver en sygdom hvilken status.

Der knytter sig også moralske aspekter til sundhed og sygdom; sund-

hed ses i nogle sammenhænge som en moralsk fordring, og sundheds-skadelig adfærd opfattes som umoralsk eller tegn på svag karakter. Men mens der har været nogen forskning, der har beskæftiget sig med de etiske dimensioner, er de æstetiske meget lidt undersøgt i Danmark.

Internationalt er sådanne studier et forskningsområde i vækst. Det er et felt, hvor ikke mindst humanioras æstetiske fag – filmvidenskab, kunsthistorie, litteraturvidenskab, medievidenskab etc. – kan bidrage med meget nyt, som kan give en dybere forståelse af sundhed og sygdom både nutidigt og historisk.

Der kan forskes i emner som, hvordan sundhedsvæsenet bliver gestaltet i litteraturen og billedet af sundhed og sygdom i opera- og teaterkunsten. Analyser af billedkunst, litteratur, film, dagblade, ugeblade, reklamer og musikvideoer er oplagte måder at angribe denne problemstilling på. De billeder, vi præsenteres for i disse medier, udtrykker på en gang tidens opfattelser og er med til at reproducere eller ændre dem. Kiosklitteraturen har fra slutningen af 1800-tallet gjort sit til at romanisere læger og sygeplejersker. Og Thomas Manns 'Der Zauberberg' har sandsynligvis ligesom operaerne 'La Traviata' og 'La Bohème' bidraget til den tragiske skønhed hos tuberkulosesyge. Herman Bang brugte tuberkulosen som billede på lidelsen i 'Ved Vejen'.

I helt moderne kunst findes en anden form for optagethed af den syge krop og af deformation eller ødelæggelse af kroppen. Eksempler ses hos Christina Hesselholdt (i 'Køkkenet, gravkammeret og landskabet' (1991), 'Det skjulte' (1993)) og Mads Brenøe (novellesamlingen 'Så megen Vrede' (1993) og romanen 'Bjerget' (2001), hvor hovedpersonen er voldsomt overvægtig).

Et eksempel på en analyse af ugeblade, reklamer og etikettebøger er Ulrika Torells "Den rökande människan". Hun viser, at billedet af rygeren har ændret sig. Rygeren var smart eller bohemisk i 1940'erne, i 1980'erne blev det en taberrolle, mens rygerfiguren nu atter rummer en trodsig attraktion i for eksempel modereportager.

Analyser af forskellige sygdommes behandling i dags- og fagpressen findes i Anker Brink Lunds 'Smitsomme sygdomme i dansk journali-

stik'. Her ligger vægten ikke kun på det æstetiske, men også på mediernes betydning for sundhedspolitikken.

Filmmediet er også interessant i denne henseende; der findes mange film, som helt eller delvis behandler sundhed og sygdom. Milos Formans klassiske 'One Flew over the Cuckoo's Nest' (1975) har haft en meget stor betydning for den gængse opfattelse af psykiatrisk behandling. På tilsvarende måde giver Richard Eyres 'Iris' (2001) om den aldrende filosof Iris Murdochs sidste år et indblik i Alzheimer-sygdommens sociale og menneskelige konsekvenser. Det er sandsynligt, at Wolfgang Petersens 'Outbreak' (1995) har formet den populære opfattelse af de drakoniske metoder, der kan komme på spil ved bekæmpelsen af meget smitsomme og dødelige epidemiske sygdomme. Inden for dansk film kan blandt andet nævnes Nils Malmros' 'At kende sandheden' (2002) om thorotrast-sagen.

I performancekunsten findes eksempler på kunstnere, der udsætter deres egen eller andres kroppe for smerte og mishandling. Blandt andre den franske 'Orlan' (kunstnernavn), der underkaster sig diverse kropsforanderende operationer offentligt for så at sige at gøre sig selv til foranderlig skulptur (værkeksempel: Omniprésence, 1993), og billed- og performancekunstneren Hannah Wilke (1940-1993), der fotograferede sin kræftsyege døende moder (fx skaldet eller nøgen med ét bryst og operationsar) og siden dokumenterede sin egen sygdom. Den moderne kunsts konfrontation med kroppens smerte og foranderlighed (et klassisk carpe diem motiv) har i anden fortolkning og regi sit massemediale modstykke i ikke mindst TV-mediets optagethed af det spektakulære, de sjældne og gerne det ulækre. Eksempler fra de senere år er fedme, børn der ældes i ekspresfart, siamesiske tvillinger, folk med sære ansigtssygdomme, mænd med bryster. Her tjener sygdommene som en blanding af raritet, gys og underholdning.

Nogle sygdomme bliver overhovedet ikke behandlet kunstnerisk. Det er også et æstetisk valg. Ser man på nutidig filmkunst, er patienter med AIDS og cancersygdomme ofte hovedpersoner, mens patienter med for eksempel diabetes eller kronisk obstruktiv lungesygdom ikke er det. De

langtrukne lidelser og daglige besværligheder tiltrækker sig ikke i samme grad opmærksomhed som den pludselige dødelige sygdom.

Forskning, der belyser de forskellige billeder af sygdom og sundhed, kan give en bedre forståelse af de kulturmønstre, der bestemmer, hvordan mennesker med bestemte sygdomme behandles både i og uden for sundhedsvæsenet. De æstetiske dimensioner af sygdommene har også betydning for, hvordan de syge oplever sig selv, ligesom øget indsigt i dette felt vil kunne få betydning for fordelingen af ressourcer for forskning og behandling mellem forskellige sygdomme. Det er også muligt, at det viser sig, at de billeder, der bliver skabt i kunst og medier, er andre end dem, der styrer prioriteringerne i sundhedsvæsenet eller på det politiske niveau. Det ville i givet fald også være interessant at få belyst.

Referencer: Anker Brink Lund: *Smitsomme sygdomme i dansk journalistik*, 1996. Ulrika Tor-ell: *Den rökande människan. Bilden av tobaksbruk i Sverige mellan 1950- och 1990-tal*, 2002.

6. UDVIKLING OG REFLEKSION I SUNDHEDSFAGLIGE PROFESSIONSKULTURER Professionaliseringen inden for sundhedsvæsenet knytter sig til et sundhedsbegreb, der har defineret sundhed som fravær af sygdom. Det er derfor i første række knyttet til sygdomsbehandling og -pleje, i anden række til forebyggelse. Men i de senere år har også bredere begreber om sundhed som fysisk og psykisk velvære været med til at definere sundhedsprofessionernes opgaver.

Professionaliseringen afspejler en central side af moderniseringsprocessen. I de vestlige samfund blev fra 1600-tallet opbygget strukturer, hvor uddannelse, eksamen og autorisation var en betingelse for at varetage erhverv, hvor ekspertise og høj faglig etik er af stor samfundsmæssig betydning. I Danmark gjaldt det i 1600-tallet præster og læger. I 1700-tallet kom jurister og jordemødre til. I 1800-tallet lærere og sygeplejersker, og i løbet af 1900-tallet er professionsorganisering blevet en bestræbelse for mange forskellige erhverv.

I sundhedsvæsenet har professionaliseringen betydet, at der i dag findes en betragtelig række professioner og mindst hundrede tusinde erhvervsudøvere i mere eller mindre professionelle sundhedserhverv. Disse professioners fagkulturer definerer i vid udstrækning sundhed og sygdom i samfundet. Fagkulturerne er ikke alene væsentlige for sundhedspersonalets selvopfattelse og arbejde. De leverer også præmisser både for befolkningens daglige livsførelse og for den sundhedspolitiske debat. Derfor er sundhedsprofessionernes forhold til deres egen viden og praksiserfaringer og deres subjektive involvering i deres profession et meget vigtigt forskningsfelt, som flere humanistiske fag bidrager til.

