

Dorte Gannik

Folks sundhedsarbejde i dagligdagen

Self-care og egenomsorgsundersøgelser fra de senere år har givet et samlet billede af en befolkning, der i hverdagen aktivt behandler og drager omsorg for sig selv og sine nærmeste.

En nærmere undersøgelse af egenomsorgshandlinger tyder på at man groft kan skelne mellem *defensive reaktioner*, der indebærer tilbagetrækning, undgåelse og passivitet, og *offensive reaktioner* der indebærer udadvendt handling, øgning af sociale kontakter og personlig udvikling.

Egenomsorg har en kollektiv side i form af dannelse af selvhjælpsgrupper, omsorgssamarbejde i nærmiljøet og sundheds/sikkerhedsarbejde på arbejdspladsen. Samlet kalder jeg den individuelle og den kollektive side for det basale sundhedsarbejde i befolkningen.

Sundhedsarbejdet eksisterer ikke i et tomrum, men må forstås som socialt forankret. For at det skal være aktivt og offensivt må en række sociale betingelser være opfyldt, hvoraf kan nævnes 1) materielle ressourcer, 2) gode sociale netværk, 3) frihedsgrader i organisering af dagliglivet, 4) kundskaber. Samfundsstrukturens historiske udvikling gør det sandsynligt, at betingelserne for det basale sundhedsarbejde i disse år snarere bliver forringet end forbedret. En sådan udvikling vil medføre et øget pres på de offentlige sundhedsydelser uanset forsøg på nedskæringer.

Artiklen afsluttes med at pege på en række funktioner i sundhedsvæsenet, der kan medvirke til at styrke det basale sundhedsarbejde.

Indledning

Der er i de sidste 10-20 år sket væsentlige ændringer i synspunkterne på sygdom og sygdomsbehandling. I 50'erne og 60'erne var målet, at al sygdom skulle under lægebehandling. Sygdom blev betragtet som noget unormalt, der ramte mennesker pludseligt og uforvarende og som på afgørende måde ændrede deres liv. Sygdom, der ikke var under lægebehandling, havde en tendens til at blive bagatelliseret.

En del undersøgelser viste dog, at der eksisterede undersøgelses- eller behandlingskrævende sygdom i befolkningen ud over hvad der allerede var kendt og diagnosticeret i sundhedsvæsenet. Dette fænomen blev kendt som „det medicinske isbjerg“ (Last, 1963, Tucket, 1976:163)

Øgede investeringer i sundhedsvæsenet var en logisk følge: udbygning af sundhedsvæsenet blev set som løsningen. Baggrunden for denne politik var bl.a. den succes, lægevidenskaben havde haft med bekæmpelsen af en række infektionssygdomme efter opdagelsen og ibrugtagningen af antibiotika. I fremskridts- og udbygningsiveren overså man, at andre grupper af sygdomme ikke kunne bekæmpes på denne måde, samt at „nye“ grupper af industrisamfundssygdomme havde gjort deres entré (Powles, 1973).

Idag fremhæves ofte, at vi oplever et ændret sygdomsmønster. Til dels er der faktisk sket en ændring af de mest fremtrædende sygdommes art, fra infektionssygdommene over mod de kroniske „degenerative“ sygdomme, fra de „naturgivne“ til

Dorte Gannik

Folks sundhedsarbejde i dagligdagen

Self-care og egenomsorgsundersøgelser fra de senere år har givet et samlet billede af en befolkning, der i hverdagen aktivt behandler og drager omsorg for sig selv og sine nærmeste.

En nærmere undersøgelse af egenomsorgshandlinger tyder på at man groft kan skelne mellem *defensive reaktioner*, der indebærer tilbagetrækning, undgåelse og passivitet, og *offensive reaktioner* der indebærer udadvendt handling, øgning af sociale kontakter og personlig udvikling.

Egenomsorg har en kollektiv side i form af dannelse af selvhjælpsgrupper, omsorgssamarbejde i nærmiljøet og sundheds/sikkerhedsarbejde på arbejdspladsen. Samlet kalder jeg den individuelle og den kollektive side for det basale sundhedsarbejde i befolkningen.

Sundhedsarbejdet eksisterer ikke i et tomrum, men må forstås som socialt forankret. For at det skal være aktivt og offensivt må en række sociale betingelser være opfyldt, hvoraf kan nævnes 1) materielle ressourcer, 2) gode sociale netværk, 3) frihedsgrader i organisering af dagliglivet, 4) kundskaber. Samfundsstrukturernes historiske udvikling gør det sandsynligt, at betingelserne for det basale sundhedsarbejde i disse år snarere bliver forringet end forbedret. En sådan udvikling vil medføre et øget pres på de offentlige sundhedsydelser uanset forsøg på nedskæringer.

Artiklen afsluttes med at pege på en række funktioner i sundhedsvæsenet, der kan medvirke til at styrke det basale sundhedsarbejde.

Indledning

Der er i de sidste 10-20 år sket væsentlige ændringer i synspunkterne på sygdom og sygdomsbehandling. I 50'erne og 60'erne var målet, at al sygdom skulle under lægebehandling. Sygdom blev betragtet som noget unormalt, der ramte mennesker pludseligt og uforvarende og som på afgørende måde ændrede deres liv. Sygdom, der ikke var under lægebehandling, havde en tendens til at blive bagatelliseret.

En del undersøgelser viste dog, at der eksisterede undersøgelses- eller behandlingskrævende sygdom i befolkningen ud over hvad der allerede var kendt og diagnosticeret i sundhedsvæsenet. Dette fænomen blev kendt som „det medicinske isbjerg“ (Last, 1963, Tucket, 1976:163)

Øgede investeringer i sundhedsvæsenet var en logisk følge: udbygning af sundhedsvæsenet blev set som løsningen. Baggrunden for denne politik var bl.a. den succes, lægevidenskaben havde haft med bekæmpelsen af en række infektionssygdomme efter opdagelsen og ibrugtagningen af antibiotika. I fremskridts- og udbygningsiveren overså man, at andre grupper af sygdomme ikke kunne bekæmpes på denne måde, samt at „nye“ grupper af industrisamfundssygdomme havde gjort deres entré (Powles, 1973).

Idag fremhæves ofte, at vi oplever et ændret sygdomsmønster. Til dels er der faktisk sket en ændring af de mest fremtrædende sygdommes art, fra infektionssygdommene over mod de kroniske „degenerative“ sygdomme, fra de „naturgivne“ til

de samfunds- eller civilisationsbetingede sygdomme. Men samtidig er der sket et skift i, hvad samfundet betragter som sygdom, og hvilke aspekter ved sygdom der fremhæves. For eksempel er opmærksomheden over for de ikke-hospitaliserede faser af kroniske sygdomstilstande skærpet i forhold til tidligere. Tilsvarende er den række af hverdagens almindelige symptomer/sygdomme, som kaldes „trivielle“, blevet synliggjorte af de senere års intensive socialmedicinske og epidemiologiske forskning. Samtidig tilskrives et stigende antal sygdomme en social komponent, eller ses som direkte socialt forårsaget (Brown, 1976, Totman, 1980).

Den bredere opfattelse af sygdomsbegrebet giver på sin side anledning til en revision af de hidtidige begreber om sygdomsbehandling og sygdomsbehandlingspolitik. Dette har i de senere år afspejlet sig i en stigende mængde forskning om selvbehandling, egenomsorg, livsstilsforskning m.v. Desværre har denne forskning, i hvert fald hvad den epidemiologiske del angår, overvejende beskæftiget sig med disse 'self-care'-aktiviteter som isolerede, adskilte størrelser uden interesse for deres sociale forankring.

Jeg vil i denne artikel forsøge at vise, at det er praktisk og teoretisk mere frugtbart at anskue egenomsorgsaktiviteter som en del af en bredere social virkelighed. Self-care-forskningen må kobles sammen med forskningstraditioner om sociale netværk og sociale ressourcer generelt, om arbejdslivet samt om hverdagslivets organisering og sociale omsorg. Der viser sig da et billede af et omfattende basalt sundhedsarbejde i befolkningen og af dets socialstrukturelle betingelser.

På dette grundlag vil jeg forsøge at besvare følgende spørgsmål:

- Er det basale sundhedsarbejde i befolkningen et nyt fænomen?
- Hvordan beskytter og bevarer samfundet bedst udførelsen af det basale sundhedsarbejde?
- Hvad er den gensidige dynamik mellem det basale/folkelige sundhedsarbejde og det officielle sundhedsvæsen?

Men først vil jeg forsøge at indkredse og definere det basale sundhedsarbejdes natur. For hvad er det egentlig vi snakker om, og er det ikke et postulat at give det så prætentivt et stempel? Nogen samlet og systematisk dokumentation findes ikke, og der mangler i høj grad teori og begreber til at sætte struktur på de mange spredte empiriske data.

Det er normalt at have symptomer

Enhver kan let overbevise sig om denne banale iagttagelse ved at være lydhør i det daglige, i hjemmet og på arbejdspladsen. En har hovedpine, en anden er forkølet, andre er trætte eller har ondt i maven. Hjemme har man anfald af dårligt humør eller ligger søvnløs om natten. For os allesammen sker det jævnlige, at vi må slås med det ene eller andet problem eller sygdomstilfælde, og det er tit bestemte symptomer, der vender tilbage hos den enkelte – vi siger vi har „tendens til“ migræne, til bihulebetændelse, til infiltrationer eller til at være deprimerede.

