

SUNDHED, MENNESKE, KULTUR – bidrag til sundhedspsykologien

Hysse Birgitte Forchhammer

SUNDHED, MENNESKE, KULTUR er et humanistisk forskningsnetværk, der har beskæftiget sig med sundhedsforskning igennem de sidste ni år. En lang række psykologer fra Københavns og Århus Universitet har gennem denne periode været tilknyttet netværket. Gruppen har arbejdet med meget andet end sundhedspsykologi, men har alligevel både direkte og mere indirekte, bidraget til sundhedspsykologiens udvikling. Jeg har i det følgende udvalgt en række temaer fra gruppen arbejde og referencer til enkelte konkrete forskningsprojekter, som enten befinder sig i centrum eller i periferien af det sundhedspsykologiske landskab.

Ligesom det gør sig gældende for mange andre af psykologiens sub-specialer er det uklart, hvordan vi skal afgrænse eller på anden måde definere et fag som sundhedspsykologi. Lidt paradoksalt beskæftiger sundhedspsykologer sig traditionelt med syge mennesker, dvs. med, hvordan psykologi kan bruges i forbindelse med forebyggelse af legemlige sygdomme og til at forklare årsager til sygdomme. Kun i mindre omfang har vi herhjemme tradition for at beskæftige os med egentligt psykologisk helbredelse af legemlige sygdomme. Sundhedspsykologer beskæftiger sig ofte med, hvordan mennesker, på godt og ondt, lever med sygdom og, hvordan forskellige negative følger af sygdomme kan modvirkes, f.eks. ved hjælp af psykologisk intervention rådgivning, undervisning eller terapi.

Den sundhedspsykologiske tradition henter i høj grad teoretisk og tematisk inspiration fra amerikansk adfærdorienteret (sundhed)psykologi. I denne tradition står sygdoms- og sundhedsadfærd og påvirkningstrategier i centrum for arbejdet. Dansk sundhedspsykologi er samtidig præget af særlige danske eller nordiske traditioner og temaer. Dette hænger sammen med, at dansk (sundheds)psykologi henter inspiration fra europæisk fænomenologi og psykoanalyse i disse traditioners både traditionelle og

Hysse Birgitte Forchhammer er cand.psych., ph.d. og ansat som chefspsykolog på Gentofte Amtssygehus neurologisk afdeling, er for øjeblikket ansat som seniorforsker ved Center for Forskning og Udvikling på Ældreområdet, hvor hun forsker i apopleksi og hverdagsliv.

mere kritiske versioner, men i høj grad også det forhold, at det danske sundhedssystem, og dermed opfattelser af årsager til og behandling af sygdom, har en særlig struktur og historie.

Det var en af tankerne bag projekt Sundhed, menneske, kultur, at dansk sundhedspsykologisk forskning manglede et tværvideenskabeligt forum, hvor ikke alene forskellige fag men også forskellige teoretiske og metodiske tilgang mødtes. På trods af forskelligheder var et fælles samlingspunkt for gruppen bl.a. vægtningen af en historisk tilgang til forskningsfeltet.

For alle deltagerne i *Sundhed, Menneske, Kultur* har en historisk tilgang til gruppen forskellige temaer, altid været vigtig. For at belyse, hvorfor netværket blev dannet i slutningen af 1980'erne, og belyse udviklingen i valg af forskningstemaer, indeholder mit oplæg da også en historiske rammesætning. Den historiske interesse skal imidlertid ikke alene forstås som en optagethed af fortiden. Det historiske perspektiv er egentlig kun interessant, fordi det også fortæller os noget om de genstande vi beskæftiger os med nu og her. Det kan åbne vores øjne for over sete selvfølgeligheder og give os indsigt i, hvordan forandringer finder sted.

Tværfaglig sundhedsforskning som historisk fænomen

Interessen for tværfaglig sundhedsforskning med bidrag fra fag, der ikke traditionelt har beskæftiget sig med sygdom og sundhed, har været stigende gennem de senere år. En række samfundshistoriske forhold belyser, hvorfor denne interesse netop opstod i denne periode.

