

Birgitte Rørbye

Alternativt sundhedsarbejde

Alternativt sundhedsarbejde udgør et kompliceret, modsigelsesfyldt og mangetydigt spændingsfelt, som må studeres konkret i sin historiske sammenhæng. Meget alternativt sundhedsarbejde er yderst traditionelt på de fleste felter og kun alternativt i nogle få henseender. I en oversigt nævnes en lang række muligheder. Herefter gennemgås eksempler på eksisterende former for alternativt sundhedsarbejde ud fra fire indfaldsvinkler: individuelle, kollektive, kommercielle samt private former. På dette grundlag rejses spørgsmålet: hvor alternativt er det alternative sundhedsarbejde? Det påvises at de ændringer det har ført til inden for den medicinske videnskab og den officielle sundhedssektor kun er små. Opfattes det derimod som en del af bredere kritiske bevægelser vendt imod nogle stivnede strukturer udgør det alternative sundhedsarbejde et spændingsfelt som er med til at ændre samfundet enten gennem nytænkning i overensstemmelse med rodfæstede folkelige erfaringer eller i form af reelle opbrud. Kan vi derfor i mangfoldigheden af konkrete indsatser øjne konturerne til en folkelig sundhedsbevægelse, hvor grænseoverskridende sundhedsarbejdere, myndigheder og folk går sammen om at udvikle det sunde liv som et ansvarsområde, der stiller helt nye krav?

Alternativt sundhedsarbejde – en begrebsdannelse med komplikationer

Ordet *alternativ* har i de seneste år vundet en vis udbredelse inden for den engagerede samfundsdebat. Man taler for eksempel om alternativt teater, alternativ formidling, alternativt byggeri og alternative livsformer. Gennem sin anvendelse får ordet ofte et klart positivt præg. Det kommer til at stå for nytænkning og opbrud fra forslidte traditioner.

Disse mere eller mindre underforståede betydninger gør sig også gældende i ordforbindelsen *alternativt sundhedsarbejde*. Særlig positivt ladet bliver det ved at også ordet sundhed indgår. I daglig tale og i massemedierne anvendes ellers ofte udtrykket alternativ behandling.

Alternativt sundhedsarbejde kan naturligvis logisk og abstrakt sættes i modsætning til traditionelt sundhedsarbejde. Dette tilsyneladende så enkle modsætningspar er imidlertid misvisende, når det drejer sig om en konkret og historisk forankret fremstilling af det alternative sundhedsarbejde i dagens Danmark. Meget af det sundhedsarbejde som i samfundsdebatten betegnes som alternativt, fordi det foregår uden for eller på overdrevet af den officielle sundhedssektor er ved en nærmere betragtning yderst traditionelt på en lang række andre områder (Launsø & Jensen, 1980:205). Omvendt udføres der et omfattende utraditionelt sundhedsarbejde af mange traditionelt uddannede sundhedsarbejdere som både medicinsk, fagligt, sundhedspolitisk, socialt og kulturelt kunne fortjene betegnelsen alternativ.

På denne baggrund kunne vi naturligvis konkludere, at ordforbindelsen alternativt sundhedsarbejde desværre slet ikke lader sig anvende i en mere systematisk fremstilling. Det afspejler imidlertid på en forbilledlig måde, at der slet ikke findes

Birgitte Rørbye

Alternativt sundhedsarbejde

Alternativt sundhedsarbejde udgør et kompliceret, modsigelsesfyldt og mangetydigt spændingsfelt, som må studeres konkret i sin historiske sammenhæng. Meget alternativt sundhedsarbejde er yderst traditionelt på de fleste felter og kun alternativt i nogle få henseender. I en oversigt nævnes en lang række muligheder. Herefter gennemgås eksempler på eksisterende former for alternativt sundhedsarbejde ud fra fire indfaldsvinkler: individuelle, kollektive, kommercielle samt private former. På dette grundlag rejses spørgsmålet: hvor alternativt er det alternative sundhedsarbejde? Det påvises at de ændringer det har ført til inden for den medicinske videnskab og den officielle sundhedssektor kun er små. Opfattes det derimod som en del af bredere kritiske bevægelser vendt imod nogle stivnede strukturer udgør det alternative sundhedsarbejde et spændingsfelt som er med til at ændre samfundet enten gennem nytænkning i overensstemmelse med rodfæstede folkelige erfaringer eller i form af reelle opbrud. Kan vi derfor i mangfoldigheden af konkrete indsatser øjne konturerne til en folkelig sundhedsbevægelse, hvor grænseoverskridende sundhedsarbejdere, myndigheder og folk går sammen om at udvikle det sunde liv som et ansvarsområde, der stiller helt nye krav?

Alternativt sundhedsarbejde – en begrebsdannelse med komplikationer

Ordet *alternativ* har i de seneste år vundet en vis udbredelse inden for den engagerede samfundsdebat. Man taler for eksempel om alternativt teater, alternativ formidling, alternativt byggeri og alternative livsformer. Gennem sin anvendelse får ordet ofte et klart positivt præg. Det kommer til at stå for nytænkning og opbrud fra forslidte traditioner.

Disse mere eller mindre underforståede betydninger gør sig også gældende i ordforbindelsen *alternativt sundhedsarbejde*. Særlig positivt ladet bliver det ved at også ordet sundhed indgår. I daglig tale og i massemedierne anvendes ellers ofte udtrykket alternativ behandling.

Alternativt sundhedsarbejde kan naturligvis logisk og abstrakt sættes i modsætning til traditionelt sundhedsarbejde. Dette tilsyneladende så enkle modsætningspar er imidlertid misvisende, når det drejer sig om en konkret og historisk forankret fremstilling af det alternative sundhedsarbejde i dagens Danmark. Meget af det sundhedsarbejde som i samfundsdebatten betegnes som alternativt, fordi det foregår uden for eller på overdrevet af den officielle sundhedssektor er ved en nærmere betragtning yderst traditionelt på en lang række andre områder (Launsø & Jensen, 1980:205). Omvendt udføres der et omfattende utraditionelt sundhedsarbejde af mange traditionelt uddannede sundhedsarbejdere som både medicinsk, fagligt, sundhedspolitisk, socialt og kulturelt kunne fortjene betegnelsen alternativ.

På denne baggrund kunne vi naturligvis konkludere, at ordforbindelsen alternativt sundhedsarbejde desværre slet ikke lader sig anvende i en mere systematisk fremstilling. Det afspejler imidlertid på en forbilledlig måde, at der slet ikke findes

noget dækkende og entydigt begreb.

Det der karakteriserer de mest outrerede former for alternativt sundhedsarbejde er, at de er under afprøvning, at de bliver udsat for voldsom kritik eller ligefrem aggressioner fra modstandernes side og sidst men ikke mindst, at de vækker kraftige følelser til live både hos modstandere og tilhængerne.

Hovedparten af det alternative sundhedsarbejde kan derimod ikke fremvise nogle iøjnefaldende og fælles kendetegn. Det er utraditionelt på én eller flere leder, men ellers meget almindeligt på en lang række andre områder. Det kan for eksempel være alternativt ved:

- et erkendelsesgrundlag som ikke er positivistisk eller naturvidenskabeligt
- sine forklaringsmodeller, sine metoder
- sine præparater, instrumenter og redskaber
- sit livssyn, sit religiøse eller politiske grundlag, sine trosforestillinger
- sit menneskesyn
- sine organisationsformer
- behandlerens manglende eller utilstrækkelige autorisation
- at udgøre en kriminaliseret overtrædelse af lovgivningen
- ikke at være underkastet nogen kontrol fra myndighederne
- at være stort set usynligt
- at være ulønnet, gratis, for billigt eller for dyrt
- at hvile på et bedragerisk grundlag
- at udgøre en bibeskæftigelse, en hobby, en fritidssyssel.

Det alternative sundhedsarbejde kan efterhånden glide over i et mere traditionelt sundhedsarbejde, f.eks. kiropraktik. Det kan også forsvinde helt eller for så lang tid, at det opfattes som nyt når det igen tages op, (f.eks. brugen af urteteer). Det alternative sundhedsarbejde er således under bestandig forandring. Former og indhold skifter, men også de ydre omstændigheder. Alternativt sundhedsarbejde for 100 år siden havde andre historiske, ideologiske og materielle forudsætninger end 1980ernes alternativer.