De fleste af disse symptomer er noget velkendt for os, netop fordi de er tilbagevendende: de er en del af livet for hver enkelt, sådan som vi lever det. Nogle gange lægger vi mærke til, at bestemte situationer og belastninger, som vi er

underlagt, har tendens til at udløse bestemte symptomer. Det er måske begrænset, hvor meget vi kan gøre for helt at undgå dem; men vi er forberedt på dem og tager vores forholdsregler, når de melder sig.

Kort sagt: Størstedelen af de symptomer og sygdomstilfælde vi kommer ud for opfattes som noget normalt, omend ubehageligt, og er dybt integreret i vores dagligdag, vores tanker, forestillinger, pligter og handlinger. Oftest opfatter vi os ikke som syge. Og i langt de fleste tilfælde har vi ikke noget ønske om at søge læge, fordi symptomet er os velkendt og typisk for den situation vi er i. Måske vil vi afveje symptomet ubehagsgrad, varighed og sandsynlige betydning overfor besværet ved at søge læge, og sandsynligheden for her at opnå en hurtig opklaring eller løsning.

Foruden at være i overensstemmelse med vores daglige erfaringer er disse iagttagelser også noget, der kan udledes af en række uden- og indenlandske empiriske undersøgelser af sygdomme i befolkningen.

I en dansk undersøgelse kortlagde man reaktionen på 6 udvalgte almindelige helbredsproblemer. Symptomernes forekomst i befolkningen varierede fra 16 % til 67 % for det sidste halve år, mens lægekontaktfrekvensen for hvert symptom varierede fra 13 % til 33 % af dem der angav symptomet (Dean & Holst 1981). Blandt 40-årige Glostrup-borgere angav 79 %, at de indenfor et år havde haft mindst ét symptom eller generelt dårligt helbred (Hollnagel, 1984). 42 % af arbejderne i LO-undersøgelsen havde rygsmærter, og 50 % oplevede ét eller flere stresssymptomer (Arbejdsmiljøgruppen 1974). En lang række udenlandske undersøgelser har vist samme tendenser (for en opsummering, se Tuckett, 1976:161 ff).

Undersøgelsesresultaterne viser også samstemmende, at der trods den almindelige forekomst af større og mindre symptomer er udbredt tilbageholdenhed med at definere sig selv som syg og søge læge. Afgørende for lægesøgning er bl.a. patientens angst for ukendte symptomer og forventningerne til lægebehandlingens effektivitet (Morrell, 1976). Flere undersøgelser viser, at behovet for at søge læge falder med den grad af erfaring, interviewpersonerne har med symptomer/sygdommen fra tidligere (Mechanic, 1968:128, Banks & Keller, 1971, Anderson et al., 1977)

Af disse undersøgelsesresultater fremgår også vanskeligheden ved at skelne skarpt mellem syge og raske: Sondringen afhænger fuldstændig af de anvendte definitioner på sygdom/symptomer, der kan være nok så forskellige. Virkeligheden er jo, at en meget stor gruppe i befolkningen hverken er meget syge eller helt raske, men befinder sig et eller andet sted på et kontinuum. Desuden er sygdoms-/symptomepisoder som oftest et forbigående fænomen, og de der var syge i går, er for en god dels vedkommende raske i dag.

Selv med anvendelse af en ret snæver definition af sygdom som noget, der fører til lægekontakt, må vi konkludere, at sygdom er et statistisk normalt fænomen. I løbet af 3 år har således over 90 % af den voksne danske befolkning været i kontakt med en praktiserende læge (Pedersen et al., 1984).

Det er normalt at behandle sig selv og at søge råd hos andre.

Alle undersøgelser der har beskæftiget sig med selvbehandling og egenomsorg, bekræfter at der er tale om et overordentligt udbredt og livskraftigt fænomen.

Bedst undersøgt er nok medicinforbruget. I en oversigt viser Lilja, at mellem 20 og 60 % i forskellige undersøgelser og afhængigt af symptomets art havde selvmedicineret (Lilja, 1977). Men også andre former for selvbehandling er udbredt. I den tidligere nævnte danske undersøgelse fandtes, at mellem 32 % og 84 % reagerede på 6 almindelige symptomer med ikke-medikamentel selvbehandling, som først og fremmest omfattede ændringer i aktivitetsniveau eller rutineadfærd, samt ændringer i fødeindtagelse (Dean & Holst 1981).

Hvad der defineres som selvbehandling eller egenomsorg, varierer stadig meget fra undersøgelse til undersøgelse, og også målemetoderne varierer. Der er derfor på ingen måde opnået enighed om hvordan disse og beslægtede begreber som 'sygdomsadfærd' og 'forebyggende adfærd' skal forstås.

I skandinavisk litteratur er det almindeligt, at begrebet egenomsorg gives en meget vid betydning i stil med det anglosaxiske self-care. Det kan således dække såvel behandling som forebyggelse, såvel egne som andres aktiviteter og såvel handlinger udenfor som overfor sundhedsvæsenet, når disse er uafhængigt iværksat, endvidere forbrug af alternativ behandling (Grimsø, 1984:169). Ofte ligger vægten på intentionen i begrebet (ansvar, uafhængighed) snarere end på ekstensionen (de faktiske aktiviteter).

Flere undersøgelser peger på, at ca. 10-20 % af dem, der har symptomer, slet ikke handler i forhold til sygdommen (Tuckett, 1976:162, Gannik og Jespersen, 1980, Dean, 1981). Det kunne altså se ud som om et mindretal i befolkningen vælger helt at ignorere symptomerne. Men dette tal kan dog let være overvurderet, fordi der i empiriske undersøgelser anvendes langt mere restriktive definitioner af egenomsorg end de ovenfor nævnte. Man ser ofte, at begrebet af undersøgeren gives en snæver definition som en række forud specificerede sygdoms- og behandlingsaktiviteter.

Alt tyder således på, at de fundne resultater vedrørende egenomsorgens udbredelse er minimumstal snarere end maximumstal.

I udenlandske empiriske undersøgelser skelnes ofte skarpt mellem *sygdomsadfærd* (illness behavior) og *sundhedsadfærd* (health behavior/preventive health behavior). Sundhedsadfærd opfattes som de aktiviteter der udføres af raske personer (eller personer der opfatter sig selv som raske) for at forebygge sygdom eller opdage sygdom på et asymptomatisk stadium. Aktiviteterne skal være lægeligt anbefalet og/eller anses for at være „objektivt effektive“ for at falde ind under betegnelsen „sundhedsadfærd“. Eksempler er personlig hygiejne, ophør med rygning, motion, kost, brug af sikkerhedssele samt vaccinationer og „check-ups“ hos læge og tandlæge (Kasl & Cobb 1966, Williams & Wechsler 1972, Langlie 1977).

Denne skarpe sondring mellem behandlende og forebyggende adfærd er i dag forældet. Som vi har set kan det være temmelig vilkårligt, om personer med 'normale' symptomer defineres som syge eller raske. Desuden kan det være fuldt rimeligt at opfatte visse af de nævnte aktiviteter (f.eks. ændret funktionsniveau, ændret kost- eller stimulansforbrug) som både behandlende og forebyggende. I virkeligheden kan man næppe empirisk adskille den behandlende fra den forebyggende effekt, hvis man betragter sygdom som forskydning i et komplekst, dynamisk, psykofysisk system (Hinkle, 1974) snarere end som en entitet¹ med selvstændig eksistens og determineret forløb.

Det må være rimeligt at konkludere, at alle mennesker har erfaringer med sygdom, som griber ind i og påvirker deres levevis og daglige færden, og da der er en glidende overgang mellem sygdom og sundhed, er det kunstigt at opretholde et skarpt skel mellem behandlende og forebyggende aktiviteter.

Kravet om, at sundhedsadfærd skal være lægeligt rekommanderet eller videnskabeligt bevist som effektiv, er i nogen grad forladt i de senere år, bl.a. på grund af problemer med den empiriske dokumentation. Spørgsmålet om, hvad sundhed er, om det er det samme for alle mennesker og hvilke delmål eller forudsætninger det kræver opfyldt, er i sig selv et grundlæggende og eksistentielt spørgsmål, som der langt fra er faglig enighed om (Siggaard Jensen, 1976, Nord-Larsen, 1979).

Derfor har andre forskere defineret et nyt begreb *forebyggende adfærd* (health-protective behavior) som omfatter alle handlinger udført *med den hensigt* at fremme eller vedligeholde sit helbred (uanset om handlingen faktisk er virksom). Her er den afgrænsende faktor altså intentionen med handlingen. Baseret på denne definition fandt Harris & Guten, at så godt som alle voksne er engagerede i forskellige former for forebyggende adfærd. De hyppigst forekommende aktiviteter vedrørte regulering af kost/ernæring, hvile/søvn samt fysisk aktivitet, der angives af hhv. 71%, 46% og 36% af den udspurgte, tilfældigt udvalgte population (Harris & Guten, 1979).

Også i denne undersøgelse indsnævrer forskerens modeller dog de indhøstede resultater. Det er i spørgsmålsformuleringerne og i hele forskningsdesignet forudsat, at personernes forebyggende bestræbelser udtrykkes som daglige eller gentagne separate aktiviteter: „What are the three most important *things* that you do to protect your health“? I en kvalitativ undersøgelse med brug af dybtgående ustrukturerede interviews fandt vi imidlertid, at et mindretal forebyggede yderligere tilfælde af rygbesvær gennem en permanent eller midlertidig „omlægning af livssituation“. Der var typisk tale om omfordeling af arbejde hjemme eller ude, aflastning, jobskift etc., omlægninger som havde økonomiske og personlige forudsætninger/konsekvenser (Gannik & Jespersen, 1978, 1984). På grund af sin omfattende karakter fanges denne indsats næppe ind af ovenstående definitioner.