Den samfundspolitiske debat var i slutningen af 80'erne præget af forskellige angreb på de eksisterende velfærdsinstitutioner. Bl.a. sundhedssystemet var i søgelyset for forskellige former for kritik. Der blev fra mange sider stillet spørgsmålstejn ved den måde det var organiseret på, og de resultater – eller mangel på samme – systemet producerede. Også de værdier, teorier og begreber, der syntes at dominere systemets opfattelse af sygdom og sundhed blev kritiseret, og der blev sat spørgsmålstegn ved i hvilket omfang, de afspejlede »almindelige mennesker« eller »brugernes« holdninger til sygdom og sundhed.

Sygdomsbilledet havde også på afgørende områder ændret karakter: Sygdomme blev diagnosticeret stadigt tidligere. Befolkningen blev ældre, og dermed øgedes den enkeltes risiko for i længere tid at leve med en eller anden lidelse.

Grænserne for sygt og raskt blev flyttet, og sygdomsbegrebet ændrede karakter: Afdækning af anlæg til sygdom, udpegning af øget risiko for sygdom eller diagnostik af endnu ikke symptomgivende sygdomme muliggjorde dette skred. Med andre ord, kunne den raske nu blot betragtes som en syg, der ikke var undersøgt godt nok!

Ny behandlingsteknologi og nye behandlingsstrukturer flyttede en del af behandling, opfølgning og rehabilitering væk fra sygehusene ud til ambulatorier eller helt ud i primærsektoren til patientens eget hjem. Mennesker levede i den forstand længere med deres sygdomme, men de levede også i flere forskellige og ikke kun institutionelle sammenhænge med bevidsthed om sygdom, og mere eller mindre forskellige former for tilknytning til det professionelle behandlesystem. Flere mennesker blev involveret i denne proces. S sammensætningen af ansatte i sundhedssektoren forandredes og nye professioner kom til. Også nye professioner som sundhedspsykologer, sundhedsøkonomer og sundhedsfilosofi så dagens lys.

De store velfærdsstatslige institutioner, som var opbygget siden 2. verdenskrig, trængte til forandring. Men der var uenighed om forandringen skulle være i form af nedskæringer og afvikling eller udbygning og udvikling. Sundhedssystemet blev beskyldt for at være for dyrt og for optaget af nye, avancerede teknologiske behandlingsformer rettet mod eksotiske sygdomme på bekostning af behandlingen af de mange mere banale og udbredte lidelser. Men samtidig blev systemet beskyldt for at være utidsvarende, nedslidt og der blev stillet krav om øget kvalitet og kontrol. Og det skulle vel at mærke ikke længere egenhændigt være lægerne, der foretog til- og fravalg og satte standarden for kvalitet. Systemet blev beskyldt for at være ufleksibelt og autoritært; egenrådigt styret af biomedicinsk tankegang. Patienten var ikke i centrum, og nye begreber som respekt for autonomi og brugerindflydelse blev lanceret som midler til at ændre på denne tingenes tilstand. Ikke mindst i lyset at de nye og umiddelbart mere omfattende opfattelser af, hvad sundhed er, havde de bio-medicinske løsninger på sundhedsproblemerne spillet fallit. Der var fortsat store uløste problemer i relation til de store folkesygdomme, som hjerte-karsygdomme og cancer, og alt i alt var mennesker ikke blevet lykkeligere trods megen behandling og store teknologiske investeringer. Systemet fokuserede på sygdomme og behandling, men glemte at målet egentlig var sundhed og forebyggelse!