Behandlingen af nogle af de lettere psykiatriske lidelser kan illustrere denne problematik. I de seneste årtier har den været genstand for voldsomme diskussioner. Hvor skal behandlingen sætte ind: - over for den syge patient - det syge behandlingssystem - de syge myndigheder - den syge lovgivning - patientens syge miljø - de syge samfundsstrukturer?

Hvis den ændrende behandling kun sætter ind over for patienten og måske i et vist omfang også over for vedkommendes dårlige miljø og utilstrækkelige netværk, så er der stadig tale om en traditionel form for sundhedsarbejde, hvis det vel at mærke sker inden for sundhedssektorens rammer. Alle andre forsøg vil derimod i dagens Danmark blive betegnet som mere eller mindre eksperimenterende eller alternative (Gammelgaard, 1981:8). Et andet eksempel er de mange initiativer der har udkrystalliseret sig med den nye kvindebevægelse. Kvinderne sætter lidelserne ind i en både samfundskritisk og kønspolitisk sammenhæng (f.eks. Halskov, 1983, Hedström & Persson, 1983). I kvindehuset i København gives der en psykologisk kvinderådgivning ('små skridt'). Denne private virksomhed er alternativ i kraft af

sin bevidsthedsdannelse.

For bare få år siden ville det være blevet opfattet som alternativt, hvis de traditionelt uddannede havde arbejdet ud fra en socialmedicinsk tankegang. Går vi yderligere tilbage til vore olde- og tipoldeforældres tid, kommer vi til en periode vor de traditionelt uddannede stort set slet ikke behandlede patienter med lettere psykiatriske lidelser (Ericsson, 1974, Jochumsen, 1982:68 ff.). Dette skete til gengæld inden for samtidens alternative sundhedsarbejde. Behandlingen kunne rette sig mod patienten som det var tilfældet ved åreladning og djævluddrivelse (f.eks. Dreyer, 1886). Særligt almindeligt var det dog, at den satte ind over for omgivelserne ud fra en forestilling om at en heks, elverfolkene eller andre onde kræfter havde påført den syge lidelsen (Honko, 1959, Mathiessen, 1967, Rørbye, 1976:249, C.H. Tillhagen, 1958). I kampen imod forgørelsen havde patienten sommetider slet ikke nogen rolle. Det var behandleren og skadevolderen, der var hovedpersonerne (Rørbye, 1976:101 ff.).

For folk selv var modtrolddom ikke nogen alternativ behandling. Den havde dybe historiske rødder. Anderledes mærkelige må de traditionelt uddannedes eksperimenter have virket. I samtiden bar de præg af den nyvakte naturvidenskabelige interesse. Datidens alternative, men traditionelt uddannede læger var således blandt andet optaget af mulighederne for elektriske, magnetiske og homøopatiske behandlinger (Rørbye, 1976:7ff., 196, 226).

Ethvert alternativt fænomen må således altid studeres som en form for konkret virkelighed, der nødvendigvis må sættes ind i en historisk sammenhæng. Der findes ikke fænomener, der i sig selv er alternative. Noget tilsvarende kunne siges om de to andre begreber i udtrykket alternativt sundhedsarbejde. I denne sammenhæng vil jeg ikke diskutere sundheds- og sygdomsbegreberne nærmere, hverken i deres mere traditionelle eller deres mange alternative nutidige betydninger (Jensen & Jensen, 1976; Rørbye, 1980: 162-76).

Til gengæld er det nødvendigt at redegøre for begrebet *arbejde*. Både i talesproget, men også i mange videnskabelige sammenhænge forbindes det i vore dage ofte kun med lønnede erhvervsformer, præget af rutine eller specialisering og afgrænset af arbejdstiden, hvor hånden og hjernen er virksomme (Blau, 1977). Hjertet hører derimod fritiden til. Først efter fyraften kan arbejdskraften udfolde et kulturelt og socialt liv (Liljeström, 1981). Denne form for opsplittning må afvises. I forbindelse med en fremstilling af det alternative sundhedsarbejde i Danmark ville den forvrænge proportionerne.

Til sundhedsarbejde henregnes istedet enhver tanke-, tale- og samhandling, som udgør en indsats, der kan dokumenteres i forbindelse med nutidige sundhedsforhold.

Betegnelsen *alternativt sundhedsarbejde* kan da anvendes til at betegne de særlige tanke-, tale- og samhandlinger, som udgør indsatser, der kan dokumenteres i forholdsvis udstrakt grad at fremstå som utraditionelle handlinger i forbindelse med samtidens sundhedsforhold. En af fordelene ved denne definition er, at den både er historisk betinget og relativ.

Alternativt sundhedsarbejde står således for et kompliceret, modsigelsesfyldt og mangetydigt spændingsfelt, som karakteriseres ved bestandige grænseoverskridninger, der aldrig kan studeres a-historisk og abstrakt (Strandgaard, 1978:122).

Eksempler på alternativt sundhedsarbejde – fire indfaldsvinkler til en oversigt

For at skabe en vis oversigt over de varierede, ja til tider nærmest kaotiske sammenhænge i forbindelse med det alternative sundhedsarbejde i dagens Danmark, vil jeg gå skematisk til værks. Mit udgangspunkt bliver de to begrebspår: individuelt/kollektivt, samt kommercielt/privat. I gennemgangen af disse fire indfaldsvinkler vil der blive inddraget en række eksempler. Jeg vil ikke foretage nogen dybtgående analyse af de nævnte former for alternativt sundhedsarbejde. De konkrete eksempler skal først og fremmest tjene til at anskueliggøre nogle nuancer, problemer og tyngdepunkter i forbindelse med den specifikke indfaldsvinkel.

Visse former for alternativt sundhedsarbejde kan medføre alvorlige repressalier. I praksis rammes de uautoriserede behandlere sjældent særlig hårdt, selv om de formelt set udøver en kriminaliseret handling. Flere af de kendte „super-healere“ har med stor fordel benyttet sig af den reklame som en retsag giver (Rørbye, 1980:194). Sanktionerne er ofte hårdere, når det drejer sig om personer, som i forvejen er ansat til at udføre et traditionelt sundhedsarbejde inden for den offentlige sektor. Her kan det alternative arbejde føre til en afskedigelse. Af begge disse årsager har jeg valgt konsekvent at undlade at dokumentere de aktiviteter, som implicerer enkeltpersoner.

Individuelle former for alternativt sundhedsarbejde

Når det alternative sundhedsarbejde foregår individuelt kan det både være sundhedsarbejderens faglige og menneskelige personlighed, der udgør forudsætningen for det alternative i det arbejde der udføres. Lad mig nævne to yderpunkter:

- A. En traditionelt uddannet sundhedsarbejder tager nye ideer, metoder, behandlings- eller organisationsformer op.
Det alternative ligger først og fremmest i den utraditionelle faglige arbejdsindsats, i hvert fald efter behandlerens egen opfattelse.
- B. En behandler udøver sundhedsarbejde uden autorisation. Det alternative ligger først og fremmest i den utilstrækkelige formelle uddannelse og autorisation. (Eksempler: Alver, 1978; Bertelsen, 1973; Honko, 1978; Rørbye, 1978).

I Danmark er akupunktur én af de utraditionelle metoder som har interesseret moderne læger allermest. Den form for akupunktur som udøves i lægekredse i Danmark er i vidt omfang tilpasset en naturvidenskabelig tankegang. Forholdet mellem lægen og patienten er gerne helt traditionelt.

Akupunktur udøves også af behandlere uden autorisation inden for den danske sundhedssektor. I en række tilfælde vil der være tale om at behandlingen indgår i livs- og verdensanskuelser, som knytter den til dens østlige udspring. Sommetider fører behandlingen til en dybere kontakt, ja endog en ændret livsstil for patienten.

Ofte vil der være tale om glidende overgange mellem de to behandlertyper. Som et eksempel på et kompliceret forhold kan vi tage en uddannet fysioterapeut, der også virker som zoneterapeut.

Den første uddannelse er autoriseret og legitim. Den anden udgør også en uddannelse, som dog ikke er lovfæstet i dagens Danmark, og derfor ikke kan

udøves med autorisation inden for den offentlige sundhedssektor. Den uddannede fysioterapeut har imidlertid arbejde på et hospital i den officielle arbejdstid. I det skjulte eller efter fyraften gives der zoneterapi. Kontakten med patienterne skabes gerne let allerede inden for hospitalets legale rammer. Også inden for hjemme-sygeplejen gives der en del zoneterapi helt uofficielt.