Denne undersøgelse viser også, at forebyggende adfærd forekommer på arbejdspladsen og i tilknytning til arbejdssituationen, hyppigst i form af undgåelse af bestemte arbejdsopgaver, ændrede arbejdsstillinger samt nedsat arbejdstempo, pauser etc. (Gannik & Jespersen, 1980). Både her og i en dansk undersøgelse på et reparationsværft havde de sundhedsmæssige hensyn oftere karakter af individuel tilpasning end af forebyggelse gennem ændring af arbejdsvilkårene (Klausen, Iversen & Grunnet, 1978).

En form for individuel tilpasning, som nødvendiggøres, når det er for vanskeligt at ændre arbejdssituationens krav, beskrives af Berit Brandht. I en undersøgelse, som tager udgangspunkt i arbejdernes egen måde at se arbejdet på, og som anvender kvalitative metoder, beskriver hun sygefravær som et bevidst middel til restituering med en forebyggende funktion (Brandht, 1982).

Grænsen til mere defensivt prægede handlinger, handlinger der indeholder tilbagetrækning og nedskæring af livskrav som et nødvendigt svar på belastninger og symptomer i dagligdagen, er flydende. Dette vil jeg vende tilbage til.

Her vil jeg foreløbig konkludere, at der i befolkningens dagligdag udføres et

omfattende lægmandsarbejde, der tager sigte på behandling og forebyggelse af sygdomme og symptomer. Alt tyder på, at dette sundhedsarbejde er af dominerende omfang og betydning, også set i relation til det officielle sundhedsvæsen. Udtrykket 'sundhedsarbejde' skal ses i lyset af kvindeforskningens betydning af ordet arbejde som „ ... planlagt (målrettet) tidsanvendelse, som for samfundet eller den enkelte skaber værdier, som tilfredsstillende eller antages at tilfredsstillende menneskelige behov“ (Haslebo, 1982, se også Wadel, 1984).

Hjælper egenomsorg, selvbehandling og forebyggende adfærd?

Ja, det gør det utvivlsomt. Men meget kommer an på, hvordan man definerer begreberne, og hvordan man forsøger at måle en eventuel effekt.

Det ligger i sagens natur, at de personer som med bevidst hensigt behandler/drager omsorg for sig selv eller andre er af den opfattelse, at aktiviteterne har en positiv virkning på det oplevede problem.

Kvantitative mål peger i samme retning. Grimsmo (1984) sammenlignede personer der udførte egenomsorg for en række almindelige plager med personer, der ikke gjorde. De selvbehandlende havde signifikant færre sygedage ialt og færre fraværsdage pr. sygdomstilfælde til trods for, at sygelighed og en række socio-demografiske forhold var ens for grupperne. Disse resultater er en støtte til, men ikke noget bevis på egenomsorgens nytte.

Lægelig vurdering af selvbehandling og lægmandsbehandlingsvejledning resulterer samstemmende i, at langt størstedelen (67-90 %) klinisk vurderes som god eller relevant selvbehandling, mens kun en ringe procentdel af den selvbehandling, der stammer fra personen selv eller nærtstående kilder (især slægtninge og venner), vurderes som skadelig (0-7 %) (Pedersen 1976, Anderson et al. 1977, Elliott-Binns 1983).

Men egenomsorgsfænomenet har også været vurderet i et bredere perspektiv. Fra samfundsvidenskabelig side har vurderingerne, især i nordisk sammenhæng, været overvejende kritiske. Det har været fremhævet, at egenomsorgsbevægelsen først og fremmest skal ses som et led i en politisk privatiseringsbølge, hvor den økonomiske stramning, ønsket om besparelser m.v. er drivkraften (Alho et al., 1979, Social- og sundhedspolitisk gruppe, 1979). Andre har set bevægelsen som et led i individets tiltagende isolation og selvoptagethed generelt (narcissisme) som følge af en generel strukturel samfundsudvikling (Riska, 1983).

Jeg mener, at øget selvbehandling/egenomsorg fortolkes alt for snævert, hvis den kun ses som et udtryk for privatisering og selvoptagethed. Bevidsthed om og handling overfor sygdom må nødvendigvis gå hånd i hånd. Handling indadtil og handling udadtil må anskues som to sider af samme sag. Og vi må gøre os klart, at den socialepidemiologiske forskning har fortegnet billedet ved at fokusere snævert på individuelle aktiviteter.

På den anden side fremgår det klart af min gennemgang her og af litteraturen i øvrigt, at en række former for selvbehandling/egenomsorg har et stærkt individualistisk og defensivt tilsnit (reduktion af funktionsniveau, hvile, sygefravær, tilbage-trækning fra arbejds- fritids- og sociale aktiviteter etc.). Der er åbenbart ikke tale om noget homogent felt. Det spørgsmål vi derfor må stille er: Hvornår kan der i

egenomsorg (selvbehandling/forebyggende aktivitet) rummes et offensivt middel med positive virkninger i forhold til helbred, sygdomsbevidsthed og sygdomskontrol samt ændring af belastende livsforhold? Hvornår er der snarere tale om en sygdomstilpasning med indskrænkning af funktion, identitet og selvvurdering til følge, og dermed risiko for at køre ind i en ond spiral? Hvornår kan vi sige, at egenomsorg er sundhedsarbejde? Og hvad er betingelserne for, at defensiv, individualistisk selvbehandling kan ændres til offensiv, kollektiv handling over for sygdomsfremkaldende forhold?

For at vurdere perspektiverne for egenomsorg som sundhedsarbejde er det nødvendigt at inddrage sammenhænge mellem egenomsorg og omsorg for andre og at undersøge de sociale forudsætninger for egenomsorg/omsorg. Det er nødvendigt at se nærmere på det sociale miljø, som er rammen omkring sundhedsarbejdet.

Det sociale miljø omkring sundhedsarbejdet

Under betegnelsen 'sociale netværk' har forskningen i menneskets primære og sekundære sociale relationer – de mennesker vi har personlige kontakter med – udvist et boom i de senere år.

I relation til sygdom blev netværket i begyndelsen beskrevet som et 'lægt henvisningssystem' med tydelig parallel til det professionelle systems funktioner (Freidson, 1960, Mechanic, 1968). Den første der i skandinavisk sammenhæng redegjorde for betydningen af det sociale miljø, som sygdom udspiller sig i, var Karin Tengvald i artiklen: 'Vårdapparaten och den informella strukturen' (Tengvald, 1973). Med baggrund i bl.a. sin egen undersøgelse af unge børnefamilier i en stockholmsk satellitforstad peger Tengvald på, at det moderne samfunds udvikling med segregering og homogenisering² af bolig- og industriområder kan medføre at problemløsningsvejene ændres: flere og flere problemer bringes til offentlige hjælpeorganer, fordi den informelle struktur forarmes. Tengvald giver eksempler på denne forarmelse fra svenske forstads miljøer og sammenligner med den mere stabile, uformelle struktur i landområdernes lokalsamfund.

Ideelt kan den informelle struktur mobilisere og fordele ressourcer, der er for små for hver enkelt familie, men som tilsammen kan danne en fælles 'pulje'. Dette forudsætter dog et stort, tæt og stabilt netværk af den type, som senere blev beskrevet fra ældre bydele i Oslo og Bergen (Gullestad, 1975, Leira, 1983). Tengvald kategoriserede de elementer, der formidles i det sociale netværk i fem typer:

1. Kærlighed, hengivenhed.
2. Kundskaber og erfaringer.
3. Materielle ressourcer.
4. Tjenesteydelser.
5. Social kontrol, socialt ansvar og mobiliseringsret.

En omfattende mængde undersøgelser, fortrinsvis udenlandske, har siden påvist klare kvantitative sammenhænge mellem forskellige fysiske og psykiske helbredsmaal og eksistensen af sociale netværk. Dette gælder især kerne-netværket, dvs. de

personer man har en hyppig og tæt kontakt til. Veludviklede sociale relationer har betydning for både forebyggelse af sygdom (Hammer et al., 1982), hurtig restitution efter sygdom (Croog et al., 1972, Finlayson, 1976, Lynch, 1979) og lavere dødelighed (Berkman og Syme, 1979).

Mekanismerne i denne sammenhæng er der ikke megen enighed om, hverken på det teoretiske plan eller empirisk med hensyn til hvilke typer og karakteristika ved netværk, der har særlig betydning. Undersøgelsesresultaterne peger imidlertid på, at en del af mekanismen er en direkte kausal sammenhæng mellem social integration i netværk og sygelighed/dødelighed (Thoits, 1982, Hammer, 1983). Skandinaviske tværnsnitundersøgelser er på trods af mindre målrettet metodik i overensstemmelse med disse resultater (Ringén, 1976, Hansen et al., 1980, Grimsmo, 1984). Denne sammenhæng går ud over, hvad der kan forklares ved at forebyggende adfærd er mere almindelig i grupper med gode sociale netværk.

En almindelig fortolkning er, at mennesker med utilstrækkelige sociale relationer får øget deres generelle *sårbarhed* over for sygdom (Syme & Berkman, 1976, Najman, 1980, se også Jacobsen, 1972), måske på grund af inadækvat social feedback. En anden antagelse er, at sociale netværk fungerer som en slags buffer- eller stødpude-system overfor stress- og belastningsfaktorer.

Men uanset hvad mekanismen er, står vi måske her med en del af forklaringen på den konsistente og mange gange viste sammenhæng mellem social klasse og sygdom (Elstad, 1985, Kristensen, 1985, for en oversigt se Levin & Idler, 1981:8-29). Når man fokuserer på forekomsten af udvidede netværk, viser der sig nemlig forskelle i de sociale relationer mellem samfundets sociale og økonomiske klasser. Sociale netværk „beskytter“ tilsyneladende mod sygdom, uanset hvilken social klasse man tilhører, og sociale netværk findes også i alle samfundsgrupper, men de fungerer nok så forskelligt.