Kritikken kunne ikke umiddelbart identificeres som specielt forstret på den højre eller venstre fløj af den politiske arena: Den nye sundhedsdiskurs var netop ikke forankring i bestemte interessegrupper eller partier. Meget kritik og løsningsforslag fik umiddelbart støtter på tværs af traditionelle skel. Både højre liberale og dele af venstrefløjen kunne umiddelbart tilslutte sig kritikken og de meget upræcise og overordnede krav om autonomi, brugerindflydelse og et skift fra biomedicinske og naturvidenskabelige standarder for sundhed til mere generelle mål om øget livskvalitet og subjektiv tilfredshed.

Som et svar på kritikken fik de biomedicinske fag og institutioner nye navne. Det kom til at hedde »sundhedsfaglig« fakulteter og »sundhedsfag«. »Sygdomsforebyggelse« blev døbt »Sundhedsfremme« og danmark fik en uddannelse i »folkesundhedsvidenskab«.

Patientorganisationer, der tidligere væsentligst havde koncentreret sig om at indsamle penge til behandlingsforskning eller udbrede kendskabet til bestemte sygdomme, udvider også deres dagsorden. Hele patientens livssituation var nu i fokus, og således bliver forskellige psykosociale problemstillinger en del af de arbejdsopgaver patientorganisationerne kom til at beskæftige sig med. I visse tilfælde begyndte man også at støtte forknings- og udviklingsarbejde inden for det sociale og psykologiske område.

Kejserens nye klæder?

Også udviklingen indenfor *humaniora* og *samfundsvidenskaberne* afspejlede disse forandringer. F.eks. tog faget sundhedspsykologi for alvor form i denne periode, ikke alene som akademisk disciplin, men også som selvstændig profession. Selv om denne nye gruppe psykologer først og fremmest beskæftigede sig med det syge mennesker og deres psykiske problemer, kom faget alligevel også til at hedde »sundhedspsykologi«. Parolen lød: »Sundhed er andet end fravær af sygdom« og behandlingens mål er ikke længere blot at bekæmpe sygdom. Hvad målet så skulle være, var sat til debat. Om end der fortsat eksisterede grænser for, hvordan målet nu skulle defineres, var det netop en centralt påstand forbundet med denne nye måde at betragte sundhed, at sundhed umiddelbart havde mistet sin binding til sygdom. Dermed kunne sundhed i princippet defineres som hvad som helst.

Projekt *Sundhed, Menneske, Kultur* blev fostret i denne samfundshistoriske periode. På én gang som en del af disse forandringsprocesser og samtidig som et forsøg på kritisk stillingtagen til alt dette nye. I 1990 støttede Statens Humanistiske Forskningsråd det samlede tværfaglige projekt *Sundhed, Menneske, Kultur*, der bestod af en række delprojekter og en fælles del. Forskergruppen bestod dengang af filosoffer, psykologer (sundheds-, geronto-, social og neuropsykologer) og etnologer.

Der blev bevilget penge til en række større forskningsprojekter samt en række skolarstipendier, phd-stipendier og midler til at invitere udenlandske forskere til møder og konferencer. Endvidere har der været afholdt et antal større og mindre arbejdskonferencer og en større offentlig konference. Gruppen har udgivet fællespublikationer (Juul Jensen & Fuur Andersen, 1994 og Juul Jensen, Qvesel, & Fuur Andersen, 1996), samt en lang række artikler og bidrag til bøger. Flere specialer og phd-afhandlinger er blevet til med mere eller mindre direkte reference til gruppen. Flere yngre forskere har været tilknyttet gruppen i kortere eller længere tid som del af deres forskeruddannelse. En del af gruppens konkrete forskningsprojekter har været medfinansieret af andre forskningsfonde.

Et fælles tema for gruppens medlemmer har været spørgsmålet, om – og i så fald: i hvilken forstand – alle disse umiddelbare forandringer og proklamationer af *nytænkning* inden for sundhedsområdet, afspejlede egentlige forandringer i sundheds*praksis*? Var der alene tale om, at skiltet på hoveddøren blev skiftet ud, når de medicinske fag skiftede navn, eller var der virkelig noget nyt i vente?