Professioners fagkulturer kan man også kalde professionskulturer. Dette begreb betegner kombinationen af den videnskabelige institutionsdannelse og den særlige tilværelsestolkning, som udvikles inden for de enkelte professioner. Det er gennem deres personlige tilegnelse af faget og de professionelle færdigheder, at den enkelte bidrager til at producere og reproducere den faglige kultur, han eller hun lever af og lever i. Flere faktorer bidrager til konstitutionen og udviklingen af den særlige fagkultur:

- faget – den teoretiske selvforståelse, den videnskabelige udvikling og den samlede konkrete vidensbase
- professionens arbejdsfunktion – udviklingen af de specifikke færdigheder, indplaceringen i arbejdsdelingen med andre professioner og deres placering organisatorisk i sundhedsvæsenets institutioner
- de arbejdende menneskers livshistoriske baggrund, den professionelle identitet som en central del af den personlige identitetssikring og som en central del af den personlige tilværelsestolkning

Hver for sig repræsenterer disse faktorer de objektive konstitutionsbetingelser for professionernes udvikling af en fagkultur. Disse faktorer vil i fagkulturens kontekst optræde som relativt selvstændige dynamikker, som i første omgang kan beskrives uafhængigt af hinanden, metodisk og praktisk. Man kan måske sige, at fagkulturen i sidste ende vil konstitueres i den subjektive tolkning af og indvirkning på disse dynamikker,

og at forståelsen af, hvordan dette sker, er den humanistiske forsknings bidrag til kvalificeringen af den enkelte professions fagkultur. Eksempler herpå findes i pædagogiske studier af professionsuddannelser, antropologiske og arbejdspsykologiske undersøgelser af organisationskulturen på hospitaler og psykologiske undersøgelser af patienters alternative tolkninger af deres alvorlige sygdom. Den humanistiske forskning kan også bidrage til en almen belysning af fagkulturers opståen, status og udviklingsperspektiver.

Professionskulturer er i første række knyttet til en faglighed. I de klassiske akademiske professioner har denne faglighed et videnskabeligt grundlag. Dette videnskabelige grundlag er et centralt element i legitimeringen af den givne professions sociale status og magt. Særlig den medicinske professionskultur har en tendens til at lukke sig om sin egen rationalitet og at definere andre fags rolle som hjælpediscipliner. Det er givetvis velbegrunderet i visse sammenhænge. For den humanistiske forskning gælder imidlertid, at dens egentlige potentiale i forhold til sundhedsprofessionerne består i at indgå som selvstændig part i en dialog med sundhedsprofessionerne om en kvalificering og uddybelse af deres professionelle selvforståelse. Dermed kommer den humanistiske forskning til at bidrage til en diskussion af de psykologiske og samfundsmæssige udfordringer, man står over for i de enkelte sundhedsprofessioner. Humanisters bidrag er ofte en relativisering af den professionelle selvforståelse. Historiske, videnskabsteoretiske, vidensfilosofiske og diskursanalytiske tilgange kan bidrage til at forstå faglighedens udvikling, dens baggrund i en bredere kulturel udvikling og dens potentielle konsekvenser for professionskulturen. Hermed problematiseres ofte den lidt ureflekterede daglige professionelle selvforståelse – hvilket naturligvis ikke altid umiddelbart fremstår som en hjælp.

Det danske sundhedsvæsen kan ses som et veludviklet eksempel på, at specialisering og et rationelt handlegrundlag i form af en videnskabelig forankring af de professionelle færdigheder samt en "professionsintern" normsætning hidtil har været set som vejen til sikring af kvalitetsudvikling i den samfundsmæssige opgaveløsning. Modsigelsesfyld-

te udviklinger i samfundet er baggrunden for, at professionskulturerne inden for sundhedssektoren i tiltagende grad er blevet sat under pres:

- større opmærksomhed på forebyggelse og sundhedsfremme
- voldsom medicinteknologisk udvikling
- organisatorisk centralisering og funktionspecialisering
- øget indsigt i betydningen af de psykologiske sider af både helbred og samspillet mellem patient og læge
- en stærk vækst i – eller større synlighed i – alternativ behandling

Det særligt interessante for sundhedsprofessionernes fremtid – og deres karakter og funktion i forhold til udviklingen af nye sundhedsbegreber og nye livsbetingelser – bliver derfor, hvordan disse dynamikker fortolkes og forvaltes af de professionelle erhvervsudøvere selv.

En meget vigtig faktor i professionernes subjektive og kulturelle grundlag er deres kønsmæssige sammensætning og ændringerne i den – særlig feminiseringen af medicin. Det afgørende spørgsmål er her ikke den faktiske kønssammensætning og ændringerne i denne, men spørgsmålet om på hvilken måde, det eventuelt farver professionens faglighed og kultur. I professionssociologien refereres der typisk til kønet som en konstant kulturel størrelse, der også præger de enkelte individers bevidsthed, holdninger og praksis. Men kønsforskningen peger på det historiske opbrud i køns karakterer og kønssocialisering. De professionelle fagkulturer inden for sundhedssektoren har været præget af den traditionelle kønsarbejdsdeling. Den samtidige udvikling i sundhedsprofessionernes arbejdsfelter og i samfundets kulturelle kønsprægning udgør et meget spændende felt for forståelse af subjektivitetens historiske udvikling gennem konkrete erfarings- og læreprocesser.

Humanistisk forskning i erfaringsdannelse, bevidsthedsdannelse og læreprocesser i det professionelle hverdagsliv, såvel som i forholdet mellem vidensudvikling og hverdagspraksis, kan derfor bidrage både til politisk-kulturelle forståelser af professionaliseringen af sundhedsbegrebet og til en mere reflekteret forståelse af den professionelle praksis som en permanent balance mellem defensiv kulturel reproduktion og

individuelle læreprocesser, der er grundstenen i faglig fornyelse og udvikling.

7. SYGDOMMENES OG SUNDHEDENS HISTORIE De store medicinske sejre, vaccinationen, hygiejnen, antiseptikken, aseptikken, antibiotikaen, har gjort det oplagt at skrive den vestlige medicins historie de sidste 200 år som én stor fortælling om fremskridt: Middellevetiden er steget, spædbørnsdødeligheden er faldet, det samme er sygeligheden i alle aldersklasser. Medicinen må naturligvis dele æren med den økonomiske vækst og sociallovgivningen, men forkert er fremskridtsfortællingen ikke. Alligevel er der meget mere at erkende gennem forskning i sygdommenes og sundhedens historie. Går man mere i detaljer, viser det sig nemlig, at det, der på overordnet niveau er én bevægelse fra skidt til bedre, består af mange modsatrettede konkrete udviklinger, der først på aggregeret niveau har denne bestemte retning. Det, der tilsammen er et stort dødelighedsfald, består af mange delgruppers dødelighedsfald på forskellige tidspunkter og med midlertidige stigninger for nogle grupper.

Historien er derfor et stort epidemiologisk laboratorium. Det eneste problem er, at man skal have oplysninger nok om de relevante forhold. På dette punkt har de skandinaviske lande en kildesituation, der er unik i verden: Der er næsten ikke grænser for, hvad man kan belyse inden for de seneste 2-300 år. Der findes materiale, der kan belyse konkrete sygdomsbehandlinger, mad, drikke, beklædning, boligforhold, uautoriserede behandlere, læsefærdighed og meget mere. Den svenske, danske og norske befolkning er registreret temmelig pålideligt og detaljeret fra slutningen af 1600-tallet. Fra begyndelsen af 1800-tallet blev kirkebøger, præsteindberetninger og folketællinger udført så professionelt, at dette materiale stort set kun har ventet på computerteknologien for at kunne udnyttes mere intensivt.

I disse år foregår der et stort arbejde med digitalisering af disse registreringer. I Danmark forestået af Dansk Data Arkiv. Efterhånden som

stadig mere bliver tilgængeligt i maskinlæsbar form, vil forskningsopgaver, der tidligere var uoverkommelige, kunne løses både hurtigt og billigt. På baggrund af de nu indtastede folketællinger fra 1787, 1801, 1834 og 1845 har det for eksempel været muligt at konstatere, at lovbestemmelsen fra 1810, om at alle sogne i Danmark skulle have en jordemoder uddannet ved den Kongelige Fødselsstiftelse, slog igennem på Bornholm på kun 20-30 år. Langt hurtigere end man tidligere har troet. I 1787, inden kravet om uddannelse, var de bornholmske jordemødre 65 år gamle i gennemsnit. I 1845, hvor alle var uddannede og havde lovkrav på en ordentlig løn, var gennemsnitsalderen faldet til 44 år (Løkke 1995 og Løkke 2002). Mødrenes dødelighed og spædbørnsdødeligheden faldt, så Danmark i perioden mellem 1880 og 1930 havde et af de mest effektive fødselsvæsener i verden målt på disse parametre (Loudon 1992). Et tidligt eksempel på effektiv sundhedspolitik. Mens Sverige og Danmark i 1800-tallet opbyggede fødselshjælpen efter nogenlunde samme principper, satte Sverige fra 1930 store ressourcer ind på at hospitalisere fødslerne. I 1945 foregik over 90% af de svenske fødsler således på hospital, mens det kun gjaldt cirka 35% af de danske. Alligevel har udviklingen i de to landes perinatale dødelighed bogstavelig talt været identisk. Et stabilt niveau på knap 50 promille indtil 1940, hvor der satte et spektakulært fald ind (Vallgård 1995).