I de danske socialreformundersøgelser fandt man, at omfanget af netværkskontakt var lige stort i alle socialgrupper, men at personer i socialgruppe V og personer uden for socialgruppeklassifikationen havde de dårligste muligheder for økonomisk, praktisk og personlig hjælp fra deres sociale netværk (Plovsing et al., 1983). Resultaterne støttes af Levekårsundersøgelsen (Geckler et al., 1978). Christie viser, hvordan manglen på materielle ressourcer i sig selv gør det vanskeligt at vedligeholde sociale relationer (Christie, 1976). Harriet Holter karakteriserer på grundlag af sin og medarbejderes undersøgelse den borgerlige classes netværk som større, mere åbent og mere præget af arbejdspladsens kontakter, mens arbejderfamiliens netværk er mindre, mere tæt og lukket samt domineret af familie og slægt (Holter m.fl., 1975). Et sådant netværk er måske i sig selv mere sårbart over for udskiftning, tab, flytninger og andre sociale begivenheder.

Arbejdet med de sociale relationer

Der er givetvis en intim sammenhæng mellem livsform, socialklasse og netværksfunktion, som stadig er helt utilstrækkeligt forstået. Noget lys over dannelsen og vedligeholdelsen af sociale netværk er dog kastet af skandinavisk dagliglivsforskning og kvindeforskning.

Udgangspunktet er den (overvejende ubetalte) omsorg, kvinder yder i og om-

kring hjemmet. Kvinderne udfører så at sige alt det arbejde som er forbundet med den direkte personlige omsorg, både for børn og for ikke-selvhjulpne voksne (Haslebo, 1982).

Wærness skelner i sine definitioner af omsorg mellem 1) Personlige tjenesteydelser, 2) Omsorg baseret på balanceret gensidighed og 3) Omsorgsarbejde, hvor det sidste gælder personer, der ikke kan udføre dette arbejde for sig selv (syge, gamle, børn osv.) (Wærness, 1982). I en række studier af dagliglivets organisering i norske boligmiljøer har Cato Wadel og medarbejdere samlet disse begreber i det mere integrerede begreb *omsorgssamarbejde* og lokale uformelle 'sysselsettingssystemer' som dækker den virkelighed, at de forskellige former for omsorg indgår på en kompleks måde i livet i et lokalt boligområde.

Gensidige bytteforhold, énvejsoverføring af tjenester/ressourcer og egenomsorg indgår i det komplicerede dagligliv i det sociale netværk, hvor ydelser fra A til B bliver „genbetalt“ af en helt tredje, og hvor alles ydelser er en gensidig forudsætning for hinandens. Leira giver en beskrivelse af et sådant system i Oslo og viser, hvorledes det mobiliserer ressourcer i tilfælde af sygdom (Leira, 1983).

Sociale hjælpe- og udvekslingssystemer er også beskrevet fra danske lokalområder (Højrup, 1983), dog med mindre vægt på omsorgsaspektet. Højrup og Wadel m.fl.'s arbejder er gode bidrag til en teori, der betragter 'sociale relationer' som noget variabelt snarere end noget givet, og som kan forklare sammenhængen mellem sociale relationer (for eksempel netværk), og aktiviteter (for eksempel omsorg og udveksling af materielle goder).

Wadel viser, at det er et 'socialt arbejde' at etablere og vedligeholde sociale relationer, og giver en række eksempler: „Slå en sludder af“, „vise opmærksomhed“, „vise hensyn“, „give råd“, „give støtte“, „trøste“, „lytte når nogen fortæller“, „holde sig orienteret“. Eksemplerne gør det klart, at vi her har at gøre med færdigheder, som kvinder er trænet i og opdraget til fra de var helt små (Wadel, 1978, Miller, 1977). En betingelse for at udføre dette arbejde – udover den intuitive forståelse af, at det er vigtigt for velvære og livskvalitet – er at der er tid/ressourcer i miljøet til at udføre det. Det var tilfældet i det af Leira beskrevne boligmiljø, hvor hjemmевærende kvinder, kvinder på forskudt tid og på deltid var den bærende kraft i det sociale netværk.

Beskrivelsen af dagliglivets organisering illustrerer ved hjælp af kvalitative metoder indhold og funktioner i det sociale netværk, som det er umuligt eller meget vanskeligt at komme ind på livet af i den kvantitative litteratur, jeg tidligere har henvist til. Bl.a. fremgår det af denne beskrivelse, hvordan arbejdet med at vedligeholde sociale relationer også foregår via omsorgsydelser og flersidigt omsorgssamarbejde. Det fremgår også, hvordan omsorgssamarbejdet i høj grad omfatter og bygger på de elementer, der af Tengvald benævnes tjenesteydelser, materielle ressourcer, kundskaber, og altså ikke kun, ikke engang primært, på emotionel kontakt/følelser. Dette aspekt har jævnt hen været overset i den kvantitative netværksforskning. Det betyder, at et socialt netværk ikke er noget der opstår eller fungerer af sig selv, eller ved blot at fremelske de rette holdninger.

Frihedsgrader i hverdagslivet

I hverdagslivsforskningen – i hvert fald den der bedrives med kvalitative metoder – er opmærksomheden i stigende grad blevet rettet mod de tidsmæssige og materielle rammer, hverdagslivet skal gennemleves under. De forskellige nødvendige livsområder (erhvervsarbejde, børnepasning, indkøb, undervisning, transport etc.) er ikke koordineret fra samfundets side. De er og opleves som opsplittede, og det er det enkelte menneskes opgave at koordinere og samle den splittede helhed til et sammenhængende (familie)liv (Fog, 1979). Ian Cullen viser ved hjælp af retrospektiv dagbogsmetode, hvordan arbejderfamilier i London klarer denne koordineringsopgave ved hjælp af, hvad han kalder 'extensiv rutinisering' af hverdagslivet. Denne rutinisering forekommer i alle sociale lag, men mest massivt blandt arbejderfamilier, der beskrev 70% af en almindelig dag (vågen tid) som rutine og over 90% som uden egentlige valgmuligheder (Cullen, 1979).

Erhvervsarbejdet opfattes af de fleste som mere ufleksibelt og ufrit end resten af dagligdagen. Men det ville være forkert at tro, at denne grad af ufrihed i arbejdet er noget isoleret i forhold til resten af dagen. Hvis forholdet mellem krav og frihedsgrader på arbejdspladsen er for ulige, spreder ufriheden sig ud over arbejdsdagen til den såkaldte fritid. Fritiden beslaglægges af krav til kompensation for de manglende muligheder i arbejdsdagen (Brandt, 1982), i form af forskellige former for restitution, flugt- eller tilpasningsadfærd, såsom alkohol- og medicinmisbrug (Ebeltoft, 1979, Honkasalo, 1979). De fysiologiske mekanismer heri er beskrevet af Frankenhaeuser (1981). Hun viser, at forlængelsen af stress-symptomer udover selve arbejdsdagen både har relation til arbejderens generelle livskvalitet, til arten og omfanget af den belastning, han udsættes for i arbejdstiden samt til graden af hans kontrol over arbejdsbetingelserne.

En amerikansk undersøgelse viser, at mulighederne for mestring (coping)³ af daglige belastninger er dårligere på arbejdspladsen end i fritiden. Desuden mestrer velhavende og veluddannede belastninger mere effektivt end fattige og dårligt uddannede (Pearlin & Schooler, 1978). Det er nemmere at forstå disse resultater, når vi sætter dem i relation til hvad jeg tidligere har nævnt. Frihedsgraderne i det enkelte individs liv er færre for de dårligst udrustede, og deres sociale netværk har færre og dårligere ressourcer at administrere. Resultaterne er i overensstemmelse med den litteratur som viser, at forebyggende adfærd forekommer hyppigst i højere sociale statuslag og er lettere at gennemføre når social støtte er tilgængelig (Langlie, 1977, Badura, 1984). Der må på denne baggrund advares imod den del af livsstil/levevis-forskningen, som beskæftiger sig isoleret med risikoadfærd (rygning, alkoholforbrug, mangel på motion etc.) uden at forstå en sådan adfærd som en integreret del af de pågældende individers daglige livssituation med de ressourcer og frihedsgrader den indeholder.

En foreløbig konklusion er, at der i hvert fald er fire betingelser for et velfungerende basalt sundhedsarbejde i befolkningen, 1) materielle ressourcer, 2) gode sociale netværk og 3) frihedsgrader i organisering af dagliglivet og 4) kundskaber. Disse fire betingelser er også indbyrdes forbundne og fremmer eller hæmmer hinanden.

Fra egenomsorg til kollektivt sundhedsarbejde

En del tyder på, at man blandt de forskellige former for selvbehandling, forebyggende adfærd, mestring etc. kan skelne mellem 2 idealtypiske handlingsformer:

1. *Den defensive „tilpasnings“-reaktion*, fx. reduktion i aktivitetsniveau, sygefravær, hvile, indtagelse af medikamenter/stimulanser.

Denne reaktion er præget af undgåelse, flugt, tilbagetrækning og passivitet, og indeholder eller fører til forringet livskvalitet. På den anden side kan den være en nødvendig afværgereaktion over for momentane belastninger/symptomer.

2. *Den aktive/offensive „mestrings“-reaktion*, fx. ændring af levevis, herunder kost, aktiviteter m.v., mobilisering af støtteressourcer, ændring af krav eller omgivelser, eller egen kontrol over disse.