Hvor starter det nytænkende og hvor slutter rutinen? Samspillet med patienten er næppe afgørende forskelligt. I den uautoriserede behandling får patienten måske lidt mere tid og lidt dybere kontakt med behandleren.

Men dette er langt fra altid tilfældet. Hos de behandlere, der nyder et godt ry, er presset stort. Derfor kan vi ikke opstille nogen enkel regel om at en alternativ behandling er en helhjertet indsats, medens det traditionelle sundhedsarbejde er lige det modsatte.

Netop inden for den officielle sundhedssektor arbejdes der flere steder i landet utraditionelt på at udvikle nye former for samarbejde med patienterne. Som eksempler kan nævnes initiativer på Hvidovre hospital, Danmarks sygeplejerske højskole og lægehuset i Billund (Byggeklodser til et nyt sundhedsvæsen III, 1984). Sygeplejerskernes nytænkende virksomhed skal især bane vejen for en ny lydhørhed og kontakt med patienter, der er indlagt på institutioner. (Eksempler: Krosgart-Larsen, 1983; Nielsen, 1983; Riis Olsen, 1983; Viereck, 1983).

Kollektive former for alternativt sundhedsarbejde

Det kollektive perspektiv i forbindelse med alternativt sundhedsarbejde slår igennem i vidt forskellige former for gruppedannelse. Det kommer til udtryk i små interessegrupper, i foreninger og råd, gennem bevægelser, ja egentlige modkulturer. Ligesom i forbindelse med det individuelle perspektiv ligger enkelte klart inden for eller uden for den officielle sundhedssektor. De fleste befinder sig på overdrevet. Tilbage bliver mange, der placerer sig hinsides denne opdeling. Dette hænger sammen med, at det kun er i visse tilfælde, at sundhedsforhold udgør et primært formål for den kollektive dannelse. I en væsentlig del af de kollektive former er det kun særlige former eller vilkår for sundhed, som ønskes fremmet eller bevaret, måske i forbindelse med en mere grundlæggende verdensanskuelse, religion eller politisk bevidsthed.

Også det kollektive perspektiv skal uddybes ved hjælp af nogle eksempler: Sundhedshuset på Christiania, patientforeninger, religiøse retninger og græsrodsbevægelser. De udgør nogle konkrete eksempler på forskellige former for alternativer på et kollektivt grundlag.

„Sundhedshuset“ eller som det gerne kaldes „Sunderen“ på Christiania har som formål at virke for sundheden i „Fristaden“. Som en del af fristadens alternative samfundsdannelse har Sunderen også karakter af en modkultur. Denne modkultur udgør en politisk bevidst protest og alternativ vendt imod det borgerlige samfunds officielle strukturer. På Sunderen arbejder både helt uuddannede, uddannelsessøgende inden for sundhedssektoren, samt traditionelt uddannede sundhedsarbejdere. Der findes også et vist samarbejde sted med den officielle sundhedssektor. (Christiania sundhedshus er forbillede for en ny tankegang, 1985:32). Sunderen er altså ramme for både uautoriseret og lovligt sundhedsarbejde, samtidig med at

huset er en del af en politisk alternativ samfundsdannelse.

I forbindelse med patientforeningerne vil jeg først nævne „Landsforeningen til Sindslidendes Vel“, der vil påvirke vilkårene for de psykiatriske lidelser (D. Mosegaard & P. Schmidt, 1982). „Galebevægelsen“ er den yngste. Den opstod i 1979 og har karakter af en græsrodsbevægelse forstået på den måde, at den har en organisatorisk struktur, der er bygget op omkring en formuleret samfundskritisk målsætning, der omsættes til praksis gennem en række konkrete aktiviteter, hvor ansvaret hviler på de implicerede selv. Den har derimod hverken en bestyrelse eller en formaliseret og landsdækkende ledelse (A. Wiborg, 1983:158). „Landsforeningen til Sindslidendes Vel“ er en mere klassisk forening med medlemsskare og en besluttende og økonomisk ansvarlig ledelse.

Begge grupperinger har et vist samfundskritisk sigte, der hviler på en indsigt i, at psykiatriske problemer ikke alene er individuelle problemer. Dette betyder blandt andet, at de ikke kun henvender sig til patienter, men også til de pårørende. Begge grupperinger ønsker den eksisterende sindssyge-lovgivning lavet om, men kun landsforeningen blev repræsenteret i det udvalg som Folketinget nedsatte i marts 1983, der skal behandle problemerne. I Danmark er uorganiserede græsrodsbevægelser normalt ikke forhandlingspartnere, når myndighederne nedsætter udvalg. Landsforeningen udgør således et alternativ og et supplement i forhold til den traditionelle psykiatriske behandling, men den er samtidig en accepteret gruppedannelse i forhold til myndighederne. 'Galebevægelsen' har derimod et formuleret kritisk forhold til den etablerede psykiatri. Den udgør således både et alternativ i forhold til myndighederne, den faglige tradition, samt landsforeningen.

I Danmark spiller sådanne private grupperinger en overordentlig betydelig rolle inden for nutidens sundhedsarbejde. Flere af gruppedannelserne har rødder tilbage til anden halvdel af 1800-tallet, hvor borgerlig velgørenhed og folkelige bevægelser førte til en sand bølge af foreningsdannelser. (B. Rørbye, 1985). Nogle af disse gamle foreninger er efterhånden blevet kraftigt infiltreret – eller helt opslugt – af traditionelt uddannede sundhedsarbejdere, embedsfolk og offentlige myndigheder. Det oprindelige private eller folkelige initiativ er måske helt forsvundet eller forvandlet til ukendelighed.

Som et eksempel på en af de ældre foreningsdannelser, der udgør et yderst livskraftigt indslag også i nutidens Danmark, kan nævnes 'Ensomme Gamles Værn' (Lytthans, 1983), som blev dannet i 1912. I dag fungerer foreningens eksperter jævnligt som konsulenter for kommunerne i planlægningen af ældreboliger. I en pjece oplyser EGV, at man i 1978 har anvendt 328 millioner kroner, hvoraf de 316 millioner var offentlige tilskud og 12 millioner private midler. Antallet af medarbejdere svarer til 1000 frivillige og 3000 lønnede fuldtidsstillinger. Nutidens EGV er altså en offentligt infiltreret, privat forening.

Andre af de store private foreninger er bygget op omkring bestemte lidelser eller problemfelter. Foreninger som 'Hjerteforeningen' og 'Foreningen til Kræftens Bekæmpelse' råder over meget betydelige ressourcer. De fleste af de store foreninger virker i vidt omfang som private økonomiske støtteforeninger til den del af forskningen som opfattes som videnskabelig. De ledende og indflydelsesrige i foreningerne er ofte traditionelt uddannede sundhedsarbejdere. Foreningernes virksomhed ligger således normalt tæt op til den offentlige sundhedssektor. En

støtte til alternativt sundhedsarbejde inden for disse store foreningers regi ville med stor sandsynlighed blive tolket som en form for videnskabelig kvalitetsbedømmelse. Nogle af de store foreninger har altså fået en magt, der stiller sig hindrende i vejen for alt for store fagligt nytænkende eksperimenter.

Foreningerne har til gengæld med stort held været banebrydende initiativtagere til storstilede bestræbelser på at formidle sundhedsoplysning ud til brede lag af befolkningen. Disse store foreninger er – endnu? – ikke blevet mødt af samfundskritiske bevægelser af græsrods karakter, som har en gennemslagskraft, der svarer til 'Galebevægelsens'.

Til forskel fra disse „sundhedsorganisationer“ findes der mange andre, hvor sundhedens fremme og lidelsernes bekæmpelse kun indgår som et aspekt eller en mulighed. Inden for visse religiøse retninger som 'Christian science' og 'Jehovas vidner' vil de strengt rettroende i særlige tilfælde vælge en så alternativ adfærd, at der i den danske lovgivning er skabt hjemmel for at imødegå den. Et af stridspunkterne er spørgsmålet om blodtransfusion. De alternative sundhedsideer, som kommer til udtryk inden for de fastere organiserede sekter vedrører imidlertid kun ret få i den danske befolkning, og herved adskiller de sig grundlæggende fra de gruppedannelser, der så malende har fået navnet græsrodsbevægelser.