De skandinaviske landes kildesituation muliggør også undersøgelser af sammenhængen mellem socioøkonomiske vilkår i barndommen og udviklingen af sygdomme senere. Ved Afdeling for Epidemiologi, Institut for Folkesundhedsvidenskab, er ph.d.-stipendiat Ida Viktorie Kolte netop gået i gang med et projekt, der skal belyse den voldsomme stigning i hjertesygdom som dødsårsag for mænd i perioden fra 1930 til 1965.

Mens der således allerede foregår nogen forskning i sygdomshistorie og i dødelighedens historie, er en kultur- og medicinhistorisk forskning i behandlingernes historie ikke genstand for megen forskning i dagens Danmark. Omkring år 1900 blev skrevet en del behandlingshistorie, hvis perspektiv var at stille de nyeste behandlingsformer i et strålende skær

på baggrund af fortidens fejltagelser og uforstand. I dag ville det være frugtbart at undersøge, om virksomme og skånsomme praksisser er gået tabt i skyggen af de meget effektive standardiserede behandlinger. Håndvask er et velkendt eksempel. I 1930'erne og 1940'erne vidste enhver dygtig husmor, at håndvask efter toiletbesøg, før måltider og før sengetid kunne redde børns liv ved at forebygge infektioner. Antibiotika fik håndvask til at gå af mode i børneopdragelsen. Men det er stadig ikke hverken behageligt eller godt for børn at være syge, selvom de ikke dør af det, så håndvaskepraksis er ved at blive genindført i nogle daginstitutioner. Der kan gemme sig viden, der kan føre til øget sundhed og/eller mere fintunet behandling eller forebyggelse mange andre steder.

Et felt med store potentialer er også undersøgelser af kulturelle faktorerens betydning for sygdomsudvikling og valget af forebyggelses- og behandlingsformer. Peter Christensen har arbejdet komparativt med forskellen mellem den danske stat og Osmannerrigets pestpolitik 1500-1800. Teologiske tolkninger af henholdsvis Guds og Allahs mening med pesten dannede baggrund for forskellige strategier. Gerda Bonderup har analyseret den danske befolknings relativt hurtige accept af koppevaccination sammenlignet med England.

Sammenfattende kan siges, at sygdommenes og sundhedstilstandens historie er et forskningsfelt med meget store potentialer både som bidrag til nutidens sygdomsbehandling og som bidrag til refleksion over en række væsentlige problemstillinger vedrørende livsvilkår, samfund og stat.

Referencer: Gerda Bonderup: *En kovending: koppevaccinationen og dens udfordring til det danske samfund omkring 1800*, Århus 2001. Peter Christensen: "In these Perilous Times": Plague and Plague Policies in Early Modern Denmark, *Medical History*, vol. 47:4, 2003, 413-50. Irvine Loudon, *Death in Childbirth*, 1992. Anne Løkke, The "antiseptic" transformation of Danish midwives, 1860-1920, I: Hilary Marland & Anne Marie Rafferty (red.): *Midwives, Society and Childbirth. Debates and Controversies in the Modern Period*, antologi i serien Stu-

dies in the Social History of Medicine, Routledge, London/New York 1997, side 102-133. Anne Løkke: "Did Midwives matter?" I: Hilde Sandvik m.fl. (red.), *Pathways of the Past*, 2002. Anne Løkke, Infant Mortality in Nineteenth Century Denmark. Regionality, Feeding Habits, Illegitimacy and Causes of Death, *Hygieja Internationalis*, vol. 3, No. 1, 2002, s. 115-150. Signild Vallgård, Trends in perinatal death rates in Denmark and Sweden 1915 - 1990. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 1995; 9:201-218.

8. BIOMEDICINEN SOM KULTURFÆNOMEN Den biomedicinske forskning er igennem de seneste årtier blevet en væsentlig kilde til økonomisk forandring, der har potentielt meget store kulturelle konsekvenser. Opdagelsen af DNA-strukturen i 1953 og den efterfølgende fremvækst af den molekylærbiologiske forskning satte en helt ny dagsorden for den medicinske forskning i 1960'erne og 1970'erne, og i de efterfølgende årtier har molekylære teknologier fået en stadigt voksende betydning for sundhedsvæsenet, især inden for diagnostikken, men i stigende grad også i den medicinske behandling.

Den globale vækst inden for biomedicinsk forskning og teknologi afspejles i statistikken over de amerikanske universiteters bevillinger. Af de cirka 21 milliarder \$, der blev brugt til universiteternes forskning og udvikling (R&D) i 1996, gik kun 19% til teknisk forskning og udvikling, herunder IT, medens biomedicinsk forskning stod for hele 28% og øvrige biologiske videnskaber for 27% af bevillingerne (N. Rosenberg i D. M. Hart, ed., *The emergence of entrepreneurship policy*, Cambridge 2003). I visse lande, fx Singapore, er den biomedicinske forsknings andel af universitetsbevillingerne endnu højere. Forskningsaktiviteterne inden for den farmaceutiske industri er af endnu større økonomisk betydning; fx var AstraZeneca's indtægter på salget af den populære mavesårsmedicin Losec, der er et af de nye molekylært specifikke præparater, som bygger på avanceret biomedicinsk forskning, omkring 6 milliarder dollars bare i år 2000.

Biomedicinen er således ved at blive en sværvægt i de udviklede landes markedsøkonomier. Den er også en væsentlig faktor i den øko-

nomiske og kulturelle globaliseringsproces. Biomedicinsk forskning og udviklingsarbejde foregår som et distribueret globalt netværk, hvor viden, kapital, arbejdskraft og produkter kontinuerligt overskrider nationale grænser, og hvor engelsk er det givne arbejdssprog – selv i flere danske firmaer. Biomedicinsk forskning og klinik er også en effektiv etnisk integrationsmekanisme – få vidensområder er så etnisk diversificerede som biomedicinen. Endelig overskrider den globale biomedicin grænserne mellem den private og den offentlige sektor, i og med at der sker et kontinuerligt flow af viden og humankapital mellem den nationalt finansierede forskning og et hav af små og store private virksomheder.

Biomedicinens medicinske og økonomiske gennemslagskraft har været ophav til en til tider følelsesladet offentlig debat. Nogle opfatter biomedicinsk forskning og teknologi som nøglen til fremtidens samfund, hvor sygdomme som cancer kan udryddes ved hjælp af molekylær terapi og genterapi, medens andre ser den som en trussel mod grundlæggende menneskelige værdier. Biomedicinen blev endog et tema i den seneste amerikanske valgkamp, hvor håbet om at bruge stamceller til at videreudvikle den regenerative medicin blev stillet over for religiøst funderede argumenter mod brugen af fostervæv til at dyrke embryonale stamceller. I mange lande, herunder Danmark, er den kraftige satsning på biomedicinsk forskning også blevet kritiseret, idet nogle grupperinger inden for sundhedsvæsenet mener, at vægtningen af udviklingen af molekylære behandlingsmetoder tager ressourcer og opmærksomhed fra forebyggelsen af sygdomme. Stamcelleforskning, kloning og i det hele taget muligheden for at manipulere med menneskets arveanlæg har også sat spørgsmålstejn ved fundamentale opfattelser om menneskets individuelle identitet og grænserne mellem maskine og menneske (cyborgs). Der er også blevet rettet kritik mod de store transnationale medicinalfirmaers dominans og mulighed for at påvirke forskning, behandlingsmetoder og sundhedsøkonomiske prioriteringer.