Denne reaktion er præget af udadvendthed, øgning af sociale kontakter og samarbejde, personlig udvikling og øget selvtillid, og medfører forøget livskvalitet på både kortere og længere sigt.

Tilpasningsreaktionen kan være nødvendig under midlertidig belastning, men kan også i sig indeholde forudsætningerne for på et senere tidspunkt at kunne udvikle og videreføre mestringsaktiviteter. Men hvis de ydre rammer permanent indeholder restriktioner (mangel på frihedsgrader og ressourcer), der forhindrer bemestring af egen situation, vil individet være henvist til at benytte defensiv adfærd som konstant tilpasningsmulighed ved sygdom og stress. Dette betyder i første omgang indskrænkning af aktiviteter, afståelse af udviklingsmuligheder og oprettelse af barrierer over for omverdenen. På længere sigt bliver krop og identitet angrebet.

Der er god mulighed for, at det er det jeg har kaldt 'aktiv mestringsadfærd', der er grobund for egentlige kollektive sundhedsaktiviteter, f.eks. oprettelse af selvhjælpsgrupper/sundhedsgrupper, omsorgssamarbejde i nærmiljøet samt et effektivt sundhedsarbejde på arbejdspladsen.

Selvhjælpsgrupper er et vidt forgrenet og broget fænomen. Udtrykket bruges både om de helt uformelle 'private' grupper, om grupper dannet i tilknytning til sundhedspersonale, og om undergrupper under mere formelle organiseringer, for eksempel patientforeninger. Karakteristisk for grupperne er den dobbelte, både indadvendte og udadvendte, funktion. På den ene side tjener grupperne til praktisk og følelsesmæssig gensidig støtte mellem deltagerne, og på den anden side udgør de et forum for diskussion og aktiviteter rettet mod en omformning af medicin og sundhedsvæsen (Hatch & Kickbusch, 1983:193). Kendte eksempler fra Danmark på lidt større foreninger med dobbelte funktioner af denne type er „Landsforeningen Sindslidendes Vel“ og „Forældre & Fødsel“, begge med mange lokal- og emnegrupper. Men det er klart at vi med disse veletablerede foreninger kun ser toppen af isbjerget. Empirisk udforskning er sparsom i Danmark, dog fandt Launsø & Jensen i 1980 31 grupper og foreninger inden for sundhedsområdet, blot i Næstved kommune.

Sammenhængen mellem selvbehandling/egenomsorg som individuel aktivitet og kollektivt prægede aktiviteter i selvhjælpsgrupper er ikke noget videre udforsket,

men det forekommer urimeligt at antage, at der er tale om helt adskilte fænomener. Diskussion af symptomer blandt arbejdsfæller og i omgangskreds i øvrigt kan være indledningen til dannelse af grupper; omvendt forekommer det logisk, at det øgede kundskabs- og bevidsthedsniveau, der følger af deltagelse i en gruppe, virker stimulerende på egenaktiviteten i forhold til sygdom. I en mindre undersøgelse sagde 85 pct. af deltagerne i selvhjælpsgrupper, at de havde lært noget i gruppen, som de brugte i deres hverdag, og flere fik støtte af netværk efter at de var blevet deltagere i selvhjælpsgrupper (Palm & Larsen, 1985).

Rasch & Sørensen betoner, at kollektiv handling og organisationsdeltagelse har forudsætninger i form af gensidig information og solidaritetsfølelse opstået af langvarigt samvær og samhandling. I en konkret undersøgelse baseret på data fra Levekårsundersøgelsen i Norge viser de, at naboskabsintegration fremmer organisering i lokale sundhedsforeninger/grupper, mens geografisk mobilitet virker reducerende på organisationsdeltagelse (1984).

Det virker rimeligt at konkludere, at betingelserne for udvikling af kollektivt sundhedsarbejde dels indholder betingelserne for individuelt sundhedsarbejde som nævnt ovenfor, altså kundskaber, materielle ressourcer, netværk og et vist mål af frihedsgrader, dels og derudover stiller krav til stabilitet og integration i det lokale miljø eller samfund, hvor samarbejdet skal fungere.

Er det basale sundhedsarbejde i befolkningen et nyt fænomen?

Et kort, men stort set dækkende svar på dette spørgsmål synes at være *nej*. Så langt tilbage der findes historiske beretninger synes selvbehandling og omsorg for syge i miljøet at have været et dominerende træk i folkekulturen (Seip, 1983, Rørbye, 1985).

Kan det snarere være sådan, at et *reduceret* omfang af privat omsorg har betydet en udvidelse af efterspørgslen efter offentlige ydelser og dermed har haft betydning for vækst og ekspansion i sundhedsvæsenet? En sådan teori kan ses antydning mange steder (fx. Tengvald, 1973), men er ifølge sagens natur svær at bevise. Den støttes dog væsentligt af den viden vi har om, hvordan industrialisering og urbanisering af vores samfund har medført strukturelle ændringer i bolig-, arbejds- og kontakt/kommunikationsmønstre. Både individets og gruppens/familiens liv er blevet opsplittet i livssfærer uden sammenhæng, og dermed er mulighederne for at fastholde stabile mellem menneskelige kontakter over tid blevet reduceret (Kolberg, 1973, Gannik, 1976).

Denne udvikling må uundgåeligt have haft konsekvenser for den uformelle omsorg. Hertil føjer sig specifikt udviklingen i kvindernes beskæftigelse, som efter hvad vi ved om kvindernes rolle i omsorgsarbejdet kan tilskrives en særlig betydning. Her er der sket en radikal ændring fra 1950'erne, hvor omsorgsarbejdet – både i og udenfor familien – kunne varetages af hjemmearbejdende husmødre suppleret med fremmede tjenesteydelser, til 1980'erne, hvor omsorgsarbejdet må varetages af udearbejdende kvinder og næsten uden supplerende arbejdsindsats udefra (Haslebo, 1982). Lisbeth Knudsen viser, hvordan „omsorgsreserven“ (her defineret som antal 25-49 årige ikke-erhvervsaktive kvinder pr. 1000 65-årige) er faldet *til 1/3* på 30 år! (Knudsen, 1983, se også Sundström, 1982 for en tilsvarende

udvikling i Sverige og andre lande).

Det der derimod er nyt, er den bevidsthed og offentlige opmærksomhed, som i disse år rettes mod fænomenerne omsorg og egenomsorg. Dette kan få den overfladisk orienterede til at tro, at også selve fænomenet er nyt, men det er mere sandsynligt at opmærksomheden, (herunder også den videnskabelige interesse) kan tilskrives bekymring over den udvikling, at omfang og kvalitet af det private omsorgsarbejde i disse år forringes.

Udviklingen er vanskelig at belyse videnskabeligt. Det eksisterende undersøgelsesmateriale er for inhomogent i emne, metoder og lokalisering til at tillade en tidsmæssig sammenligning. Longitudinelle undersøgelser mangler. Ud fra en historisk gennemgang af tilgængeligt statistisk materiale konkluderer Sundström og Wærness, at den uformelle omsorg stadig er den vigtigste, og at viljen til at yde omsorg er uforandret positiv, men at demografiske og materielle faktorer har mindsket de rent objektive muligheder (Sundström, 1980, Sundström & Wærness, 1982). For Norges vedkommende opsummerer Wærness en række aktuelle udviklingstræk, som hun mener vil medføre øget efterspørgsel efter tjenesteydelser fra det formelle hjælpeapparat: 1) øgning i andelen af ældre i befolkningen generelt og i fraflytningskommuner specielt, 2) øgning i andel erhvervsaktive kvinder, 3) øgende geografisk mobilitet som medfører, at stadig færre kan opretholde stabile sociale kontakter baseret på geografisk nærhed og slægtskabstilknytning, 4) øgning i andelen af husholdninger som består af enlige mødre med børn, 5) øgning i andelen af befolkningen i aldershomogene naboskabsmiljøer (Wærness, 1982:80).

Al tilgængelig information tyder altså på, at forudsætningerne for det basale sundhedsarbejde forringes i disse år. Alligevel finder dette arbejde stadig sted i stort omfang.

En undtagelse i forhold til det generelle billede givet ovenfor udgør tilsyneladende den kollektive gruppedannelse omkring sundhed. Selvom data er usikre, peger de eksisterende opgørelser på, at selvhjælpsgrupper, sundhedsgrupper og – patientforeninger er et nyere fænomen, og at der på dette område sker en kraftig vækst i omfang, antal og aktivitetsniveau (Launsø og Jensen, 1980, Gundelach, 1980, Levy, 1982, Hatch & Kickbusch, 1983). Den stigende arbejdsløshed falder tidsmæssigt sammen med denne opblomstring og kan udgøre en del af forudsætningen herfor, men der findes så vidt jeg ved ingen undersøgelser, der belyser dette.

Hvordan beskytter og bevarer samfundet bedst udførelsen af det basale sundhedsarbejde?

På baggrund af det foregående må det konkluderes, at det er urealistisk at satse på en overførsel af behandlings- og omsorgsopgaver fra offentligt til uformelt privat regi. Forudsætningerne herfor er ikke til stede.

Derimod vil det være hensigtsmæssigt, om man styrer den generelle samfundsplanlægning i en retning så man undgår en yderligere forringelse af de bærende strukturer for det basale sundhedsarbejde. Jeg vil her kort antyde, hvilke samfundsforhold man bør være opmærksom på.

De strukturelle forudsætninger for det basale sundhedsarbejde kan ganske groft opdeles i tidsforudsætninger, kundskabsforudsætninger, fysiske forudsætninger og

sociale forudsætninger. For en udvikling af sundhedsarbejdet i *kollektiv* retning spiller de fysiske og sociale forudsætninger en særlig rolle.