I det moderne danske samfund findes der et overordentlig righoldigt antal af disse fremspirende gruppedannelser. Ligesom 'Gale-bevægelsen' har de udviklet sig inden for de seneste årtier. Enkelte af dem har som 'den nye kvindebevægelse' udkrystalliseret sig i en række gruppedannelser, der har fundet et vist fodfæste. (*Er I rigtig kloge?*, 1977:365-67). Andre eksisterer kun så længe gruppen er optaget af at løse et konkret problem. Endelig er der enkelte, der har udviklet sig til organiserede bestræbelser med en række af de mere traditionelle foreningers kendetegn og samfundsmæssige gennemslagskraft.

Nogle af disse dybt engagerede græsrodsbevægelser kan som fredsbevægelserne og nogle af de nyreligiøse bevægelser udvikle en verdensomspændende karakter (Sundström, 1979).

De enkelte grupperinger kan både være store og små. Ofte er tilhængertallene meget skiftende og præget af store spring op og ned. En mærkesag kan få en gruppe til at blomstre op. Enkeltvis syner græsrodsbevægelserne ikke altid af så meget. (Hansen & Henriksen, 1980; Rørbye, 1982:71 ff.; Wijkström, u.a.: 65-72). Græsrodsbevægelserne udgør imidlertid folkeligt organiserede former for bevidsthedsdannelse og handlinger i det moderne danske samfund. Anskues de under ét, fremstår de som et fænomen, der i betydelig grad karakteriserer meningsdannelsen i vore dage (Rørbye, 1982: 137). De mange græsrodsbevægelser kan derfor opfattes som en del af nutidens yderst sammensatte og komplicerede folkelige sundhedsbevægelse, hvad enten sundheden spiller en større eller mindre rolle for den enkelte gruppedannelse. I bred forstand er de med til at sætte levevilkår og autoritetsstrukturer under debat.

Kommercielle former for alternativt sundhedsarbejde

I det moderne, industrialiserede danske samfund er sundhed og sygdom genstand for en udstrakt varedannelse. Nogle produkter har til formål at fremme sundhe-

den. Andre vil bekæmpe lidelser. Det hører imidlertid med til billedet, at forbrugeren også tilbydes produkter som bekæmper sundheden og fremmer sygdomme. Der er tale om glidende overgange mellem de officielle, autoriserede og lovlige produkter og tilbud, og alle de som overlever i et grænseland eller ude i mørket værnet af skjulte tilhængere.

I Danmark har vi ikke som i Tyskland alternative apoteker, der for eksempel udelukkende handler med homøopatiske præparater. Vi har derimod materialister. Det er en butikform, der opstod samtidig med at købedygtigheden i slutningen af 1800-tallet slog igennem også i de lavere klasser. De første materialister var på det tidspunkt gerne uddannede farmaceuter, men da der herskede stor arbejdsløshed blandt de uddannede valgte nogle af dem denne næringsgren. (Rørbye, 1976 b: 218). Retssager i slutningen af 1800-tallet vidner om, at nogle af dem også blev alternative medikamentforhandlere, idet flere af dem blev dømt for overtrædelse af medicinallovgivningen. Enhver moderne reklameavis fra en materialist kan illustrere, at der stadig handles med produkter, der skal sikre sundheden. Der sælges varer som urteteer, kosttilskud, slankemidler og internationalt berømte vidundermidler som 'ginseng'.

Ud over materialisterne findes der i nutidens Danmark også egentlige sundhedsspecialbutikker. Det kan være helsekostbutikker eller forhandlingssteder med bio-dynamisk dyrkede grøntsager. En lang række sundhedsspisser lanceres desuden inden for de traditionelle butikkers blandede varesortiment.

Selv om sunde spisevaner er blevet et godt salgsargument over for nutidens forbrugere, betyder det sjældent at folk laver en gennemgribende omlægning af deres kost-, ryge- og drikkevaner. Der er imidlertid gået mode i visse produkter som groft brød, fiberrig kost, surmælksprodukter, eksotiske grøntsager og frugter. Hos landets største teimportør er salget af urtete steget fra ca. 15 tons årligt i 1980 til ca. 100 tons i 1984 (*Forbruget af urtete er steget kraftigt*, 1984).

Vi er også mange, der går i jogging-tøj uden at dyrke kondiløb. Træsko-bølgen og de fodformedes march har heller ikke været forgæves set ud fra et økonomisk perspektiv. Hvor slutter det fornuftige og sundhedsfremmende og hvor starter de kunstige kommercielt betingede falske behov? Hvis der er tilstrækkelig efterspørgsel på hjælp for en gene, udvikler der sig også gerne en varedannelse. Men smarte producenter kan også spekulere i deres forbrugeres usikkerhed ved at være med til at fremelske gener, som hverken folk eller sundhedsarbejderne hidtil har opfattet som lidelser der skulle bekæmpes. Som eksempler, der spiller en rolle i vore dage, og som i vidt omfang er med til at vedligeholde en bestemt kvinderolle kan nævnes: for store og for små bryster, fregner, modemærker, rynker, lyse øjenbryn og lidt for runde kurver.

I forbindelse med stormagasinerne og de store varehuse er sundhedsperspektivet kun et enkelt blandt mange. Det samme gælder for de kommercielle massemedier, på aftenskolerne og så at sige alle højskoler. I deres indhold vil disse institutioner ofte være formidlere af *information* der vedrører sundheden. Hvor neutralt dette end kan lyde så sælger de således også sig selv gennem denne formidling. Det koster penge at købe et ugeblad, at følge et aftenskole kursus i yoga eller vegetarisk kosthold eller at opholde sig på en højskole, hvor der undervises i kropstræning.

Både undervisningsudbuddet og massemediernes prioritering af sundhedsmæssige forhold er øget betydeligt inden for de seneste år.

Hulter til bulter med underholdning, spænding, orientering og information bringes en mængde både abstrakt og praktisk sundhedsformidling, der sommetider har en helt traditionel karakter og andre gange må betegnes som yderst alternativ (Münster, 1978; Sellberg, 1984). Selv om de enkelte institutioner gerne lægger en vis linie til grund for arbejdet er der ofte tale om dybe uoverensstemmelser mellem sundhedsformidlingen og den helhed den indgår i. I de kommercielle ugeblade er dette særligt iøjnefaldende. De modtager annoncer for chokolade, cigaretter, spiritus og dyre skønhedsprodukter. Reklamerne står ofte side om side med redaktionens alternative forslag til læserne. Også dette stof er tit uden indbyrdes sammenhæng. I ét og samme nummer af bladet kan der være en artikel om en vidunderkur mod kræft hos en uautoriseret behandler, horoskop, en traditionel lægebrevkasse, en medrivende beretning „fra det virkelige liv“ om hvad et alkoholmisbrug kan føre til og måske en slankekur på madsiderne.

Ud over disse meget sammensatte former for virksomhed, hvor sundhedsperspektivet blot udgør en lille del af helheden, findes der enkelte institutioner med en formuleret målsætning, der direkte vedrører sundheden. Nogle af dem ligner „sundhedshoteller“, måske for slankesyge mennesker. Andre er snarere rekreationshjem eller kursteder eller ligner alternative hospitaler. Visse centre sigter først og fremmest på at give besøgeren en introduktion til eller en uddannelse i en bestemt alternativ metode eller livsform.

Som et eksempel på de glidende og komplicerede overgange mellem alternativt og traditionelt kan nævnes 'Humlegården'. Kræftpatienter fra Københavns kommune kan uden vederlag benytte hjemmet som rekreationscenter, medens andre må betale. Behandlingen hviler på en antroposofisk tankegang, der udgør en alternativ teori i forhold til det naturvidenskabelige videnskabssyn. Behandlingen udøves dog af traditionelt uddannet personale. Centret har imidlertid endnu aldrig fået tildelt støtte til sin eksperimenterende virksomhed fra 'Foreningen til Kræftens Bekæmpelse'. Endnu engang står vi altså over for et eksempel på et sundhedsarbejde, der er BÅDE traditionelt OG alternativt.