Internationalt er den molekylære biomedicin og dens konsekvenser for sundhedsforskningen og sundhedsvæsenet derfor blevet genstand

for en række humanistiske fags opmærksomhed. Det drejer sig for eksempel om epistemologiske studier af, i hvor høj grad biomedicinen har en specifik teori- og begrebsudvikling, som ikke ligner de klassiske eksakte videnskabers; om antropologiske og etnologiske studier af den biomedicinske laboratorie- og klinikultur; om lingvistiske og retoriske studier af biomedicinens sprog og kultur, herunder udvekslingen af metaforer mellem den biomedicinske kultur og kulturen i almindelighed; om historiske studier af de biomedicinske og kliniske videnskabers og teknologiers udvikling i efterkrigstiden og om studier af biomedicinens formidling i massemedier og populærkultur. Denne internationale humanistiske forskning om biomedicinen som videnskabelig kultur og dens interaktion med resten af samfundet og kulturen er efterhånden ganske omfattende. Flere internationale tidsskrifter publicerer i dag helt eller delvist humanistiske studier i biomedicinens kultur og historie.

Et forskningsområde, hvor dansk humanistisk forskning har gode forudsætninger for at levere et internationalt bidrag, er formidlingen af den biomedicinske udvikling i et længere historisk og kulturelt perspektiv. Her kan der især peges på mulighederne for et frugtbart samspil mellem på den ene side den humanistiske universitetsforskning om biomedicinen og på den anden side formidling af medicinens historie og materielle kultur i form af bevaring af den biomedicinske kulturarv og deraf følgende museumsudstillinger. Internationalt set er den humanistiske forskning om biomedicinen institutionelt adskilt fra de medicinske og medicinshistoriske museumsinstitutioner, og der foregår ikke meget samarbejde mellem de to institutionstyper. Den nye danske universitetslov, der lægger stor vægt på universiteternes formidlingsarbejde, giver en enestående mulighed for at etablere et sådant samarbejde mellem universitetsforskere og museumsfolk. Her vil studier af den danske biomedicins kultur og nutidshistorie være et potentielt humanistisk eksperimentområde, både for at oparbejde formidlingskompetencer blandt humanistiske sundhedsforskere og for at styrke de forskningsmæssige kompetencer i museumsverdenen. Man kan også pege på mulighederne for metodeudvikling inden for humanistisk

forskning, fx ved et reelt samarbejde mellem humanister og biomedicinere med henblik på udvikling af fælles forståelserammer og derigennem komme ud over den såkaldte 'science war'.

En privat fond (Novo Nordisk Fonden) har allerede taget initiativ til at styrke dette tværfaglige forsknings- og formidlingsområde ved hjælp af en treårig bevilling til integrerede historiske og museologiske studier af den moderne biomedicin som kulturfænomen. Det forskningsmæssige fokus i projektet ligger på det såkaldte repræsentationsproblem. Traditionelt set har historikere været interesserede i at repræsentere den historiske udviklings 'typiske', 'almengyldige' og 'normale' træk i tekstformat (bøger og artikler). Inden for museologien er der på den anden side erfaring for, at formidlingen (fx i form af udstillinger) fungerer bedst, hvis man fokuserer på det personlige og emotionelle, på lokale og marginale detaljer, det mærkelige, kuriøse og anekdotiske – og med vægt på de visuelle, auditive og materielle udtryk.

Her står to slags historisk og etnologisk repræsentationstænkning over for hinanden. Kan de forenes? Er det muligt at beskrive og forklare biomedicinens udvikling og samfundsmæssige og kulturelle betydning i samme humanistiske sprog og med de samme virkemidler som i museumsudstillinger om emnet? Repræsentationsproblemet bliver accentueret af, at biomedicinen er en uhyre abstrakt kulturel aktivitet, som er svær at beskrive og formidle til læsere/besøgende uden grundlæggende videnskabelige forudsætninger. Biomedicinen konfronterer derigennem hele det traditionelle museumsbegreb, der bygger på indsamling og udstilling af konkrete, sanselige, materielle genstande. Endvidere stiller de nye billeddiagnostiske teknologier, fx CT- og PET-scannere, spørgsmålstejn ved den traditionelle distinktion mellem museer (genstandssamlinger), arkiver (dokumentsamlinger) og billedarkiv (ikonografiske samlinger). Forskning om biomedicinens kultur kan derigennem bidrage til at nytænke forholdet mellem disse klassiske humanistiske praksisser.

Studier af biomedicinens kultur- og nutidshistorie er således et humanistisk forskningsområde, der omhandler et politisk, etisk og økono-

misk vigtigt kulturfænomen. Forskningsområdet inddrager grundlæggende diskussioner inden for nutidig historieteori, og resultaterne af forskningen vil kunne få store konsekvenser for, hvordan den hurtigt accelererende biomedicinske udvikling vil blive formidlet, forstået og vurderet af den danske befolkning.

Referencer: Ronald E. Doel og Thomas Söderqvist (eds.) *Writing Recent Science*. London, Routledge, in press 2005. Lene Koch, The meaning of eugenics: reflections on the government of genetic knowledge in the past and the present. *Sci Context*. 2004, Sep; 17(3): 315-31. N. Rosenberg I: D. M. Hart (ed.) *The emergence of entrepreneurship policy*, Cambridge 2003.

9. SUNDHED, STAT OG MAGT Spørgsmål om sygdom og sundhed håndteres ikke alene inden for en sundhedsfaglig sammenhæng. Staten og andre offentlige instanser regulerer både direkte og indirekte den sundhedsfaglige indsats. Staten opstiller ligeledes rammer for borgernes handlinger i relation til sygdom. Dette er ikke noget nyt. Gennem hele medicinens historie har ikke-lægelige instanser haft indflydelse på den professionelle håndtering af sygdom og sundhed. I middelalderen spillede kirken en væsentlig rolle. I statsdannelsesprocesserne i Europa i 16-1700-tallet spillede sundhedspolitik en vigtig rolle, fordi staternes overlevelse var afhængig af deres militære styrke. En sund og arbejdsfør befolkning, der kunne betale skatter og levere duelige soldater, blev derfor en væsentlig faktor i staternes rustningskapløb. Ved etableringen af demokratiske nationalstater i 1800-tallet fortsattes bestræbelserne i de fleste europæiske lande på at opbygge sundhedsvæsen, der skulle sikre befolkningens sundhed. Og i opbygningen af moderne velfærdsstater har sundhedsydelse overalt spillet en væsentlig rolle. I denne proces har sundhedspolitikens mål, midler og muligheder været genstand for løbende diskussion og forhandling.

De senere år har der blandt andet været ført diskussioner om sundhed og lighed eller retfærdighed i samfundet. Der rejses for eksempel

det spørgsmål, om sundhed er et middel til at fremme lighed og retfærdighed som overordnede samfundsmæssige mål, et middel til at fremme borgernes 'gode liv', eller om lighed og retfærdighed snarere er midler til at fremme sundhed. I den politiske og faglige diskussion er endvidere forholdet mellem lighed og borgernes frihed og personlige ansvarlighed blevet centrale temaer.

En anden aktuel diskussion er den såkaldte DJØFisering af sundhedsvæsenet. Sundhedsprofessionelle har reageret mod en efter deres mening stadig mere omfattende statslig kontrol af håndteringen af sundhed og sygdom. Man har blandt andet kritiseret, at politologer, økonomer, jurister og andre uden sundhedsfaglig baggrund spiller en stadig større rolle i organisering og forvaltning af sundhedsvæsenet. Denne udvikling ses undertiden som en systematisk underminering af de humanistiske holdninger, der har båret medicinsk behandling siden Hippokrates. Og udviklingen ses som en tilsidesættelse af medicinens egne forskningsperspektiver, som ifølge disse kritikere altid sætter den enkelte patient eller borger som fokus for den sundhedsfaglige praksis.

Sådanne diskussioner peger på behovet for forskningsmæssig belysning af en lang række spørgsmål fra både sundhedsvidenskabelig, samfundsvidenskabelig og humanistisk side. Sundhedsvæsenet må ses i sammenhæng både med velfærdstatens øvrige udvikling, med den samfundsøkonomiske udvikling i almindelighed og med den teknologiske og bioteknologiske udvikling, der skaber baggrund for nye og omkostningskrævende behandlings- og interventionsformer. Humanistisk sundhedsforskning bidrager til at belyse forholdet mellem stat, professionelle og borgere og de undertiden konfliktende perspektiver og værdier, som disse repræsenterer. I de seneste årtier har vigtige dele af denne forskning både internationalt og i Danmark ladet sig inspirere af Foucaults analyser af magt-relationer, bio-politik og 'governmentalitet'. Perspektivet er imidlertid blevet udvidet til at omfatte de mangfoldige processer og teknologier, der bidrager til at konstituere det 'autonome subjekt' under de aktuelle politiske og teknologiske vilkår.