Jeg har i det følgende udvalgt fire overordnede temaer, der belyser forskellige aspekter ved forskningsnetværkets arbejde gennem de seneste ni år.

1. Sygdoms- og sundhedsbegreber

Et fælles tema for gruppen i starten af 1990'erne, og temaet for en række af de første forskningsprojekter som blev udarbejdet af nogle af gruppens medlemmer (f.eks. Elsass, 1992, Wackerhausen, 1994, Forchhammer, 1995, Otto, 1991, Kildegård, 1996), var netop udforskningen af de mange begreber, der blev lanceret til at benævne det nye, til at i-tale-sætte de forandringsprocesser, som i al fald på det retoriske niveau blev proklameret.

Et umiddelbart tilbageblik på historien får én til at sætte spørgsmålstegn ved, om der nu også tale om noget helt nyt og banebrydende: Det bio-psyko-sociale sundhedsbegreb havde eksisteret som idealbegreb for biomedicinen på verdensplan siden 40-erne. Kritikken af den snævre biomedicinske tilgang, opfattelsen af sundhed som noget langt mere omfattende end blot fravær af sygdom, kunne også i andre sammenhænge genfindes langt tilbage i dette århundrede. Vi finder f.eks. forsøg på mere systematisk psykosomatisk forskning tilbage i begyndelsen af 30-erne. Der eksisterede en parallel til den sundhedspsykologi vi kender i dag i 30-erne og 40'erne i USA, som var optaget af stress management, socialenetværk m.v. Sundhedsfremme, profylakse, sundhedspædagogik genfinder vi i hygiejnebevægelsen i 1800-tallet, i byplanlægning og sygdomsforebyggelse i 1700-tallet. Og vi kan fortsætte med at finde eksempler på en opmærksomhed på sygdom og sundhed som andet end et snævert biomedicinsk fænomen langt tilbage i klassiske filosofi, der i høj grad beskæftigede sig med at bestemme sundhed og det gode liv som andet og mere end fravær af legemlig sygdom.

Det centrale spørgsmål er, om der var tale om sundhedsbegreber i vor forstand, og hvordan sundhedsbegreber indgik i, blev tilskrevet betydning og anvendtes i netop disse historiske kontekster. Refererer begreberne til det samme som vore begreber refererer til ?

I og med, at vi stille netop disse spørgsmål opstod nye og på sin vis mere omfattende spørgsmål: Hvad vil det overhovedet at have begreber, hvordan vi skal forstå relationen mellem begreb og genstand, og hvordan skal vi forstå begrebernes indbyrdes relationer.

Der blev i denne periode produceret en del forskningsprojekter der handlede om, hvordan sundhedsbegreber opstod og anvendtes i praksis. Der var både tale projekter med udgangspunkt i diskursanalyse, en kritisk dekonstruktion af eksisterende begreber, om projekter med mere klassisk analytisk tilgang og empiriske udviklingsprojekter, hvor forskningsgenstanden var, hvorledes begreber indgik i og udvikledes i en bestemt afgrænset praksis. Som eksempler kan nævns etnologen Lene Ottos magister afhandling *Rask eller lykkelig – sundhed som diskurs i Danmark i dette århundrede* (Otto, 1998). I denne afhandling undersøges, bl.a. via en række interview, hvordan forskellige begreber om sundhed eksisterer i forskellige kulturelle sammenhænge. Sundhedsbegrebernes historiske udvikling analyseres, og der anlægges en diskursanalytisk tilgang gennem hele projektet. Endelig diskuteres livsformsanalysens anvendelighed i relation til udforskning af sundhedsbegreber.

I phd-afhandlingen *Livskvalitetsbegreber i psykosocial kræftforskning* (Forchhammer, 1995) analyseres, hvordan livskvalitetsbegrebet indgår i udviklingen og opbygningen af den psykosociale kræftforskning. Afhandlingen indeholder en lang historisk del, der belyser, hvordan en psykologisk problematik formuleres og får relevans indenfor kræftbehandling og forskning.