Private former for alternativt sundhedsarbejde

I forbindelse med den sidste indfaldsvinkel til oversigten over det alternative sundhedsarbejde i dagens Danmark har jeg anvendt betegnelsen „privat“. Jeg kunne også have benyttet en mere faglig terminologi og betegnet det som alternativt sundhedsarbejde inden for folkekulturen eller hverdagskulturen. Det offentlige sundhedsarbejde i dagens Danmark bærer præg af visse former for funktionsdygtighed, effektivitet og rationalitet. (Rørbye, 1982:78-88, 121-35). Strukturerne hviler på at noget opsplittes, isoleres, reduceres og systematiseres. Bevægelserne inden for hverdagskulturen går nærmest den modsatte vej. Enhver lidelse udgør en del af en kompliceret og ofte helt uigennemskuelig helhed. Forventningerne til hverdagskulturens sundhedsarbejde knyttes da også til ganske andre begreber som medmenneskelighed, sympati, følelser og kærlighed. (Rørbye, 1982: 187-88). I praksis lever hverken hverdagskulturen eller den offentlige sundhedssektor natur-

ligvis op til disse krav. Det kan også ske at de stort set bytter plads. (Eksempel: U. Fasting, 1982). Omsorgen for døende er et af sundhedssektorens nye og hverdagskulturens gamle arbejdsområder.

I det moderne samfund er der knyttet meget forskellige vilkår til de to former for sundhedsarbejde. Indsatserne i den offentlige sektor lønnes højt, jo mere specialiserede og videnskabeliggjorte de er. Det ledende arbejde udføres i vidt omfang af mænd med en universitetsuddannelse. De medmenneskelige hjælpearbejder er derimod ofte lavtlønsarbejde, der ydes af kvinder. Den formelle uddannelse er ofte ret kort og praktisk orienteret. (Liljeström, 1981: 135 ff). Hverdagskulturens sundhedsarbejde er derimod helt ulønnet. Nogen uddannelse med eksaminer findes der naturligvis heller ikke. I praksis er der imidlertid også i vore dage tale om en slags mesterlære for kvinderne, som skal sætte dem i stand til at leve op til de forventninger som knytter sig til hverdagskulturens sundhedsarbejde. Denne mesterlære er medvirkende til at kvinderne også på arbejdsmarkedet kan nøjes med de relativt korte uddannelser som knytter sig til så specialiserede erhverv som rengøringsarbejde og hjemmehjælp.

Det er blevet hævdet, at kvindernes omsorgsarbejde efterhånden er blevet udsat for en funktionstømning. Det hævdes at dette arbejde i vidt omfang er gledet ud af familien og overtaget af offentlige ordninger. Vi har fået plejehjem, børnehaver, dagcentre og andre specialiserede institutioner, hvor arbejdet udføres af specialiserede, rutinerede og lønnede sundhedsarbejdere. Denne påstand er meget tvivlsom. I anden sammenhæng har jeg argumenteret for, at både det offentlige og det private omsorgsarbejde som et resultat af den historiske udvikling har fået både et ændret og øget omfang. (B. Rørbye, 1984). De nye former for sundhedsbevidsthed, der har udviklet sig i de seneste generationer har udviklet nye handlemuligheder og ført til, at folk stiller andre krav både til sig selv og til den offentlige sektor. Den brede folkelige dannelse i forbindelse med renlighed, orden og hygiejne har således fået en gennemslagskraft, som ville have fået vores tipoldeforældre til at tvivle på vores sunde fornuft.

For de autoriserede sundhedsarbejdere har folks eget sundhedsarbejde udviklet sit til et nyt arbejdsområde. Dette kommer blandt andet til udtryk i en stadig stigende strøm af sundhedsoplysning, ideer om egenomsorg og selvbehandling. Oplysningen udgår næsten altid fra myndighederne og de uddannede sundhedsarbejdere til folk. Ud over en mængde pjecer med meget skiftende gennemslagskraft kan nævnes bladet *Helse*, der startede i 1955 og som blev reorganiseret i 1973, samt Komiteen for sundhedsformidling fra 1964. (Toft-Nielsen, 1980). 'Forældre og Fødsel' er en af de få foreningsdannelse, som også har haft held til at lade informationerne glide den anden vej fra folk til sundhedssektoren.

Alt i alt lever størstedelen af den danske befolkning altså idag – nu som før – i deres hverdag med både store og små lidelser som en del af de daglige livsvilkår og stort set uafhængig af den offentlige sundhedssektor. Disse privat gennemlevede lidelser kunne i meget runde tal føre til mere end 50 millioner ekstra kontakter inden for behandlingssystemet på et år.

Hvor alternativt er det alternative sundhedsarbejde?

Oversigten over det alternative sundhedsarbejde i dagens Danmark har vist, at der er tale om yderst komplicerede og mangfoldige former for arbejde. Hvordan skal vi vurdere omfanget og betydningen af disse aktiviteter?

Set i en historisk belysning er ændringerne ikke altid så iøjnefaldende som de umiddelbart virker, når vi møder dem enkeltvis uden at kunne se nogle af de grundlæggende sammenhænge. Visse opbrud og ændringer vil finde sted som en del af de videnskabelige forskningsprocesser.

Inden for de seneste 100 år har der som et led i den almindelige udvikling dannet sig bevægelser og foreninger. For en betydelig del af dem gælder det, at de har haft det udtalte eller udtalte formål at sikre eller forøge sundheden eller bekæmpe sygdomme ad politisk eller privat vej. De dominerende i grupperne var dengang som nu, de der havde visse forudsætninger i form af tid, dannelse og økonomi. (Balle Petersen, 1976). I dag opfylder flere disse forudsætninger, og derfor er aktivitetskalaen større og gennemslagskraften bredere.

Der er heller ikke noget særlig mærkeligt ved, at en række tankegange fra andre kulturer i øget grad gør sig gældende i det moderne danske samfund. Kommunikationsforholdene i verden har ændret sig væsentligt i løbet af de sidste generationer. Alene gennem det internationale samarbejde i FNs verdenssundhedsorganisation 'WHO' er de danske strukturer blevet ført ind på nye baner. Lige som andre vestlige lande har den danske sundhedssektor dog på en række områder haft held til at udvise en effektiv træghed, der har virket som en stødpude mod alt for store nyskabelser. Et behandlingssystem som barfodslægeinstitutionen, som WHO støtter i ikke-vestlige lande ville i nutidens danske samfund fremstå som alternativt, medens den i en række af de andre samfund bygger videre på en levende, velintegreret og økonomisk billig tradition.

Det udspringer også af de historiske forudsætninger, at der i dag findes grupper både inden for og uden for sundhedssektoren, som viser øget forståelse for og arbejdsvilje til at gøre noget ved nogle af de autoritets-, køns- og klasseproblemer, som er knyttet til de eksisterende strukturer.

På overfladen viser disse mængder af alternativt sundhedsarbejde sig som grænseoverskridelser. I virkeligheden har de ofte en dyb kontinuitet med de historiske og samfundsbetingede rødder. Sommetider ligger de i naturlig fortsættelse af de ændrede vilkår og andre gange udgør de en overordentlig rimelig kritisk reaktion på udviklingen. De fleste alternativer er således et led i et almindeligt og uopholdeligt fremskridt. (Adorno & Horkheimer, 1972: 49; Rørbye, 1982: 83).

Ud fra en kulturkritisk synsvinkel er der således ikke noget mærkeligt eller enestående i dette, at sundhedssektoren bestandig er præget af uro. (Rørbye, 1985c). Ud fra en historisk betragtning har der altid været røster fremme om det forfærdelige og omkringsiggribende uvæsen, som i ældre tid blev omtalt ved de talesproglige begreber kloge folk og folkemedicin eller ved den juridiske terminologi med de negative bibetydninger: kvaksalveri. (Eksempler: Møller, 1942; Sand, 1931; Rørbye, 1985 b).

De der befinder sig inden for sundhedssektoren, vil således altid opleve, at grænserne rykkes væk under dem, uden at de selv kan følge med. Dette hænger sammen med, at enhver tradition er i bevægelse. En levende tradition er ikke alene

karakteriseret ved, at den vedligeholdes og gentages, men netop også ved at den ændres og brydes op. (Rørbye, 1982).

Det er ikke traditionerne selv, der alene virker konserverende på tilstandene i samfundet. Hvis traditionerne stivner og bliver til fastlåste, hæmmende og utidsvarende normer, så er det fordi nogle drivkræfter holder den fast. (Marcuse, 1969; Rørbye, 1982: 81). I princippet kan vi altså tale om alternativt sundhedsarbejde, både når der er tale om særlig betydelige opbrud, men også når det drejer sig om særlig træge strukturer.