De *tidsmæssige forudsætninger* vedrører især den samlede tid, som de voksne medlemmer af en husholdning har til rådighed i og omkring hjemmet. Kvindernes øgede erhvervsdeltagelse over de sidste 30 år er ikke blevet ledsaget af mere end en symbolsk forøgelse af mandens huslige arbejdstid (Kjerkegaard, 1976, Hansen, 1984). Den kønslige arbejdsdeling i og omkring hjemmet må udjævnes, således at også mænd oplever og erkender behovet for en nedsat daglig arbejdstid.

De *kundskabsmæssige forudsætninger* vedrører især specialiseringstendenserne og den skæve fordeling af viden mellem professionelle og lægmænd. Sundhedsuddannelse behøver ikke at være noget, der er forbeholdt en snæver gruppe eksperter. Og de erfaringer og oplevelser, der udvikler sig af det basale sundhedsarbejde ville blive nyttiggjort bedre gennem en systematisering.

De *fysiske forudsætninger* har at gøre med den måde vi planlægger bolig- og arbejdsmiljøer på. Mange har peget på, at efterkrigstidens byplanlægning med dens fremme af ensformige sovebymiljøer isoleret fra arbejdspladser og serviceydelser har haft konsekvenser i retning af en mere skematisk hverdag, dårligere sociale relationer og netværksdannelse (Franzen & Sandstedt, 1982). Gullestad foreslår, at det bør være muligt for et områdes beboere i højere grad selv at rekruttere nye indflyttere, som de kender i forvejen, og at et lokalområde bør indeholde forskellige bolig- og besiddelsesformer (eje/leje), således at familierne kan blive i kvarteret gennem alle livsfaser (Gullestad, 1983).

De *sociale forudsætninger* har bl.a. at gøre med at øge stabilitet og kontinuitet i miljøet. Langvarigt samvær og samhandling mellem de samme mennesker skaber åbne kanaler for information og kommunikation, og større fællesskab i holdninger (Rasch & Sørensen, 1984). Befolknings- eller gruppesammensætningen spiller også en rolle. Forskellene skal være store nok til, at der er basis for udveksling af tjenester og goder, men ikke så store, at mulighed for dannelsen af en subkultur slås i stykker.

Det er vigtigt at gøre sig klart, at det er ganske forskelligt i hvilken grad betingelser af disse fire slags er opfyldt i forskellige lokalområder. Derfor må ét af de vigtigste træk i planlægningen være en beskyttelse af de nærmiljøer der er mest sårbare overfor den løbende samfundsudvikling.

Hvad er den gensidige dynamik mellem det basale/folkelige sundhedsarbejde og det officielle sundhedsvæsen?

Empiriske undersøgelser af sammenhængen mellem brug af private ydelser (selvbehandling/sociale netværk) og offentlige ydelser synes at give delvist modstridende resultater. Dette kan skyldes forskelle i de undersøgte grupper, i typer af adfærd eller i målemetoder.

Flere undersøgelser viser, at uformel og formel hjælp ofte anvendes sideløbende og er gensidigt understøttende. For eksempel synes ældre med familie- og netværksressourcer at have et øget brug af hjemmehjælp, og dette er blevet forklaret med, at familie/netværk i dag i høj grad optræder som formidler af kontakt til det offentlige for den ældre (Daatland, 1983, Holstein, 1985). En tilsvarende sammen-

hæng på sygdomsområdet er fundet for visse typer af netværk, men også her er resultaterne modstridende.

Grimsmo finder signifikant lavere lægesøgning pr. sygetilfælde blandt folk, der praktiserer egenomsorg. Han konkluderer dog efter en gennemgang af især amerikanske undersøgelser, at resultaterne og særligt fortolkningen heraf er usikker. Det kan for eksempel være folk med modvilje mod lægebehandling, der benytter egenomsorg (1984).

I Sverige er der med baggrund i den sparsomme primære lægesektor taget skridt til direkte at fremme et „egenvård“-system ved at systematisere information til befolkningen såvel som til vårdcentralmedarbejderne om, hvilken grad og art af symptomer, der hensigtsmæssigt bør medføre henvendelse til læge, og hvilke der kan behandles hjemme (Marklund, 1981 a og b). Her er det altså systemet, der udøver et pres mod egenomsorg med det formål at reducere efterspørgslen på „vårdcentralerne“.

Efter min opfattelse er der grundlag for at advare mod, at sundhedsvæsenet indfører systematisk instruktion af patienterne i forebyggelse, selvbehandling m.v. Der er for lidt viden om, hvilke former for adfærd der er nyttig, og under hvilke sociale og psykologiske forudsætninger de er det. Der er også generelt utilstrækkelig viden om den folkelige sygdomskultur og om sammenhængen mellem sygdom og sociale forhold, herunder om, under hvilke omstændigheder 'trivielle' symptomer udvikler sig til alvorlig sygdom. Vores sparsomme viden om den folkelige egenomsorg og omsorg for andre tyder på, at meget af dette arbejde er effektivt integreret social adfærd, hvis betydning i høj grad har at gøre med den helhed, den indgår i – snarere end med den isolerede adfærd i sig selv.

At trække enkelte af disse aktiviteter ud og lancere dem med professionel autoritet som del af for eksempel et sundhedspædagogisk system kan være til skade, fordi individet forledes til en ændret prioritering uden hensyn til helheden i sin livssituation (Levin & Idler, 1981:239 ff, Vuori, 1981, Gannik, 1982).

Sundhedsvæsenets personale bør derimod være vidende om den selvbehandling/egenomsorg/forebyggelse som patienterne anvender, og bør anerkende den rolle, selvstændig handling spiller for patientens aktive forsøg på at blive rask eller undgå sygdom. En gradvis og solidt opbygget viden hos sundhedsvæsenet om det, jeg her har kaldt det 'basale sundhedsarbejde', kan på længere sigt føre til, at den traditionelle distinktion mellem 'yder' og 'forbruger' i sundhedsvæsenet opgives.

I forhold til det basale sundhedsarbejde bør sundhedsvæsenet aktuelt satse systematisk på at udvikle følgende tre funktioner:

- i patientbehandlingen bør patientens egne erfaringer og forestillinger om sygdommen og sygdomsomstændighederne inddrages og bruges i et egentligt samarbejde;
- i den individuelle og generelle kontakt med befolkningen skal behandleren forbedre forudsætningerne for det basale sundhedsarbejde ved målbevidst at delagtiggøre befolkningen i sin viden om menneskekroppens opbygning og funktion, virkninger af sygdom og behandlingsindgreb osv.
- generelt kan behandleren gennem sin kontaktflade med en lokal befolkning

virke som en art 'netværkskatalysator' i sygdomssammenhæng, for eksempel ved dannelse af selvhjælpsgrupper eller lokale institutioner.

Disse funktioner findes, men kun som marginale og kontroversielle muligheder i det aktuelle sundhedsvæsen (Jacobsen, 1984, Holm og Larsen, 1985).

En generel virkning af styrkelsen af disse tre funktioner er, at behandlernes rådgivning og behandling opfanges og vurderes af et mere kompetent modtagesystem. Behandlingsmodtagerne styrkes snarere end behandlerne.

Slutord

Det basale sundhedsarbejde har indtil for nylig været usynligt i lighed med en række andre aktiviteter i befolkningens hverdag, der ikke er knyttet pengeøkonomi til. Meget tyder på, at samfundsudviklingen i sit blinde hastværk medfører stadig ringere vilkår for dette arbejde. Men det er her, snarere end i det sundhedsvæsen vi kender, at forebyggelse og behandling kan integreres i menneskets totale livssammenhæng. Det er på tide dette faktum indgår i en sundhedspolitik.

Noter

1. 'Entitet' = sygdomsenhed. Hver sygdom har et navn og opfattes som et selvstændigt eksisterende fænomen med tilhørende klinisk og patologisk billede, prognose m.v. Der er skarpe grænser til andre sygdomme og til at være rask. Denne sygdomsopfattelse er grundlæggende for nutidens medicinske lærebøger, se for eksempel Medicinsk Kompendium 1980, 12. udgave. For en kritisk beskrivelse, se Jensen & Jensen 1976.
2. Der hentydes til den proces hvorved hvert geografisk område, for eksempel et bykvarter, gennem planlægning får ensartet udseende, funktioner og beboer karakteristika, mens forskellen mellem kvarterer øges (for eksempel et rent industri kvarter, et område med moderne blokbebyggelser, et område med rækkehuse etc.) Denne udvikling medfører blandt andet betragtelige forøgelse af individuel transporttid.
3. Det engelske udtryk 'coping' er her valgt oversat til *mestring*. Der er i de senere år fremkommet en ekstensiv udenlandsk litteratur om individuel 'coping' i forbindelse med sygdom, samt udviklet forskellige måleskalaer. Selvom de specifikke definitioner således varierer meget, refererer 'coping' i almindelighed til alle reaktioner på ydre livsbelastninger, som tjener til at undgå eller kontrollere skadelige helbredsmæssige følger.