Filosofferne Jørgen Husted og Steen Wackerhausens, der arbejder med hhv. *autonomibegrebet* (Husted, 1996) og »*det åbne sundhedsbegreb*« (Wackerhausen, 1994) repræsenterer forskellige forsøg på udvikling af nye sundhedsbegreber. Sygeplejeske Grete Davidsens, i samarbejde med Uffe Juul-Jensen og Ole Dreier om kvalitetsudvikling på en kræftafdeling indeholdt eksempler på en teoretisk empiriske udforskning af, hvorledes begreber indgår i og videreudvikles i sundhedspraksis (Davidsen, 1996).

Ud over de nævnte enkeltarbejder mundede denne del af gruppens arbejde ud i en fælles publikation »Sundhedsbegreber i praksis«. Denne bog rummer, både kritisk dekonstruerende analyser af den nye sundhedsdiskurs og en række bud på positivbestemmelser af sundhedsbegrebet: Det åbne sundhedsbegreb, autonomi og sundhed, det dialektiske sundhedsbegreb, en kritisk psykologisk diskussion af sundhed som bidrag til den fælles reproduktion, en udforskning af narratologens muligheder for at bidrage til udviklingen af et sundhedsbegreb.

Som en form for fælles konklusion kan det fremhæves, at vi måtte frafalde forestillingen om en sammenhængende udvikling fra det »biomedicinsk« til »psyko-social« diskurs. Der eksisterer en flerhed af begreber om sundhed og sygdom. Endvidere fører diskussionen af sundhedsbegreber og det konkrete arbejde med at udforske og bidrage til udvikling af sundhedspraksis til en række andre tæt relaterede begreber. Har man ét begreb – har man mange.

2. Udforskning af sundhedspraksis

Hvis sundhed umiddelbart løsrives fra sin position som sygdommens modsætning, er grænserne for, hvad sundhed er opløste og også grænserne for, hvad vi kan definere som *sundhedspraksis*.

1990'erne var de tidsbegrænsede forsøgsprojekters æra, og i disse ofte nyskabende sammenhænge fandt vi en række eksempler på, at netop udvikling af nye former for sundhedspraksis blev sat på dagsordenen, både inden for og uden for de traditionelle sygdoms behandlende institutioner. En række samfundsgrupper definerede eksplicit deres praksis som en *sundhedspraksis* i opposition til eksisterende forestillinger: Socialt udviklingsarbejde, undervisning, psykolog praksis kunne nu betragtes som sundhedspraksis, og betingelserne for dens udfoldelse udforskes med nye begreber. Men også reaktioner imod denne udvikling kom til syne. En anden måde at opfatte udviklingen på kunne være, at den traditionelle sygdomspraksis nu blot ikklædte sig et nyt kostume, bevægede sig ud i verden, for derved at inddæmme nyt land og omklamre nye livssfære. Ved at installere sundhed som nyt mål for en række projekter, installeredes sygdomsbegrebet og dermed nu også normalitets begreber, blot implicit og skjult. Hermed var der åbnet op for nye kontrol muligheder, nye former for sygeliggørelse og udstødning.

I en række af de projekter, der var knyttet til *Sundhed, Menneske, Kultur* udforskes, hvordan sundhedspraksis opstår, udbredes og udvikles som centralt eller mere perifert aspekt ved nyetablerede eller allerede eksisterende praksisformer.

Et eksempel på denne type projekt er psykolog Morten Nissens phd-afhandling (Nissen, 1998) om socialt udviklingsarbejde i København. Et analytisk tema i dette projekt var netop, at udforske hvordan sundhedspraksis udvikles i de sociale projekter. Også psykolog Charlotte Højholts phd-afhandling (Højholt, 1999) om de udpegede børn i skolen kan nævnes som et af de projekter, hvor bl.a. spørgsmål om, hvordan grænserne for sundhedspraksis udvides i forhold til praksis omkring udpegning og diagnosticering af problemer i skolen indgår. I psykologen Karen Munks phd-projekt (Munk, 1998), og i artikler skrevet sammen med psykolog Pia Fromholt rettes bl.a. kritik af medicalisering af alderdommen og det belyses bl.a., hvordan nye sundhedsidealere på forskellige måder indgår i udviklingen af begreber om og betingelser for alderdommen (Fromholt & Munk, 1994).