Hvis vi skal vurdere det alternative sundhedsarbejde i dagens Danmark, må vi således spørge om, hvilke ændringer der egentlig er tale om. Betingelsen for ændringen består i, at nogle problemer er blevet synlige, og at den eller de som er blevet opmærksomme på dem også er i stand til at yde et arbejde for at gøre noget ved dem. Dette ændrede arbejde kan meget skematisk føre til:

Harmonisering

arbejdet fører til en harmonisering, der vedligeholder, genopbygger, ja fastholder den løbende udvikling.

Kritik

Arbejdet fører til klage eller protester og måske til dannelsen af utopier vendt imod den løbende udvikling.

Frigørelse

Arbejdet fører til dannelsen af nye forhold, der dæmper eller ændrer banen for den løbende udvikling.

Destruktion

Arbejdet fører til at den løbende udvikling standses (En videreførelse af Rørbye, 1982).

Hvis vi kun vurderer de alternative former for sundhedsarbejde i nutidens Danmark i forhold til den officielle sundhedssektor, vil de ikke syne af meget efter denne begrænsede målestok. Det er sjældent de fører til afgørende faglige ændringer.

Det alternative arbejde gør også lidelserne mere overkommelige for den enkelte, og der opstår ikke udadvendte og kollektive protester. Selv ikke de egentlige modkulturer behøver at give anledning til former for frigørelse og destruktion. De kan i stedet gå hen og blive en lille enklave, hvor tilhængerne har det godt med sig selv og hinanden.

De kommercielle produkter og tilbud er ligeledes først og fremmest med til at vedligeholde og harmonisere, ja vi kunne måske endda sige kompensere for mere dybtliggende afsavn. (Thyssen, 1977). På den anden side udvikles der også gennem markedsføringen nye behov, lige som der skabes opmærksomhed omkring problemer, som formelt kunne føre til en form for frigørelse eller destruktion. De løsninger der anvises består imidlertid gerne i købet af nogle varer, og ikke i kravet om mere grundlæggende ændringer.

Hverdagslivets omsorg er nok den form for alternativt sundhedsarbejde, der mest massivt er med til at fastholde de eksisterende vilkår. Problemerne løses eller bearbejdes privat.

Ud fra det snævre sammenligningsgrundlag tegner der sig således et billede af et alternativt sundhedsarbejde, der hverken er særlig alternativt eller i besiddelse af den store gennemslagskraft i forhold til den officielle sundhedssektor.

Kan vi da vurdere det alternative sundhedsarbejde ud fra de ændringer, det har medført i forhold til det naturvidenskabelige videnskabssyn? Billedet vil ikke blive mindre gråt. Den klassiske målestok vil hurtigt kunne vise, at de fleste alternative aktiviteter er umådelige, og det vil i denne videnskabelige terminologi sige uvirk-somme.

Det mørke billede udgør imidlertid kun en del af sandheden. Det fortæller mere om sammenligningsgrundlaget og de magtrelationer som knytter sig til det officielle sundhedsarbejde end de alternative bestræbelser. Når grænserne for det videnskabelige udstikkes af de traditionelt uddannede siger det i virkeligheden sig selv at det meste alternative sundhedsarbejde netop ikke kan indpasses i denne model. Dette betyder samtidig at disse afvigende arbejdsformer slet ikke alene kan vurderes i forhold til en naturvidenskabelig tankegang og et positivistisk grundsyn. Klassiske videnskabelighedskrav som logik, objektivitet, præcision, repræsentativitet, signifikans og lignende kan derfor ikke udgøre den eneste hensigtsmæssige målestok til vurderingen af det alternative sundhedsarbejde. Det drejer sig også om levende mennesker, der ikke lader sig reducere til kategorier og formler. (Rørbye, 1982: 174). Ud fra denne betragtning, når vi frem til ganske andre kriterier for vores vurdering af det alternative sundhedsarbejde. Den klassiske naturvidenskabelige målestok bliver kun én blandt flere. Enhver behandling kan tværtimod på en og samme gang være både virksom og uvirksom, og dette billede kan ovenikøbet ændre sig over tid. Det som i første omgang blev registreret som uvirksomt efter den naturvidenskabelige vurdering, har måske på længere sigt en mere gennemgribende indvirkning på levevilkårene som indirekte kommer til at løse nogle af problemerne eller forebygge at andre opstår. Således kan vi fortsætte med at nuancere og problematisere det gængse begreb „virksom“.

Det er såmænd prisværdigt nok, at grupper inden for sundhedssektoren fra tid til anden forsøger at vurdere det alternative sundhedsarbejde. Et aktuelt eksempel er „Betænkning fra indenrigsministeriets udvalg til undersøgelse af naturpræparater og ikke-autoriserede helbredelsesmetoder“ fra 1983. Det er imidlertid ikke særlig overraskende, at resultaterne viser, at de studerede former for sundhedsarbejde næppe bør føre til de store ændringer inden for sundhedssektoren og de etablerede videnskaber. Dette resultat er i vidt omfang allerede indbygget i undersøgelsens analysemetode.

Så længe sygdom og sundhed reduceres til fysiske og biologiske fænomener, vil meget alternativt sundhedsarbejde komme til at fremstå som uvirksomt, uhensigtsmæssigt og forfejlet. Anskues sygdom og sundhed derimod historisk og konkret, så indgår de altid i sociale og kulturelle sammenhænge, der lige som alt andet er betinget af nogle grundlæggende vilkår i samfundet.

Behandlingen kan naturligvis sætte ind over for symptomer og sygdomme, lige som den kan forsøge at stimulere sundheden og modstandskraften hos den enkelte.

Dette vil ofte være det individuelle krav, når en bestemt lidelse opstår. Sundhedsarbejdet kan imidlertid også bestå i bestræbelser på mere grundlæggende at ændre de kulturelle og sociale forhold eller i forsøg på at styre selve livsvilkårene i en anden retning. De første behandlingsformer vil de fleste sikkert uden videre opfatte som et sundhedsarbejde. De dybtgående og strukturændrende forsøg på at gribe ind i samfundets udformning og den historiske udvikling anses derimod gerne for „politik“. (Voss, 1978: 10). Det er imidlertid netop her mange alternative former for sundhedsarbejde fremstår som virkelige drivkræfter, der for alvor skaber ændringer.

Fremtidsperspektiver

Efter mange sundhedsarbejders opfattelse syder og gærer det rundt om i sundhedssektoren som aldrig før. Selv om dette nok er rigtigt, kan det meget vel betyde, at der blot er tale om en yderst livskraftig traditionsdannelse, der gror og har det godt. Uroen behøver ikke at være et udtryk for, at vi står over for en ondartet svulst der vokser vildt. Det stærke røre behøver heller ikke at føre til en sprængning af de grundlæggende strukturer. Det alternative sundhedsarbejde afspejler måske først og fremmest, at den traditionelle udvikling i ro og mag, eller i små spring, er på vej i nye retninger. (Rørbye, 1982: 143 ff.).

Udover disse kontinuitetsskabende ændringer findes der imidlertid en lille del, som udgør mere reelle alternativer, der skaber eller synliggør nye betydelige historiske alternativer, som ellers ikke havde vist sig. (B. Rørbye, 1982: 39).

Det gælder for mange lidelser, at vi er både blinde, døve og stumme over for dem. (D. Sölle, 1980: 68 ff.). Dette fører til hjælpeløshed, forvirring eller ligegyldighed. Den tilsyneladende harmoni på overfladen er med til at vedligeholde, ja måske forstærke lidelsens forudsætninger. Bliver problemerne først synlige, så er muligheden også tilstede for at en ny udvikling kan sættes igang. (Marcuse, 1969: 254; 1979: 20-22, 75 ff.; Rørbye, 1982:20-24).

Et eksempel på en lidelse som først i nutiden er blevet synligt som et problem, og som nu er genstand for mange former for ændrede bestræbelser, møder vi i fredsbevægelserne. Mange soldater har været hjælpeløse over for krigens ulykke, mange kvinder har gennem historien fået tildelt den klagende rolle. Det er først i vore dage, at der er opstået kollektive modbevægelser for fred ud fra ideen om, at dette også er et folkeligt anliggende og at noget kan forandres.