Den amerikanske filosof Norman Daniels har arbejdet med ulighed.

Han argumenterer således for, at social ulighed i sig selv, altså ikke blot som baggrund for dårlig ernæring eller dårlig hygiejne, er sundhedsskadelig (Norman Daniels et al. 2000). Denne antagelse afføder en række spørgsmål af begrebsmæssig art (forståelsen af sundhed) og af teoretisk art (hvad kunne forklare en eventuel sammenhæng mellem ulighed i samfundet og reduceret sundhed). En interdisciplinær humanistisk sundhedsforskning kan bidrage til besvarelse af disse spørgsmål.

Udviklingen gennem de seneste 30-40 år stiller os også over for andre problemstillinger, som humanister kan bidrage til afklaring af. Som eksempel herpå kan nævnes forståelsen af behovsbegrebet. Afgrænsningen af borgeres 'behov' for behandling er traditionelt blevet opfattet udelukkende som et læge- eller sundhedsfagligt anliggende. Politikere og samfundsforskere har omvendt peget på, at menneskelige behov blandt andet er en funktion af den service, som på et givet tidspunkt stilles til rådighed for borgerne. Nogle hævder endvidere, at et markedsreguleret system kunne løse nogle af de problemer, som det traditionelle system med ekspertmæssig normering af behov har medført. Der lægges her op til, at patienter skal ses som forbrugere, der træffer informerede valg på et marked, hvor institutioner i indbyrdes konkurrence udbyder sundhedsservice. Forbrugernes valg skulle da være styrende for ressourceallokering mellem sundhedsvæsenets forskellige sektorer og dets institutioner. Humanistisk forskning kan bidrage til at belyse de grundlæggende begreber om behov contra præferencer og til at afklare, om sundhed samfundsmæssigt kan håndteres som en vare eller et forbrugsgode, eller om der er bestemte forhold ved sundhed og sygdom, som taler imod dette. Hvis prioritering ikke kan overlades til den sundhedsfaglige ekspertise, på hvilket grundlag kan der da prioriteres? Hvorledes kan man vægte prioritering af indsats mod livstruende sygdomme i forhold til indsats mod kroniske sygdomme med tab af livskvalitet?

Disse og en lang række beslægtede spørgsmål vedrører forhold, som traditionelt har optaget humanistiske forskere; spørgsmål om individ og samfund, om liberalisme over for kommunitarisme, om menneske-

syn, om autonomi i forhold til paternalisme og samfundsmæssige retfærdighedsideal, om lighed i sundhed. Der er en lang humanistisk tradition for behandling af sådanne spørgsmål. Både på et principielt og filosofisk niveau og på et antropologisk/historisk. Det nye er, at disse på mange måder klassiske spørgsmål nu optræder som konkrete udfordringer i sammenhæng med omstilling og udvikling af offentlige sundhedsvæsen. Internationalt har dette i løbet af de seneste år ført til en omfattende styrkelse af forskningen på området, ofte som et interdisciplinært samarbejde mellem humanistiske, samfundsvidenskabelige og sundhedsfaglige forskere.

Referencer: Norman Daniels et al.: *Is Inequality Bad for Our Health?* Beacon Press, Boston. 2000. P. Elsass, *Treating victims of torture and violence. Theoretical, cross-cultural and clinical perspectives.* New York: New York University Press, 1997. P. Elsass, Individual and collective traumatic memory. A qualitative analysis of PTSD-symptoms in two Latin-American localities. *CrossCultural Psychiatry*, 38, 2001, 306-316. Lene Koch og M. N. Svendsen, Providing Solutions-defining problems: the imperative of disease prevention in genetic counselling. *Soc Sci Med.* 2005 Feb.; 60(4):823-32. Creating the social question. Imagining society in statistics and political economy – in late nineteenth century Denmark, *Histoire sociale/Social History*, vol. XXXV, 70 2002, 393-422. Helle Samuelsen og Vibeke Steffen, The Relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology: Exploring new sites. 2004 *Anthropology & Medicine* vol. 11 No. 1:3-10. Signild Vallgård og S. Rise, Heyday and incipient decline of specialisation. Hospitals in Denmark 1930-1990. *International Journal of Health Services* 1999; 29: 431-57.

10. DEN MEDICINSKE KULTURARV En af forudsætningerne for at kunne drive humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom er, at den medicinske kulturarv bevares og gøres tilgængelig. Med medicinsk kulturarv menes her såvel apparater, instrumenter og møbler som billeder, trykte og utrykte tekster, patientjournaler med videre. I disse år foregår en omfattende aflevering af arkivalier fra hospitaler og andre sundhedsin-

stitutioner til statens arkiver. Her er det af stor betydning for fremtidens forskningsmuligheder, at der findes midler til at bevare materiale, som kan kaste lys over indholdet i den medicinske kernevirkosomhed, for eksempel den biomedicinske grundforskning og udviklingen af behandlingsmetoder. Denne type materiale er ofte u håndterligt og arbejdskrævende at finde, sortere og katalogisere i forhold til dokumenter som regnskaber og patientjournaler, der er produceret i ensartede velordnede serier.

Indsamling og bevaring af den materielle kulturarv på det medicin-historiske område varetages i Danmark først og fremmest af Medicinsk Museion (Københavns Universitet), Sygeplejehistorisk Museum (Kolding) og Stenomuseet (Århus). Det drejer sig om genstande, billeder og arkivalier og tegninger til belysning af medicinens historie. De medicin-historiske museers vigtigste opgave er at udbrede den historiske og kulturelle forståelse af sundhed og sygdom i historien – ikke kun til glæde for sundhedsprofessionernes selvrefleksion, men også til offentligheden. Det er vigtigt at fremhæve, at dette museale arbejde, ligesom øvrigt kulturhistorisk museumsarbejde, skal være forskningsbaseret – og her spiller humanistiske fagområder som etnologi og arkæologi, historie, kommunikationsforskning, litteraturvidenskab og museologi en væsentlig rolle.

Fortsat indsamling og bevaring af den medicinske kulturarv er en forudsætning for, at museerne kan varetage deres forsknings- og formidlingsopgaver. Det gælder ikke kun materiale, der belyser den ældre del af medicinhistorien, men også den nutidige medicinske kulturarv. Det gælder materiale, der kan belyse alle aspekter af sundhed og sygdom – folkesundhedsvidenskaben såvel som biomedicinen, odontologien og kiropraktikken. Også de uautoriserede behandlere er en del af vores fælles kulturarv.

Vor tids kulturarv risikerer helt at forsvinde, både i Danmark og internationalt, fordi sundhedsvæsenet ikke helt forstår, at det er af væsentlig betydning at bevare netop det, der opleves som selvfølgeligt og banalt i nutiden.

Anbefalinger

Der er et stort potentiale for humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom i Danmark. FKK har de seneste 20 år støttet en række netværker og projekter om humanistisk sundhedsforskning. Udbyttet af denne investering viser sig i disse år i form af forskere på internationalt niveau og adskillige dynamiske forskningsmiljøer. I øjeblikket etableres så småt forskningssamarbejder mellem humanistiske og sundhedsvidenskabelige forskere om konkrete projekter. Det er denne udvikling, tiden er inde til at styrke.

Selvom miljøerne er dynamiske, er de små og spredt på mange forskellige institutioner. Spredningen er på mange måder et gode, fordi den sikrer både faglige kernekompetencer og tværfagligt samarbejde: Den del af sundhedsforskningen, der foregår ved de enkelte humanistiske faginstitutioner, er metodisk og teoretisk i tæt kontakt med den faglige udvikling i de enkelte fag. Humanistiske forskere ved tværfaglige centre og ved sundhedsfaglige institutioner har daglig kontakt med forskere fra andre fag. Der er altså ikke grund til at satse på en samling af forskningen. Men problemet er naturligvis at opbygge en effektiv kommunikation mellem forskere ved de forskellige fag og institutioner. Derfor er det vigtigt at styrke muligheder for smidige og effektive samarbejder såvel interhumanistisk som mellem humanistiske og sundhedsvidenskabelige forskere. Både i form af personlige, uformelle netværk og i form af tværfaglige forskerteam i samarbejde om konkrete forskningsprojekter.