3. Forskelle og forandring

Temaet forskelle og forandring dannede rammen om en større konference afholdt i århus 1994 og en efterfølgende fælles publikation »Forskelle og forandring« (Juul Jensen, Qvesel & Fuur Andersen, 1996).

Et centralt tema i den samfundsmæssige debat om udviklingen af sundhedssystemet og i megen sundhedsforskning er spørgsmålet om, hvordan forskellighed begrebsliggøres og håndteres. Sygdom og sundhed er ikke ligeligt fordelt i samfundet, der er oplagt brug for begreber om disse forskelle, der markerer grupperes indbyrdes forskellighed i form af betingelser og handlemuligheder. I den forbindelse har begreber som kulturer, klasser og livsformer været debatteret og på forskellige måder inddraget i gruppens arbejde.

Også spørgsmålet om, hvad et samfund egentlig er, og hvordan det opretholdes som en relativt afgrænset og alligevel heterogen enhed, bliver relevant i denne sammenhæng. Og fører os videre til diskussionen om statens og særligt velfærdsstatens rolle. Sundhedspsykologien kan fra et perspektiv betragtes som et produkt af velfærdsstaten med dens meget omfattende definition af statens ansvarsområde. I en bestemt fremstilling af velfærdsstatens rolle betragtes velfærdsstaten som den, der definerer nye begreber om sundhed og sygdom og er ansvarlig for at levere betingelserne for deres realisering. Man kan betragte velfærdsstatens sundhedsbud som en modsætning til forskellig folkelige eller lokale bud på sundhed. Men velfærdsstaten kan fra et andet perspektiv også opfattes som en forudsætning for alle disse mangfoldige bud. Velfærdsstaten udgør den historiske periode, hvor statens rolle i disse processer, for alvor sættes til debat f.eks. i debatten om prioritering i sundhedssektoren (se f.eks. Jørgensen, 1998)

Men sygdom/sundhed kan heller ikke analyseres uden begreber om det enkelte individ, der er bærer af og oplever lidelsen, smerten, tilfredsstillelsen, livsfylden etc. Forskelle referer således også til et individ niveau og aktualiserer udforskningen af begreber om subjekt, individ, personlighed, krop og bevidsthed.

Et centralt tema i gruppens diskussioner har været forskellige tilgange til begreber om individ, subjekt på den ene side og stat, kollektiv på den anden side. Som psykologer er vi vant til at betragte begreber om individ og subjekt som centrale og grundlæggende psykologiske kategorier. Dette standpunkt bliver til stadighed udfordret af de faggrupper, der har gruppen, kulturen og staten som genstandsfelt. I relation til udviklingen af en sundhedspsykologi er det oplagt relevant at lade sig udfordre af denne vending af begreberne: At se staten som den centrale kategori, udfordrer vores begreb om subjekt og individ. Forskellige medlemmer af gruppen har diskuteret dette tema i artikler og bidrag til bøger, bl.a. i form af bidrag til debatten om velfærdsstatens udvikling og prioritering (Juul Jensen, 1996, Højrup 1996).

Forandringsprocesser kan være både intenderede og ikke intenderede. Netop det at igangsætte og udforske forandringsprocesser i deres mangfoldige former må være en af sundhedspsykologiens helt centrale genstandsområder. Forandringsprocesser forløber på mange forskellige niveauer. Der er tale om de forandringer sygdomme i sig selv repræsenterer, den somatiske forandring, forandring i behandling og i sundhedspraksis. Men vi må også være opmærksomme på de forandringsprocesser *forskning* sætter i gang. Psykolog Ole Dreier har været en central person omkring udviklingen af *praksis forskning*, en forskning der ikke alene medreflekterer dette forandringsperspektiv, men gør det til forskningens genstand (Dreier, 1993 og 1996). På konferencen Action Health Research afholdt i sommeren 1992 præsenteredes en række danske og internationale projekter, hvor sundhedsforskning som forandringsproces var centralt tema .