Er der i det alternative sundhedsarbejde i dagens Danmark ansatser til en tilsvarende handlekraftig sundhedsbevidsthed. Er den store interesse for det såkaldte alternative sundhedsarbejde udtryk for fælles og bæredygtige bestræbelser, der udgår fra engagerede og grænseoverskridende grupper blandt både sundhedsarbejdere, myndigheder og folk. Kan vi mon ane konturerne til en bred folkelig bevægelse, hvor det sunde liv udgør et ansvarsområde, der får os til at stille helt nye krav både til os selv og til samfundsudviklingen? (Rørbye, 1984, 1985a).

I øjeblikket er det alternative sundhedsarbejde spredt ud over en mangfoldighed af konkrete indsatser, der vil løse specifikke problemer. På denne måde udgør det alternative sundhedsarbejde et både livskraftigt og konstruktivt indslag i historien. Det drager problemer frem og viser at det kan lade sig gøre at arbejde videre med

dem. I sin mest negative form er det problemskabende og proportionsforvrængende. I sin mest positive form hviler det på optimisme, livsglæde og troen på at det kan nytte at gøre en indsats.

Hvor kan vi finde de virkelige historiske alternativer? Møder vi dem i de dybt rodfæstede grundmenneskelige erfaringer eller hos frontkæmperne? Noget enkelt svar findes ikke, og den historiske udvikling udgør en slet facitliste. Mange af de mulige alternativer får således aldrig nogen historisk gennemslagskraft. (Marcuse, 1969, 1979). De drukner i latter, kritik eller forargelse. (Habermas, 1981: 182; Rørbye, 1982: 131 ff., 186). Eller sulter ihjel.

Litteratur

- Alver, Bente Gullveig (1978). „Du skal gå frisk herfra. En etnomediciner og hans patientbehandling“, i *Tradisjon*, Bergen, pp. 27-36.
- Alver, Bente Gullveig (1984). „Som man roper i skogen“, i *Hjelp meg – jeg har gikt!*, Oslo, pp. 69-127.
- Berg, Anne Margrethe (1984). „Hekse, kloge koner og jordemødre“, i *Kvindfolk. En Danmarkshistorie fra 1600 til 1980*, København: Gyldendal, pp. 17-48.
- Bertelsen, Henning (1973). *Flytter troen bjerge eller ...* Breve fra scanalka og minalka brugere, Vrå.
- Blau, P. M. (1977). *Inequality and heterogeneity*. N.Y., London.
- Byggeklodser til et nyt sundhedsvæsen I-III* (1984). DSI projektrapport 84.02 forsøgsvirksomhed, 84.03 forståelsesmønstre, 84.04 forbrugerindflydelse, Dansk sygehusinstitut.
- Christianias sundhedshus er forbillede for en ny tankegang. Her har samarbejdet mellem alternativ og traditionel medicin fungeret i adskillige år. (1985) i *Søndagsavisen* 8.1., p. 32.
- Cliff, Helen (1984). „Kan et tændt stearinlys være ligeså godt som psykofarmaka?“ i *NORD NYTT* 22, pp. 25-36.
- De er syge sagde lægen* (1977). København: Munksgaard.
- Dahlström, E. (1978). *Arbetsdelning, klasssskiktning och kunskapsutveckling*, Stencil, Sociologiska institutionen vid Göteborg Universitet.
- Dornheim, Jutta (1983). *Kranksein im dörflichen Alltag*. Soziokulturelle Aspekte des umgangs mit Krebs. Tübingen: Tübingen Vereinigung für Volkskunde.
- Dreyer, W. (1886). „Ovre fra Heden. Træk af Overtroen hos Bonden i Nutiden i *Tilskueren*.“
- Ericsson, Kjersti (1974). *Den tvetydige omsorgen*. Sindssykevesenets udvikling – et socialpolitisk eksempel. Oslo: Universitetsforlaget.
- Er I rigtig kloge?* (1977). En bog om kvinder og psykiatri. København: Tiderne skifter.
- Fasting, Ulla (1982). *Ikke bare en diagnose*. Kræft – krise kommunikation. København: Munksgaard.
- Fog, Jette (1979). *Kvindelige industriarbejderes dagligliv – belyst ved interview*. København: Lavindkomstkommisionens sekretariat. Arbejdsnotat 7.
- Forbruget af urtethe er steget kraftigt (1984). *Berlingske Tidende*. 2. sektion. p. 8.
- Forløsning – fødsel med eller mod naturen* (1982). Hundested: Eget forlag.
- Frykman, Jonas & Orvar Löfgren (1979). *Den kultiverede människan*. Lund: Liber.
- Gale græsrodder* (1982). RUC Projekt SAM-BAS 2. år, HUS: 51.
- Gammelgaard, Judy (1981). *En kamp for det rigtige liv*, København.
- Gundelach, Peter (1980). *Græsrodder er seje!* Århus: Forlaget Politica.
- Halskov, Lene (1983). *Er depression skik og brug for kvinder?*. Stencil. Institut for nordisk folkemindvidenskab ved Københavns Universitet.
- Hansen, Svend Åge & Ingrid Henriksen (1980). *Dansk Socialhistorie. Bind 7*. København: Gyldendal.
- Hedeström, Ingrid & Karin Persson (1981). *Kvinder kriser*. København.
- Honko, Lauri (1959). *Krankheitsprojekte*. Untersuchung über eine urtümlische Krankheitserklärung. Helsinki.
- Honko, Lauri (1978). Folkemedicin i udviklingsperspektiv, i *Tradisjon*, pp. 1-26.
- Jensen, Anders Ottar & Hans Siggard Jensen (1976). *Medicinsk Videnskabsteori*. København.
- Jochumsen, Mathias (1982). *Sindssyges vilkår i ældre tid*. Dansk Plejerforening.
- Kock, Herman (1934). *Fra Fortidens Vartorv til Ensomme Gamles Værn*. København.

dem. I sin mest negative form er det problemskabende og proportionsforvrængende. I sin mest positive form hviler det på optimisme, livsglæde og troen på at det kan nytte at gøre en indsats.

Hvor kan vi finde de virkelige historiske alternativer? Møder vi dem i de dybt rodfæstede grundmenneskelige erfaringer eller hos frontkæmperne? Noget enkelt svar findes ikke, og den historiske udvikling udgør en slet facitliste. Mange af de mulige alternativer får således aldrig nogen historisk gennemslagskraft. (Marcuse, 1969, 1979). De drukner i latter, kritik eller forargelse. (Habermas, 1981: 182; Rørbye, 1982: 131 ff., 186). Eller sulter ihjel.