Vi anbefaler derfor, at der stilles midler til rådighed i det forskningsbevilgende system for tværfaglige samarbejder ved at gøre temaet 'sundhed, krop og kultur' til et prioriteret område fra 2006-2009.

Midlerne skal ikke på forhånd reserveres til særlige delemner på feltet, men udmøntes på baggrund af projekternes kvalitet, aktualitet og væsentlighed og ansøgernes dokumenterede forskningshøjde på internationalt niveau. Midlerne skal kunne søges til følgende:

- større forskningsprojekter inden for feltet krop, sundhed og sygdom betinget af, at projektgruppen består af forskere fra både sundhedsvidenskab og humaniora
- forskernetværk/konferencer til befordring af specifikke emnebaserede samarbejder inden for feltet
- emnebaserede ph.d.-kurser inden for feltet krop, sundhed og sygdom betinget af, at de deltagende ph.d.-studerende kommer fra både humanistiske og sundhedsvidenskabelige fag
- kortvarig ekspertbistand i tilknytning til konkrete tværfaglige forskningsprojekter – fra sundhedsvidenskabsfolk til humanister og fra humanister til sundhedsvidenskabsfolk

En sådan satsning vil kunne give resultater inden for en lang række emner, der ikke er begrænset til de 10 eksempler, vi har beskrevet i denne rapport. De 10 eksempler er imidlertid valgt for at pege på felter, hvor der er store udfoldede potentialer i humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom, og hvor de faglige kompetencer er til stede i Danmark på et niveau, så denne forskning vil kunne gøre sig gældende internationalt. Eksemplerne er:

- Sundhedsfremme og sundhedsoplysning
- Sygdom og identitet
- Evidens og etik
- (Krops-)teknologi og risikohåndtering
- Æstetiske aspekter af sundhed og sygdom
- Udvikling og refleksion i sundhedsfaglige professionskulturer
- Sygdommens og sundhedens historie
- Biomedicinen som kulturfænomen
- Sundhed, stat og magt
- Den medicinske kulturarv

Appendix

HUMANISTISK FORSKNING I KROP, SUNDHED OG SYGDOM VED DANSKE FORSKNINGSinSTITUTIONER

Her følger en oversigt over seniorforskere ved danske forskningsinstitutioner, der beskæftiger sig med humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom. Oversigten er udarbejdet af sekretær for temarapporten Lise Gerda Knudsen, der har gennemgået institutionernes hjemmesider og spurgt sig frem i miljøerne. Vi beder derfor om forståelse, hvis denne metode har medført, at der er forskere eller miljøer, som burde være nævnt, som ikke er det.

Aalborg Universitet

Ved Institut for Kommunikation arbejder Kurt Dauer Keller med projektet "Humanvidenskabernes opfattelse af psykoser".

Ved Institut for musik og musikterapi arbejder en række forskere med musikterapeutisk forskning, hvor humanistiske aspekter og tilgange er koblet til klinisk-empirisk forskning. Det drejer sig om

projekter vedrørende musikterapi i hospitalspsykiatrien (korttids- og langtidsterapi med børn, unge og voksne med mange forskellige psykiatriske diagnoser, fx personlighedsforstyrrelser og skizofreni) (Inge Nygaard Pedersen, Niels Hanibal og Ulla Holck), musikterapi i onkologien (korttidsterapi med patienter i kemoterapi og i rehabilitering) (Lars Ole Bonde), musikterapeutisk assessment (specielt inden for området børn med psykiske eller fysiske funktionsnedsettelser/udviklingshæmmede) (Tony Wigram) og musikterapi i ældreplejen (specielt mennesker med demens/Alzheimer) (Hanne Mette Ochsner Ridder).

Aarhus Universitet

Afdeling for Filosofi ved Institut for filosofi og idehistorie huser forskningscenteret "Sundhed, Menneske og Kultur – Center for Humanistisk Sundhedsforskning ved Afdeling for Filosofi" (centerleder Uffe Juul Jensen), som er et samarbejde

mellem medarbejdere ved universiteterne i Århus (Uffe Juul Jensen, Morten Raffnsøe-Møller, Steen Wackerhausen, Finn Olesen, Karen Munk, Torben Erhardt Andreassen), København (Lene Otto, Thomas Højrup, Ole Bernild, Ole Dreier, Peter Elsass, Morten Nissen), Roskilde (Charlotte Højholt) og Syddansk Universitet (Lotte Huniche) samt forskere ved institutioner i eller i tilknytning til sundhedsvæsenet (Tove Borg, Hammel Neurocenter; Hysse Forchhammer, Glostrup Amtssygehus, Henrik Jørgensen, Etisk Råd). Centeret, der udspringer af et SHF projekt "Sundhed, Menneske og Kultur" (1990-94), er rammen om en række af afdelingens forskningsaktiviteter vedrørende humanistisk sundhedsvidenskab (håndtering af sundhed og sygdom i relation til stat, civilsamfund, det professionelle system og biomedicin/bioteknologi), medicinens og sundhedsfagernes filosofi, videnskabsteori og etik. I relation til Afdeling for Filosofi gennemføres endvidere projektet: Refleksion i praksis (Steen Wackerhausen). Afdeling for Filosofi huser forskningsprogrammet NAMICONA (Naturalised Mind – Cognisant Nature), der blandt andet omfatter spørgsmål i relation til aktuel hjerneforskning (Jakob Hohwy).

Ved afdeling for filosofi forskes der i øvrigt i etiske og politisk filosofiske

spørgsmål i relation sundhedsvæsen, sundhedspraksis og medicinsk teknologi – herunder moderne etiske teorier i forbindelse med teorier om det gode liv (Jørgen Husted, Morten Dige, Hans Fink). Ved afdeling for idehistorie forskes blandt andet i spørgsmål i relation til velfærdsstat og sundhedsfremme (Jens Erik Christensen).

På Afdeling for Antropologi og Etnografi ved Institut for Antropologi, Arkæologi og Lingvistik forskes i et bredt spektrum af problemstillinger inden for den medicinske antropologi. Blandt afdelingens faste personale forskes primært i emnerne sundhedsfremme og hverdagsliv (Lotte Meinert), sociale aspekter af HIV og AIDS (Lotte Meinert og Jens Seeberg), etik i almen praksis (Jens Seeberg), køn og reproduktiv sundhed (Anne Line Dalsgård), kulturel epidemiologi (Poul Pedersen) og funktionelle lidelser og sygdomsadfærd (Bjarke Paarup). Afdelingen har og har haft en lang række ph.d.-studerende med projekter om sundhed og sygdom. Afdelingen huser en række større forskningsindsatser inden for området bl.a. "Health System Reform and Ethics" (Jens Seeberg/RUF), "Hjernen i kontekst og kommunikation" (Andreas Roepstorff/Forskningsstyrelsen), "Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse" (Bjarke Paarup & Mette Bech Risør/SSVF).

Afdelingen indgår i et forskningssamarbejde med Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Århus Universitets-hospital bl.a. med det fælles forskningsprojekt "Funktionelle lidelser og sygdomsadfærd i almen praksis" (SSVF); med Center for Funktionel Integrativ Neurovidenskab, Aarhus Universitet; i ENRECA projektet "Tororo Community Health" (TORCH); med Rygambulatoriet Vendsyssels Sygehus, Hjørring med projektet "Ryglidelser og økonomisk kompensation" (Velux Fonden). Afdelingen udgiver sammen med Medicinsk Antropologisk Forum "Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund".

Sundhedsforskningen på Institut for Historie og Områdestudier omhandler emner som folkemedicin, kolera og koppevaccination (Gerda Bonderup), medicins socialhistorie i Sydasi (Niels Brimnes) og døden i historien (Agnes Siggerdur Arnórsdóttir).

Ved Psykologisk Institut er en betydelig del af den klinisk-psykologiske og klinisk relevante forskning humanistisk i sin tilgang.