Forandringer praktiseres og begrebsligøres på meget forskellige måder. Indenfor sundhedspsykologien præsenteres en lang række forskellige begreber, der referer til mere eller mindre bevidst eller intenderede forandringsprocesser. Ofte inddrages begreberne uden mere omfattende teoretisk begrundelse. *Sundhed, Menneske, Kultur* har i en række forskellige sammenhænge arbejdet med begreber som *coping*, *handling* (Elsass, 1992) og senest er en række af gruppens medlemmer optaget af arbejdet med begrebet *livsførelser*. Målet har været, at udvikle begreber, der på én gang griber det subjekt aktive aspekt ved forandring og samtidig medreflekterer de forskelligartede betingelser, hvori forandring foregår. I et igangværende Ph.D.-projekt om Huntingtons Chorea, en svært fysisk og mentalt invaliderende hjernelidelse introduceret bl.a. begrebet om livsførelse, i en sammenhæng, hvor denne patientgruppes liv med en svært invaliderende sygdom udforskes (Hunniche, 1998). I et andet igangværende forskningsprojekt om genoptræning af apopleksi patienter er begreber om livsførelse og hverdagsliv, centrale temaer i en større interviewundersøgelse (Forchhammer, 1999).

4. Kvalificering til sundhed og sygdom – læring i sundhedspraksis

Et af de emner som flere af gruppens medlemmer for øjeblikket arbejder med er læring og kompetenceudvikling i praksis. Læring og kompetenceudvikling er stadig mere centrale temaer i sundhedspraksis. Sundhedspraksis er i stadig forandring, der introduceres nye teknologier, der rejser fra forskellige sider nye krav til af kritik af både professionelle og patienter. Patienten skal f.eks. lære at anvende et avancerede hjælpemiddel, deltage i intensiv genoptræning eller følge komplicerede, selvadministrerede behandlinger, hvor registrering af egne symptomer kræves. Også

den sundheds professionelle, stilles overfor omfattende krav om kompetenceudvikling og dokumentation af samme.

Flere af gruppens medlemmer har afsluttet eller deltager for øjeblikket i forskellige konkrete projekter, der med udgangspunkt i sundhedspraksis belyser disse problemstillinger. Af igangværende projekter kan nævnes en udforskning af læreprocesser og genoptræning (Nielsen, 1999). I projektet indgår en empirisk undersøgelse af, hvordan læring opstår og udvikles i praksis blandt terapeuter og elever på et tværfagligt organiseret genoptræningscenter for mennesker med erhvervede hjerneskader (Borg, 1998).

Sundhed, menneske, kultur fik i 1998 status som forskningscenter på Århus Universitet og startede samme år en suppleringsuddannelse under åben uddannelse ved filosofisk institut i Århus: »Sundhedsfagernes filosofi« henvender sig særligt til mennesker, der arbejder indenfor sundhedssektoren. Undervisningen varetages af forskere, der er knyttet til *Sundhed, Menneske, Kultur* og er primært forskningsbaseret.