Litteratur

- Alver, Bente Gullveig (1978). „Du skal gå frisk herfra. En etnomediciner og hans patientbehandling“, i *Tradisjon*, Bergen, pp. 27-36.
- Alver, Bente Gullveig (1984). „Som man roper i skogen“, i *Hjelp meg – jeg har gikt!*, Oslo, pp. 69-127.
- Berg, Anne Margrethe (1984). „Hekse, kloge koner og jordemødre“, i *Kvindfolk. En Danmarkshistorie fra 1600 til 1980*, København: Gyldendal, pp. 17-48.
- Bertelsen, Henning (1973). *Flytter troen bjerge eller ...* Breve fra scanalka og minalka brugere, Vrå.
- Blau, P. M. (1977). *Inequality and heterogeneity*. N.Y., London.
- Byggeklodser til et nyt sundhedsvæsen I-III* (1984). DSI projektrapport 84.02 forsøgsvirksomhed, 84.03 forståelsesmønstre, 84.04 forbrugerindflydelse, Dansk sygehusinstitut.
- Christianias sundhedshus er forbillede for en ny tankegang. Her har samarbejdet mellem alternativ og traditionel medicin fungeret i adskillige år. (1985) i *Søndagsavisen* 8.1., p. 32.
- Cliff, Helen (1984). „Kan et tændt stearinlys være ligeså godt som psykofarmaka?“ i *NORD NYTT* 22, pp. 25-36.
- De er syge sagde lægen* (1977). København: Munksgaard.
- Dahlström, E. (1978). *Arbetsdelning, klasssskiktning och kunskapsutveckling*, Stencil, Sociologiska institutionen vid Göteborg Universitet.
- Dornheim, Jutta (1983). *Kranksein im dörflichen Alltag*. Soziokulturelle Aspekte des umgangs mit Krebs. Tübingen: Tübingen Vereinigung für Volkskunde.
- Dreyer, W. (1886). „Ovre fra Heden. Træk af Overtroen hos Bonden i Nutiden i *Tilskueren*.”
- Ericsson, Kjersti (1974). *Den tvetydige omsorgen*. Sindssykevesenets udvikling – et socialpolitisk eksempel. Oslo: Universitetsforlaget.
- Er I rigtig kloge?* (1977). En bog om kvinder og psykiatri. København: Tiderne skifter.
- Fasting, Ulla (1982). *Ikke bare en diagnose*. Kræft – krise kommunikation. København: Munksgaard.
- Fog, Jette (1979). *Kvindelige industriarbejderes dagligliv – belyst ved interview*. København: Lavindkomstkommisionens sekretariat. Arbejdsnotat 7.
- Forbruget af urtethe er steget kraftigt (1984). *Berlingske Tidende*. 2. sektion. p. 8.
- Forløsning – fødsel med eller mod naturen* (1982). Hundested: Eget forlag.
- Frykman, Jonas & Orvar Löfgren (1979). *Den kultiverede människan*. Lund: Liber.
- Gale græsrodder* (1982). RUC Projekt SAM-BAS 2. år, HUS: 51.
- Gammelgaard, Judy (1981). *En kamp for det rigtige liv*, København.
- Gundelach, Peter (1980). *Græsrodder er seje!* Århus: Forlaget Politica.
- Halskov, Lene (1983). *Er depression skik og brug for kvinder?*. Stencil. Institut for nordisk folkemindvidenskab ved Københavns Universitet.
- Hansen, Svend Åge & Ingrid Henriksen (1980). *Dansk Socialhistorie. Bind 7*. København: Gyldendal.
- Hedeström, Ingrid & Karin Persson (1981). *Kvinder kriser*. København.
- Honko, Lauri (1959). *Krankheitsprojekte*. Untersuchung über eine urtümliche Krankheitserklärung. Helsinki.
- Honko, Lauri (1978). Folkemedicin i udviklingsperspektiv, i *Tradisjon*, pp. 1-26.
- Jensen, Anders Ottar & Hans Siggard Jensen (1976). *Medicinsk Videnskabsteori*. København.
- Jochumsen, Mathias (1982). *Sindssyges vilkår i ældre tid*. Dansk Plejerforening.
- Kock, Herman (1934). *Fra Fortidens Vartorv til Ensomme Gamles Værn*. København.

- Krogsgart Larsen, B. (1983). *Modeller til udvikling af sygeplejerskens referenceramme i patientplejen*. Fokus på terapeutisk kommunikation og Betty Neumans sygeplejemodel. Dansk Sygeplejerske Højskole ved Århus Universitet.
- Lange, Torben (1976). *Affaldsmennesker?* København.
- Launsøe, Laila & Hanne Marie Jensen (1980). *Sundhedsarbejde på tværs*. En analyse af primært sundhedsarbejde og alternativt sundhedsarbejde i en dansk kommune. København. Institut for socialmedicin. 12.
- Liljeström, Rita (1981). *Kultur och Arbete*. Helsingborg: Liber.
- Lytthans, Jane (1983). *En opgave bliver til under en undersøgelse af „Emsomme Gamles Værn“*. Stencil. Institut for folkemindevidenskab ved Københavns Universitet.
- Marcuse, Herbert (1969). *Det én-dimensionale menneske*. En undersøgelse af det højtudviklede industrisamfunds ideologi. København.
- Marcuse, Herbert (1979). *Den æstetiske dimension*. Bidrag til en kritik af den marxistiske æstetik. København.
- Mathiessen, C. C. (1967). *Skuddet i dansk sygdomstro*. København: Foreningen Danmarks Folkeminder.
- Mosegaard, D. & H. P. Schmidt (1982). *Hellere gal end sindslidende*. En analyse af 2 sundhedspolitiske organiseringer: „Galebevægelsen“ og „Landsforeningen Sindslidendes Vel“ og deres offentlighedspraksis, sådan som de kommer til udtryk i bladene „Amalie“ og „Sind“. Stencil. RUC.
- Münster, Erik (1978). *Mine kære patienter*. København.
- Møller, J. S. (1942). *Om kvaksalveri og kvaksalvere*. København.
- Naturpræparater og ikke-autoriserede helbredelsesmetoder* (1983). Betænkning fra indenrigsministeriets udvalg til undersøgelse af naturpræparater og ikke-autoriserede helbredelsesmetoder. Betænkning 990. København.
- Nielsen, Margit (1983). *Ældres selvbestemmelse/medindflydelse på plejehjem*. Dansk Sygeplejerske Højskole ved Århus Universitet.
- Olsen, P. Riis (1983). *Samarbejdet mellem patient, pårørende og sygeplejerske i den somatiske afdeling*. Fokus på den pårørendes rolle. Dansk Sygeplejerske Højskole ved Århus Universitet.
- Petersen, Margaretha Balle (1976). „Foreningstiden“, i *Det forsømte århundrede, Arve og Eje*: Dansk kulturhistorisk museumsforening, pp. 43-68.
- Rørbye, Birgitte (1976a) *Kloge folk og skidtfolk*. København: Politikens forlag.
- Rørbye, Birgitte (1976b). „Den illegale sygdomsbehandling som folkloristisk problem. Bidrag til en sociokulturel oversigt for Danmark“, i *Fataburen*, pp. 203-220.
- Rørbye, Birgitte (1978). „Nutidig folkemedicin“, i *UNIFOL*, pp. 141-47, samt i *Tradisjon*, pp. 37-46.
- Rørbye, Birgitte (1980). „Allmän etnomedicinsk översikt“, i *Botare*, En bok om etnomedicin i Norden. Stockholm: LTs förlag, pp. 155-210, samt i lidt forkortet version i *Ethnologia Scandinavica*, a journal for nordic ethnology, pp. 53-85.
- Rørbye, Birgitte (1982). *Folkloristiske horisonter*. På vej til en kritisk teori om de folkelige erfaringsverdener. København, Institut for folkemindevidenskab: Reitzels forlag.
- Rørbye, Birgitte (1984). „Gesundheit für Alle. Ein Mythos zwischen Vergangenheit und Zukunft“ i *Hässliche Blätter für Volkskunde*, under trykning.
- Rørbye, Birgitte (1985a). „Sundhedsformidlingens historiske baggrund“, i *Ugeskrift for Læger*, under trykning.
- Rørbye, Birgitte (1985b). „Folkemedicin“, i *Kulturhistorisk Opslagsværk*. København: Dansk Historisk Fællesforening.
- Rørbye, Birgitte (1985c). „Da folkeminderne fik borgerret – de klassiske folkeminders betydning i kulturkritisk belysning“, i *Folklorens Betydelse*. Stockholm, under trykning.
- Sand, Knud (1930). „Om kvaksalveri“, i *Dansk Kriminalistforenings Aarbog*, pp. 3-40.
- Sellberg, Torunn (1984). „Naturmedicin reddet mit liv“ om alternativ medicin i ukepressen“, i *Tradisjon*, pp. 25-36.
- Strandgaard, Ole (1978). „Shamaner – fup eller fakta?“, i *Ånder og mennesker*. København: Nationalmuseet, pp. 122-25.
- Sundström, E. (1979). *Nyandliga vindar*. Varifrån och varthen. Stockholm.
- Sölle, Dorothee (1980). *Lidelse*. Ed. Elisabeth Uldahl & Helge Rasmussen. København.
- Thyssen, Ole (1977). *Den ulykkelige bevidsthed*. Om begrebet savn. København.
- Tillhagen, Carl Herman (1958). *Folklig Läkekonst*. Stockholm.

- Toft-Nielsen, E. (1980). „25 år med Helse“, i *Ugeskrift for Læger*, pp. 481-82.
- Viereck, E. (1983) *Forholdet mellem patient sygeplejerske*. Dansk Sygeplejerske Højskole ved Århus Universitet.
- Vi prøvede en ø (U.A.). Forlaget Fremad.
- Voss, Tage (1978). „Sygdom og samfund“, i *Det farlige Liv*, København: Nationalmuseet, pp. 5.10.
- Wiborg, Annette (1983). *Jeg er gal!* – ni personlige beretninger om kampe for et bedre liv. København: Københavns Bogforlag.
- Wijkström, Elisabeth (U.A.). *Läkare eller kvaksalvere*. En etnologisk attitudundersökning. Uden Sted: stencil.
- Ø-lejr (1975). Pjece, København: Ø-lejr kontoret.