Center for Kvalitativ Metode har under Steinar Kvaales ledelse i mange år været en central formidler af kundskaber og færdigheder i interviewteknik og kvalitative metoder generelt. Psykoonkologisk Forskningsenhed under Bobby

Zachariaes ledelse driver og har drevet en mangfoldig og bredt anlagt forskning om sammenhængen mellem psykologiske forhold og kræft. En del af denne forskning har et humanistisk tilsnit. Det gælder særligt de dele, som er optaget af sammenhængen mellem forskellige psykosociale forhold og kræft, og de dele, som er optaget af læge-patient kommunikationen. Ved Psykologisk Institut forskes endvidere i kognitiv neurovidenskab af relevans for humanistisk sundhedsforskning (Klaus Bærentsen).

Ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aarhus Universitet udføres historisk forskning om psykiatri og katolske sygehuse på Institut for Sygeplejevidenskab (Merete Bjerrum, Susanne Malchau).

Ved Center for Bioetik, Det teologiske fakultet, Aarhus Universitet, forskes i bioetiske problemer (Sven Andersen).

Danmarks Pædagogiske Universitet Forskningsprogrammet "Miljø og Sundhedspædagogik" ved Danmarks Pædagogiske Universitet er rammen om en række humanistiske forskningsprojekter, der relaterer til sundhedsområdet. Her arbejdes blandt andet med udvikling af målgruppers indsigt, vilje og evner til at handle i forhold til sundhedsproblemer (Kristian Larsen, Martin Bayer) og med

sundhedsbegreber og menneskers opfattelser af muligheder og barrierer for handling inden for sundhed (Bjarne Bruun Jensen, Bente Jensen).

Københavns Universitet

Ved Institut for antropologi arbejder en række forskere og forskerstuderende med emner inden for medicinsk antropologi herunder international sundhed, lægemidler, AIDS, reproduktiv sundhed, handicap og social ulighed (Susan Reynolds Whyte, Hanne Mogensen, Tine Gammeltoft), narrativer, identitet, rehabilitering, misbrug, tværkulturel psykiatri, socialpolitik og teknologi (Tine Tjørnhøj-Thomsen, Steffen Jöhncke, Vibeke Steffen). Institutet deltager i samarbejde med Folkesundhedsvidenskab i det nyoprettede center for international sundhed, CISU, som blev indviet i nyindrettede lokaler på det gamle Kommunehospital i juni 2004. Desuden har instituttet modtaget en forskningsbevilling fra SHF til et center med projektnavnet: "Social Difference and Health Promotion: Policies, Values, Lifeworlds", som ligeledes involverer et samarbejde med Folkesundhedsvidenskab. Centrets hovedsæde er på Institut for Antropologi med Susan Reynolds Whyte som projektleder. Formålet med projektet er at udvikle en kritisk og komparativ forståelse for sund-

hedsfremmepolitik i relation til sociale forskelle.

Ved Center for Kvinde- og Kønstudier forskes i køn, krop og seksualitetens historie herunder lægevidenskabens rolle i formningen af kønnet (Bente Rosenbeck).

Ved Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik forskes inden for anvendt etik i problemstillinger vedrørende for eksempel dødshjælp, abort og befrugtningsteknologi (Nils Holtug) samt i medicinsk etik og bioetik (Klemens Kappel).

Ved Saxo-Institutets afdeling for Etnologi forskes i medicinhistorie og sundhedsoplysningens historie (Signe Mellemgaard) og i kroppens, følelsernes og kønnets historie (Tine Damsholt) samt sundhed og sygdom i et velfærdsstatsligt perspektiv (Thomas Højrup, Lene Otto). Ved instituttets Afdeling for Historie forskes i pestens historie i Mellemosten og Europa (Karl-Erik Frandsen, Peter Christensen). Et SHF- og SSVF-finansieret projekt med deltagelse af to post doc'er (en kemiker og en historiker) om mad, drikke og tobak i 1800-tallets Danmark ledes af Ole Hyldtoft. Endvidere forskes i alkoholismens og psykiatriens historie (Sissel Eriksen) og i sundhedsvæsenets, fødselshjælpens, børnedødelighedens historie (Anne Løkke).

Ved Institut for Psykologi kan en bety-

delig del af den voksenkliniske og børne- kliniske forskning karakteriseres som humanistisk i sin tilgang. På Center for Humanistisk Sundhedsforskning under Peter Elsass' ledelse undersøger man ud fra et bredere kulturpsykologisk perspektiv udvalgte problemer inden for sundhedsområdet, blandt andet senfølger og overlevelsesstrategier hos mennesker med polio som børn, spiritualitet og helbredelsesvirksomhed i nutiden, rygsmerter og evidens. Her forskes blandt andet i forholdet mellem patienters hverdagsliv og psykoterapeutisk praksis (Ole Dreier) og i forholdet mellem statslig og social praksis, sygdom og sundhed (Morten Nissen).

Ved Institut for Folkesundhedsvidenskab foregår humanistisk forskning ved flere afdelinger. På Afdeling for International Sundhed – som er en del af Center for International Sundhed og Udvikling (CISU) – arbejder antropologer med sundhedsforhold, sundhedsopfattelser og sundhedssystemer i lavindkomstlande (Helle Samuelsen). Lignende problemfelter udforskes på Afdeling for Medicinsk Kvinde- og Kønsforskning med særlig vægt på seksuel og reproduktiv sundhed (Margrethe Silberschmidt). På Afdeling for Sundhedspsykologi bedrives humanistisk forskning inden for en række af de store folkesygdomme, dels om psykologi-

ske aspekter af somatiske sygdomme og dels om psykiske sygdomme. Med projektet "Religion og helbred i et sekulært samfund" deltager afdelingen i Københavns Universitets satsning "Religion i det 21. århundrede" (Peter la Cour). På Afdeling for Social Medicin forskes i sociale konsekvenser af sygdom (Ulla Christensen), og på Afdeling for Sundhedstjenesteforskning forsker historikere og antropologer i sundhedsvæsenets, sundhedspolitikens og lægevidenskabens historie, i nye medicinske teknologier herunder de genetiske og i indvandreres møde med sundhedsvæsenet (Lene Koch, Signild Vallgård). Medicinsk Museion huser projektet "Danish Biomedicine 1955-2005: Integrating Medical Museology and the Historiography of Recent Biomedicine", der omfatter et tværfagligt team af historikere, etnologer, læger og kommunikationsforskere. Ved samme afdeling bedrives desuden forskning om kroppens historiografi og den medicinske biografis poetik og genrehistorie (Thomas Söderqvist). På afdeling for Medicinsk Videnskabsteori forskes i etiske aspekter af lægepatientforholdet (Peter Rossel, Michael Norup). På Forskningsenheden for Almen Praksis forskes blandt andet i patienters risikooplevelse (Susanne Reventlow).

Roskilde Universitetscenter

Ved Roskilde Universitetscenters Institut for Historie og Samfundsforhold arbejdes med homoseksualitetens og sexologiens historie (Karin Lützen), psykoanalysens kulturhistorie (Henrik Jensen) og natur- og lægevidenskabelige verdensbilleder i senmiddelalderen (Tove Kruse).

Ved Institut for Uddannelsesforskning bedrives forskning om professionsidentitet og uddannelse og læring i sundhedsprofessionerne, herunder kønnets betydning (Henning Salling Olesen, Bibi Hølge-Hazelton, Betina Dybbroe, Katrin Hjort), herunder i almen lægepraksis i et forsknings samarbejde mellem Institut for Uddannelsesforskning (RUC), Forskningsenheden for Almen Praksis og Institut for Almen Medicin (KU). Der foretages uddannelses- og kvalifikationsundersøgelser i sundhedsrelaterede uddannelser, herunder deres specifikke sundhedsdimensioner – i sygepleje-, pædagog-, social- og sundhedsassistent- og socialrådgiveruddannelserne (Kirsten Weber, Betina Dybbroe). Endvidere forskes i sundhedsfremme og trivsel i forbindelse med sårbare, udsatte og marginaliserede grupper: social-psykiatrisk indsats over for børn og unge (Linda Lundgaard Andersen), omgivelsernes betydning for børns fysiske aktivitet og sundhedstilstand i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed (Kim Rasmussen) samt

læreprocesser i forbindelse med vold i familien (Steen Baagøe Nielsen).