Litteratur

- Alho, Juha et al. (1979). „Egenvård – ett hälsopolitiskt alternativ med politiska och ekonomiska aspekter“, *Nordisk Medicin*, vol. 94, nr. 10, pp. 244-246.
- Anderson, J.A.D. et al. (1977). „Users and nonusers of doctors – implications for self-care“, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 27, pp. 155-159.
- Arbejds miljøgruppen af 1972 (1974). *Arbejds miljøundersøgelsen*, København.
- Badura, Bernhard (1984). „Life-style and health: some remarks on different viewpoints“, *Social Science and Medicine*, vol. 19, no. 4, pp. 341-347.
- Banks, Franklin R. and Martin D. Keller (1971). „Symptom experience and health action“, *Medical Care*, vol. IX, no. 6, pp. 498-502.
- Berkman, Lisa F. and S. Leonard Syme (1979). „Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents“, *American Journal of Epidemiology*, vol. 109, no. 2, pp. 186-204.

virke som en art 'netværkskatalysator' i sygdomssammenhæng, for eksempel ved dannelse af selvhjælpsgrupper eller lokale institutioner.

Disse funktioner findes, men kun som marginale og kontroversielle muligheder i det aktuelle sundhedsvæsen (Jacobsen, 1984, Holm og Larsen, 1985).

En generel virkning af styrkelsen af disse tre funktioner er, at behandlernes rådgivning og behandling opfanges og vurderes af et mere kompetent modtagesystem. Behandlingsmodtagerne styrkes snarere end behandlerne.

Slutord

Det basale sundhedsarbejde har indtil for nylig været usynligt i lighed med en række andre aktiviteter i befolkningens hverdag, der ikke er knyttet pengeøkonomi til. Meget tyder på, at samfundsudviklingen i sit blinde hastværk medfører stadig ringere vilkår for dette arbejde. Men det er her, snarere end i det sundhedsvæsen vi kender, at forebyggelse og behandling kan integreres i menneskets totale livssammenhæng. Det er på tide dette faktum indgår i en sundhedspolitik.

Noter

1. 'Entitet' = sygdomsenhed. Hver sygdom har et navn og opfattes som et selvstændigt eksisterende fænomen med tilhørende klinisk og patologisk billede, prognose m.v. Der er skarpe grænser til andre sygdomme og til at være rask. Denne sygdomsopfattelse er grundlæggende for nutidens medicinske lærebøger, se for eksempel Medicinsk Kompendium 1980, 12. udgave. For en kritisk beskrivelse, se Jensen & Jensen 1976.
2. Der hentydes til den proces hvorved hvert geografisk område, for eksempel et bykvarter, gennem planlægning får ensartet udseende, funktioner og beboer karakteristika, mens forskellen mellem kvartererne øges (for eksempel et rent industrikvarter, et område med moderne blokbebyggelser, et område med rækkehuse etc.) Denne udvikling medfører blandt andet betragtelige forøgelser af individuel transporttid.
3. Det engelske udtryk 'coping' er her valgt oversat til *mestring*. Der er i de senere år fremkommet en ekstensiv udenlandsk litteratur om individuel 'coping' i forbindelse med sygdom, samt udviklet forskellige måleskalaer. Selvom de specifikke definitioner således varierer meget, refererer 'coping' i almindelighed til alle reaktioner på ydre livsbelastninger, som tjener til at undgå eller kontrollere skadelige helbredsmæssige følger.

Litteratur

- Alho, Juha et al. (1979). „Egenvård – ett hälsopolitiskt alternativ med politiska och ekonomiska aspekter“, *Nordisk Medicin*, vol. 94, nr. 10, pp. 244-246.
- Anderson, J.A.D. et al. (1977). „Users and nonusers of doctors – implications for self-care“, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 27, pp. 155-159.
- Arbejds miljøgruppen af 1972 (1974). *Arbejds miljøundersøgelsen*, København.
- Badura, Bernhard (1984). „Life-style and health: some remarks on different viewpoints“, *Social Science and Medicine*, vol. 19, no. 4, pp. 341-347.
- Banks, Franklin R. and Martin D. Keller (1971). „Symptom experience and health action“, *Medical Care*, vol. IX, no. 6, pp. 498-502.
- Berkman, Lisa F. and S. Leonard Syme (1979). „Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents“, *American Journal of Epidemiology*, vol. 109, no. 2, pp. 186-204.

- Brandht, Berit (1982). „Fravær som mestringsstrategi“, *Tidsskrift for Samfundsforskning*, bind 23. pp. 477-497.
- Brown, George W. (1976). *Social Causes of Disease*. i Tuckett, D. (1976). pp. 291-333.
- Christie, Vigdis (1976). „Socialklasse, fattigdom og kontakt“, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, bind 17. pp. 113-134.
- Croog, Sidney H., Alberta Lipson and Sol Levine (1972). „Help patterns in severe illness: the roles of kin network, non-family resources, and institutions“, *Journal of Marriage and the Family*, pp. 32-41.
- Cullen, Ian (1979). „Urban social policy and the problems of family life“, i Chris Harris (ed.) *The Sociology of the Family: New Directions for Britain*, Sociological Review Monograph 28, Chester, Great Britain, pp. 113-126.
- Daatland, Svein-Olav (1983). „Eldreomsorg og eldres omsorg“, i Cato Wadel et al. (eds.) *Dagliglivets organisering*, Oslo: Universitetsforlaget pp. 97-122.
- Dean, Kathryn (1981). „Self-care responses to illness: a selected review“, *Social Science and Medicine*, vol. 15a, pp. 673-687.
- Dean, Kathryn og Erik Holst (1981). „Sygdomsadfærd“, *Ugeskrift for Læger*, 143. årgang, nr. 52, pp. 3571-3579.
- Ebeltoft, Arne (1979). *Tilpasninger til belastningslidelser*, Oslo: Arbejdspsykologisk Institut.
- Elstad, Jon Ivar (1985). „Helseulikheter mellom sosiale klasser“, *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 26. årgang, pp. 29-51.
- Elliot-Binns, C.P. (1983). „Self care – is it important?“, *Update*, pp. 1547-1556.
- Finlayson, Angela (1976). „Social networks as coping resources“, *Social Science and Medicine*, vol. 10, pp. 97-103.
- Fog, Jette (1979). *Kvindelige industriarbejderes dagligliv – belyst ved interview*, København: Lavindkomstkommissionen.
- Frankenhaeuser, Marianne (1981). „Coping with stress at work“, *International Journal of Health Services*, vol. 11, no. 4, pp. 491-510.
- Franzen, Mats og Eva Sandstedt (1982). „Boendets planering och vardagslivets organisering – kvinnan, familjen och staden“, *Kvinnovetenskaplig Tidsskrift*, nr. 1, pp. 6-15.
- Freidson, Eliot (1960). „Client control and medical practice“, *American Journal of Sociology*, vol. 65, pp. 374-382.
- Gannik, Dorte (1976). „Socialpolitikken og den menneskelige reproduktion“, *Nordisk Forum*, 11. årgang, nr. 3, pp. 7-22.
- Gannik, Dorte og Marianne Jespersen (1978). *Formelle og informelle sociale ressourcers betydning for forløbet af sygdom*, København: Institut for social medicin, rapport nr. 6.
- Gannik, Dorte og Marianne Jespersen (1980). „Rygbesvær og sygdomsadfærd – selvbehandling meget hyppig“, *Nordisk medicin*, vol. 95, pp. 247-250.
- Gannik, Dorte (1982). „Befolkningens bevidsthed og handlinger omkring sygdom“, *Ugeskrift for Læger*, 144. årgang, nr. 19, pp. 1406-1408.
- Gannik, Dorte og Marianne Jespersen (1984). „Lay concepts and strategies for handling symptoms of disease“, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 2, pp. 67-76.
- Geckler, Søren et al. (1978). *Fordelingen af levevilkårene bind II*, København: Socialforskningsinstituttet, Teknisk forlag.
- Grimsmo, Anders (1984). *Fra å bli syg – til å bli pasient*, Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning, rapport nr. 1.
- Gullestad, Marianne (1975). *Livet i en gammel bydel*, Bergen: Socialantropologisk Institutt, Skriftserie nr. 14.
- Gullestad, Marianne (1983). „Omsorg og subkultur“, *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 24. årgang, pp. 203-220.
- Gundelach, Peter (1980). *Græsrodder er seje!* Århus: Forlaget Politica.
- Hammer, Muriel, Linda Gutwirth og Susan L. Phillips (1982). „Parenthood and social networks“, *Social Science and Medicine*, vol. 16, pp. 2091-2100.
- Hammer, Muriel (1983). „'Core' and 'extended' social networks in relation to health and illness“, *Social Science and Medicine*, vol. 17, no. 7, pp. 405-411.
- Hansen, Erik Jørgen, Søren Geckler og Mogens Kring Rasmussen (1980). *Fordelingen af levevilkårene bind III*, København: Socialforskningsinstituttet, Teknisk forlag.
- Hansen, Henning (ed.) (1984). *Levevilkår i Danmark*, København: Danmarks Statistik og Socialforsk-