Afslutning

Sundhedspsykologi er ikke noget endelig defineret fag. Selvom faget har udviklet en praksis, der gør det muligt at beskrive det og afgrænse det, synes det ikke at have fundet sin endelige form. Det er måske besværligt, men nødvendigt at det er sådan. Det genstandsfelt man beskæftiger sig med, er nemlig hele tiden i forandring. Noget ligger dog fast. Som del af psykologien er sundhedspsykologien en videnskab om individer, om deres virksomhed, praksis, udvikling og opretholdelse af handleevne. For at udvikle sundhedspsykologen må vi holde fast ved dét særkende, men samtidig er tværvideenskabeligt samarbejde en nødvendighed. I et tværfagligt projekt som *Sundhed, Menneske, Kultur*, provokeres vores begreber og vi udfordres løbende til at definere vores eget ståsted. I en sådan tværvideenskabelige sammenhænge, hvor både forskellige teoretiske perspektive og forskellige fagområder mødes, opstår nye muligheder for at udvikle et forskningsområde, ikke mindst ved, at der bliver stillet spørgsmåls tegn ved *selvfølgelighederne* i de måder vi hver især definerer og udfolder vores fag.

REFERENCER

- BORG, T. (1998): Projektbeskrivelse. Upubl.
- DAVIDSEN, G. (1996): Kvalitetsudvikling – et fælles ansvar for brugere og professionelle i Jull Jensen, U., Qvesel, P. & Fuur Andersen, P. (red.) *Forskelle og forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning* Philosophia.
- DREIER, O. (1993): *Psykosocial behandling. En teori om et praksisområde*. Dansk psykologisk Forlag.
- DREIER, O. (1996): Ændring af professionel praksis på sundhedsområder gennem praksisforskning. I: Jull Jensen, U., Qvesel, P. & Fuur Andersen, P. (red.). *Forskelle og forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning* Philosophia
- ELSASS, P. (1992): *Sundhedspsykologi. Et fag mellem humaniora og naturvidenskab*. Gyldendal.
- FORCHHAMMER, H.B. (1995): *Livskvalitetsbegreber – en analyse af livskvalitetsbegreber med særlig reference til dansk kræftforskning*. Ph.d. afhandling, upubl.
- FORCHHAMMER, H.B. (1999): The concept of function revisited. I: Forchhammer, H.B., Gannik, D. og Launsø, L. (red.): *Antologi*. Samfundslitteratur.
- FROMHOLT, P. & MUNK, K. (1994): Aldringparadigmer – normalitet og sundhed. I: Juul Jensen, U., Fuur Andersen, P. (red.). *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. Philosophia
- HUNICHE, L.(1998): Projektbeskrivelse. Upubl.
- HUSTED, J. (1996): Fra medicinsk prioritering til etisk prioritering. i Jull Jensen, U., Qvesel, P. & Fuur Andersen, P. (red.) *Forskelle og forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning* Philosophia.
- HØJHOLT, C. (1999): *Samarbejde om børn*. Ph.d. afhandling, upubl.
- JUUL JENSEN, U., FUUR ANDERSEN, P. (red.) (1994): *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. Philosophia.
- JULL JENSEN, U., QVESEL, P. & FUUR ANDERSEN, P (red.) (1996): *Forskelle og forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning* Philosophia.
- JØRGENSEN, H. (1998): *Autonomi og Bio-etik- rugemødre, privathospitaler, opdragelse og ægteskab*. Sundhed, Menneske, Kultur. Skriftserie.
- KILDEGÅRD, B. (1996): Sundhedsbegreber i Danmark i det 20. århundrede i: Jull Jensen, U., Qvesel, P. & Fuur Andersen, P (red.) *Forskelle og forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning* Philosophia.
- MUNK, K. (1999): *Belastning i alderdommen*. Center for Sundhed, Menneske, Kultur. Skriftserie.
- NIELSEN, K. & KVALE, S. (red.) (1999): *Mesterlære – læring som social praksis*. Hans Reitzel.
- NISSEN, M. (1998): *Brugerindflydelse og handlesammenhænge i psykosocialt arbejde*. Center for Sundhed, Menneske, Kultur. Skriftserie.
- OTTO, L. (1998): *Rask eller lykkelig – sundhed som diskurs i Danmark i dette århundrede*. Komiteen for Sundhedsoplysning.
- WACKERHAUSEN, S. (1994): Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme i: Juul Jensen, U., Fuur Andersen, P. (red.) *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. Philosophia.