Syddansk Universitet

Den humanistiske sundhedsforskning ved Syddansk Universitet bedrives først og fremmest ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultets Institut for Sundhedstjenesteforskning. Her startede i januar 2005 en ny forskningsenhed ved navn Helbred, Mennesker og Samfund. Også andre enheder ved instituttet beskæftiger sig med humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom. Enheden Sundhedsfremme arbejder med adfærd, kultur, sociale omgivelser og sundhed (Kim Bloomfield, Silke Gräser), og ved enheden Almen Medicin forskes blandt andet i kulturmøder i sundhedsvæsenet (Beth Elverdam). Under forskningsenheden "Idræt, Krop og Sundhed" på Institut for Idræt og Biomekanik arbejder blandt andet antropologer med forskningsprojektet "Krop, sundhed og samfund. Sundhedsbegrebets mangfoldighed og foranderlighed specielt med henblik på Danmark i perioden efter 1945" (Helle Plough Hansen, Helle Johannessen).

Det Humanistiske Fakultets Institut for Filosofi og Religionsstudier har lagt hus til enkelte forskningsprojekter på sundhedsområdet, eksempelvis er der blevet forsket i moralfilosofi og medicinsk filosofi (Caroline Schaffalitzky de

Muckadell). Ved Institut for Historie, Kultur og Samfundsbeskrivelse arbejder Lars Bisgaard med sygdomshistorie.

Øvrige forskningsinstitutioner

Ved Institut for Samfundsfarmaci på Danmarks Farmaceutiske Universitet forsker Janine Morgall Traulsen i "De nye forbrugere af medicin" og "Befolkningens opfattelse af medicin". Institut for Human Ernæring ved Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole huser forskningsenheden "Den forbrugssociologiske gruppe", der tæller fire sociologer, en antropolog og en historiker. Enheden forsker i, hvad hensynet til sundhed betyder i forhold til dagligdagens spisevaner. I relation til den uafhængige institution Center for Etik og Ret (etableret under Peter Kemps ledelse) forskes i grundlagsproblemer angående bioetik og ret (Jacob Dahl Rendtorff) og i spørgsmål i relation til fødevarer og etik (Christian Coff).

Ved Statens Institut for Folkesundhed (SIF) er humanister en del af den arbejdsstyrke, der forsker i forskellige sundhedsvidenskabelige områder. På Afdeling for Grønlandsforskning forsker humanister eksempelvis i kommunikation mellem læge og patient og i selvvurderet helbred (Tine Curtis, Karo Thomsen). Etnografer og antropologer bidrager til SIF's Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser samt

til et større projekt om omgivelsernes betydning for børns fysiske aktivitet og sundhedstilstand i samarbejde med RUC (Pia Haudrup Christensen).

Ved Institut for Sundhedsvæsen (DSI), hvor der bedrives forsknings-, formidlings- og rådgivningsvirksomhed for og med det danske sundhedsvæsen, er ansat en enkelt antropolog (Mette Nordahl Svendsen), der forsker i de sociale implikationer af bioteknologi.

Ved Rigsarkivet forskes i Den sorte Død (Michael Gelting), mens der på Landsarkiverne arbejdes med medicinalberetninger og deres anvendelsesmuligheder i historisk forskning (Gerret Liebing Schlaber, Jørgen Mikkelsen).

FORMIDLING *Nedenfor nævnes eksempler på sammenhænge og institutioner, hvor der foregår formidling af humanistisk forskning i krop, sundhed og sygdom. Listen er udarbejdet af sekretær for temarapporten Lise Gerda Knudsen på baggrund af institutionernes hjemmesider.*

Forskningsformidling gennem undervisning

Formidlingen af humanistisk forskning inden for sundhedsområdet sker en række forskellige steder og på en række forskellige måder, ikke mindst ved uddannelsesinstitutionerne. En interhumanistisk formidling foregår på de institutioner, hvor den humanistiske sundhedsforskning bedrives; eksempelvis ved universiteternes humanistiske fakulteter, hvor forskningen formidles både til bachelor-, kandidat og ph.d.-studerende.

Ved Københavns Universitets Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik udbydes eksempelvis kurser i anvendt etik med fokus på blandt andet de etiske problemstillinger, som den moderne bioteknologi rejser; selektion af menneskelige æg, eugenik med videre, ligesom der ved Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, gives undervisning i psykologiske faktorer påvirkning af sundhed og sygdom. Ved Institut for Antropologi, Arkæologi og Lingvistik, Københavns Universitet, bliver

der undervist i medicinsk antropologi. Med jævne mellemrum udbyder universiteternes historiske institutter undervisning i for eksempel de store epidemiske sygdommes historie, seksualitetens historie eller dødens historie.

På Denmark's International Study Program (DIS) tilbydes eksempelvis kurser i "The Impact of Epidemic Disease upon European History".

Flere forskerskoler henvender sig til ph.d.-studerende med både humanistiske og sundhedsfaglige uddannelser. Her kan nævnes Forskerskolen for Folkesundhedsvidenskab og Forskerskolen i International Sundhed ved Københavns Universitet og Forskerskolen for Humanistisk Sundhedsforskning, som er blevet til i et samarbejde mellem Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Syddansk Universitet, Danmarks Pædagogiske Universitet, Odense Universitetshospital, Syddansk Sundhedsvidenskabeligt Forskningsforum og Forum for Professionsbachelorernes Forskningstilknytning.

Et stort – og stadigt voksende – område er formidling af humanistisk forskning til sundhedsprofessionerne. Både i forbindelse med de sundhedsvidenskabelige grunduddannelser og som efteruddannelser. De studerende ved Folkesundhedsvidenskabsuddannelserne ved Københavns Universitet og Syddansk

Universitet modtager undervisning fra forskere med baggrund såvel i sundhedsvidenskab som samfundsvidenskab og humaniora. Formidling til sundhedsprofessionernes bachelorstuderende sker desuden ved eksempelvis Syddansk Universitets uddannelse i Idræt og Sundhed, på Aarhus og Københavns Universitet (hvor medicinstuderende undervises i medicinsk filosofi og videnskabsteori), ved Jordemoderuddannelsen (hvor der blandt andet undervises i sundheds-pædagogik), ved sygeplejeskolerne og ved Danmarks Farmaceutiske Universitets Institut for Samfundsfarmaci.

Antallet af efteruddannelser med humanistisk indhold rettet mod sundhedsprofessionerne er i de seneste år steget kraftigt med en række nye masteruddannelser. København og Aarhus Universitet samarbejder om to sådanne, nemlig Master of Public Health og Master i Sundhedsantropologi. Aarhus Universitet udbyder desuden uddannelsen Master i Humanistisk Sundhedsvidenskab og Praksisudvikling, mens Københavns Universitets naturvidenskabelige fakultet kan tilbyde en Master i Idræt og Velfærd og dets sundhedsvidenskabelige fakultet en Master of International Health. På Syddansk Universitet udbydes masteruddannelser i Gerontologi og Rehabilitering, og på Danmarks Pædago-

giske Universitet kan man erhverve sig en Master i Sundhedspædagogik.

Forskningsformidling ved museer og arkiver

Ud over den formidling, der sker i form af undervisning, er humanister også i høj grad medvirkende til at bringe sundhedsforskningen ud til en bredere offentlighed. En vigtig aktør er her de museer, der behandler sundhedsvidenskabelige emner. Specialiserede i dette er Medicinsk Museion i København, Steno Museet i Århus og Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding. Desuden findes en række mindre samlinger og udstillinger med fokus på medicinhistorien, herunder eksempelvis Sct. Hans Hospitals Museum, der formidler psykiatriens historie, og farmacihistorisk samling i Hillerød.

En del af de danske arkiver er ligeledes aktive i formidlingen af den humanistiske sundhedsforskning. På Aalborg Stadsarkiv har man eksempelvis i 2004 haft fokus på kroppen, dels med temaet "Kroppen i byens og slægtens historie" i forbindelse med Arkivernes Dag den 13. november 2004 og dels med netudstillingen "Kroppen i lyst og nød". Arkiverne formidler desuden deres humanistiske forskning inden for sundhedsområdet med publikationer som eksempelvis

Social- og Sundhedsforvaltningen, 1899-1999 (Kolding Stadsarkiv, 1999) og Hjemmesygeplejersken på landet, 1945-1980 (Køge Byhistoriske Arkiv, 2004).