- ningsinstituttet, p. 59.
- Harris, Daniel M. og Sharon Guten (1979). „Health-protective behavior: An exploratory study“, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 20 (March), pp. 17-29.
- Haslebo, Gitte (1982). *Fordeling af tid og arbejde i velfærdsstaten*. København: Miljøministeriet, Planstyrelsen.
- Hatch, Stephen og Ilona Kickbusch (eds.) (1983). *Self-help and health in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Hatch, Stephen og Ilona Kickbusch (1983). „Making a place for self-help“, i Hatch og Kickbusch (eds.) (1983), pp. 192-198.
- Hinkle, Lawrence E. (1974). „The concept of „Stress“ in the biological and social sciences“, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 5, nr. 4, pp. 335-357.
- Hollnagel, Hanne (1984). *40-åriges helbred*. En epidemiologisk undersøgelse af 40-årige mænd og kvinder i Københavns amt. Befolkningsundersøgelserne i Glostrup og Institut for almen medicin. Disputats.
- Holm, Karsten og Jan-Helge Larsen (1985). „Kan lægeforbruget halveres?“, paper til 4. *Nordiske kongres i almen medicin*, Lund, juni 1985.
- Holstein, Bjørn (1985). Personlig meddelelse.
- Holter, Harriet (1975). „Familie, klasse og socialt netværk“, i Harriet Holter et al. (eds.), *Familien i klassesammenhæng*, Oslo: Pax forlag, pp. 167-192.
- Honkasalo, Antero og Marja-Liisa Honkasalo (1979). „On the use of alcohol as a coping mechanism to work stress“, paper for 25th. *International seminar on the prevention and treatment of alcoholism*, Tours, June 1979.
- Højrup, Thomas (1983). *Det glemte folk*. Livsformer og centraldirigering, København: Institut for europæisk folkelivsforskning og Statens byggeforskningsinstitut.
- Jacobsen, Knud (1972). „Begrebet sårbarhed“, *Ugeskrift for Læger*, 134. årgang, nr. 3, pp. 115-118.
- Jacobsen, Knud (1984). *Sygdom er vi sammen om*, Slagelse: Forlaget Baunebanke.
- Jensen, Anders Ottar og Hans Siggaard Jensen (1976). *Medicinsk videnskabsteori*, København: Christian Ejlers Forlag.
- Kasl, Stanislav V. and Sidney Cobb (1966). „Health behavior, illness behavior and sick role behavior“, *Archives of Environmental Health*, vol. 12, Feb., pp. 246-266.
- Kjerkegaard, Else Marie (ed.) (1976). *Levevilkår i Danmark*. København: Danmarks Statistik og Socialforskningsinstituttet, p. 70.
- Klausen, Hans, Lars Iversen og Anne Grønnet (1978). „Arbejderes bevidsthed og adfærd i relation til arbejdsmiljøproblemerne på et reparationsværft“, *Ugeskrift for Læger*, 140. årgang, nr. 19, pp. 1113-1137.
- Knudsen, Lisbeth B. (1983). „Udviklingen indenfor omsorgsarbejdet“, *Samfundsøkonomen*, 1. årgang, nr. 2, pp. 25-31.
- Kolberg, Jon Eivind (1973). „Arbejdsmarkedet: Strukturrasjonalisering, pendling og klientproduktion“, i Georges Midré (ed.), *Samfunnsendring og sosialpolitikk*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristensen, Tage Søndergård (1985). „Social status og hjerte/karsygdom, en litteraturgennemgang I og II“, *Ugeskrift for læger*, under publikation.
- Langlie, Jean K. (1977). „Social networks, health beliefs, and preventive health behavior“, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 18, no. 3, pp. 244-260.
- Last, J.M. (1963). „The Iceberg“, *Lancet*, vol. 6, July, pp. 28-31.
- Launsø, Laila og Hanne Marie Jensen (1980). *Sundhedsarbejde på tværs*, København: Institut for social medicin, publ. 12.
- Leira, Arnlaug (1983). „Kvinnens organisering av dagliglivet: Hverdagspraksis i et eldre bystrøk“, i Cato Wadel et al. (eds.), *Dagliglivets organisering*, Oslo: Universitetsforlaget, pp. 51-75.
- Levin, Lowell S. and Ellen L. Idler (1981). *The Hidden Health Care System*, Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Comp.
- Levy, Leo (1982). „Mutual support groups in Great Britain“, *Social Science and Medicine*, vol. 16, pp. 1265-1275.
- Lilja, John (1977). „Beslutsprocessen vid självmedicinering med receptfria läkemedel“, *Svensk Farmaceutisk Tidsskrift*, 81. årgang, nr. 15-16, pp. 617-629.
- Lynch, James (1984). *Det bristede hjerte*. Helbredsmæssige konsekvenser af ensomhed. København: Hekla.

- Marklund, Bertil (1981a). *Symptom, råd, åtgärd*. Stockholm: Esselte Studium.
- Marklund, Bertil og Gunnar Karlsson (1981b). *Egenvård vid lindriga sjukdomsbesvär för vuxna*. Vänersborg: Apoteket og Vårdcentralen.
- Mechanic, David (1968). *Medical Sociology – a selective view*. New York: The Free Press.
- Miller, Jean Baker (1977). *Mod en ny kvindepysykologi*. København: Fremad.
- Morrell, D.C. (1976). „Symptoms perceived and recorded by patients“. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 26, pp. 398-403.
- Najman, Jacob M. (1980). „Theories of disease causation and the concept of a general susceptibility“. A review. *Social science and Medicine*, vol. 14A, pp. 231-237.
- Nord-Larsen, Mogens (1979). *At måle helbred*. København: Socialforskningsinstituttet, Studie 38, Teknisk forlag.
- Palm, Anne-Marie og Jan-Helge Larsen (1985). „Samtalegrupper i forbindelse med almen praksis“, paper til 4. Nordiske kongres i almen medicin, Lund, juni 1985.
- Pearlin, Leonard E. and Carmi Schooler (1978). „The Structure of Coping“. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 19, March, pp. 2-21.
- Pedersen Poul A. (1976). „Patienters selvbehandling inden henvendelse til praktiserende læge.“ *Ugeskrift for Læger*, 138. årgang, nr. 32, pp. 1955-1961.
- Pedersen Poul A. et al. (1984). „Den voksne befolknings brug af praktiserende læge i Københavns amt 1977-79 belyst via sygesikringsregistret“, *Ugeskrift for Læger*, 146. årgang, nr. 35, pp. 2647-2651.
- Plovsing, Jan, Vita Pruzan og Jens-Erik Majlund (1983). *Socialreformundersøgelserne 2: Sociale netværk og holdninger til sociale ydelser*. København: Socialforskningsinstituttet, meddelelse 40, Teknisk Forlag.
- Powles, John (1973). „On the limitations of modern medicine“, *Science, Medicine and Man*, vol. 1, pp. 1-30.
- Rasch, Bjørn Erik og Rune Sørensen (1984). „Geografisk mobilitet, naboskabsintegrasjon og frivillig organisering i lokalsamfunn“, *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 25. årgang, pp. 57-77.
- Ringen, Stein (ed.) (1976). *Levekårsundersøkelsen*. Sluttrapport, Oslo: NOU 1976:28, Universitetsforlaget.
- Riska, Elianne (1983). „Egenvården som ett alternativ i hälsovården: en sociologisk analys“, Helsingør: Nordisk Sommeruniversitets seminar november 1983.
- Rørbye, Birgitte (1985). „Folkemedicin“, i Kulturhistorisk opslagsværk, København: Dansk-Historisk Fællesforening.
- Seip, Anne-Lise (1983). „Omsorgsansvar og samfunn, et historisk tilbakeblikk“, *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 24. årgang, pp. 107-122.
- Siggård Jensen, Hans (1976). *Et videnskabsteoretisk sygdomsbegreb*, København: stencil.
- Social- og sundhedspolitisk gruppe (eds.) (1979). *Pas dig selv! – kritik af sundhedspædagogikken*. København: Eget forlag.
- Sundström, Gerdt (1980). *Omsorg oss emellan*. Stockholm: Sekretariatet för framtidsstudier.
- Sundström, Gerdt (1982). „The elderly, womens work and social security costs“, *Acta Sociologica*, vol. 25, no. 1, pp. 21-38.
- Sundström, Gerdt og Kari Wærness (1982). „Avlönat och oavlönat omsorgsarbete – myter och verklighet“, *Socialmedicinsk tidsskrift*, nr. 9, pp. 353-359.
- Syme, S. Leonard and Lisa F. Berkman (1976). „Social Class, Susceptibility and Sickness“, *American Journal of Epidemiology*, vol. 104, no. 1, pp. 1-8.
- Tengvald, Karin (1973). „Vårdapparaten och den informella strukturen“, *Sociologisk forskning*, 10. årgang, nr. 3, pp. 19-41.
- Thoits, Peggy A. (1982). „Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress“, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 23, June, pp. 145-159.
- Totman, Richard (1980). *Sociale årsager til sygdom*. København: Munksgaard.
- Tuckett, David (1976). „Becoming a patient“, i David Tuckett (ed.), *An Introduction to Medical Sociology*, London: Tavistock Publications, pp. 159-189.
- Vaskilampi, Tuula (1982). „Culture and folk medicine“, i Tuula Vaskilampi and Carol P. MacCormack (eds.), *Folk medicine and health culture: Role of folk medicine in modern health care*, Kuopio: Publications of the University of Kuopio, pp. 2-16.
- Vuori, Hannu (1981). „Medicalization of social phenomena“, i Seppo Aro et al. (eds.), *Humanism and*

- medical responsibility*, Scandinavian Journal of Social Medicine, supplement 31. Stockholm: Almqvist & Wiksell, pp. 95-110.
- Wadel, Cato (1978). „Sosiale nettverk og 'sosialt arbeid' i en småby“. I Trond Thuen og Cato Wadel (eds.), *Lokale samfunn og offentlig planlegging*, Tromsø: Universitetsforlaget, pp. 90-118.
- Wadel, Cato (1983). „Dagliglivet som forskningsfelt“, i Cato Wadel et al. (eds.), *Dagliglivets organisering*, Oslo: Universitetsforlaget, pp. 11-26.
- Wadel, Cato (1984). *Det skjulte arbeid*. Stavanger, Universitetsforlaget.
- Williams, Allan F. and Henry Wechsler (1972). „Interrelationship of Preventive Actions in Health and Other Areas“, *Health Services Reports*, vol. 87, no. 10, pp. 969-976.
- Wærness, Kari (1982). *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken*, Oslo: Universitetsforlaget.