

# Den praktiserende læge

Torsten Risør & Frede Olesen

---

*Praktiserende læger skal dagligt forholde sig til et omfattende spektrum af helbredsproblemer som deres patienter præsenterer for dem. Det er gennem dette arbejde, at faget almen medicin - de praktiserende lægers speciale - er opstået gennem de sidste 50 år, og faget har udviklet et teorigrundlag og en arbejdsmetode, som har fællestræk med andre lægelige specialer, men som også har en række træk, der ikke findes så udtalt i andre dele af medicinen.*

*De praktiserende læger oplever også problemer i deres arbejde, som har medført en mere generel diskussion om, hvad faget er, og ofte beskrives faget som værende i krise. En krise som søges forløst gennem en søgen efter kernen i faget. I denne artikel beskriver vi fagets udvikling samt krisen, og vi ser på, hvordan vi – med udgangspunkt i nogle situationer fra praksis og med analytisk hjælp fra antropologi – kan formulere et nyt syn på faget og dermed nogle muligheder for udvikling.*

## Indledning

'Du kan som regel kende den praktiserende læge på, at han bærer på flere tasker på en gang - og den ene af dem er et videokamera. Vi ved aldrig, hvad vi lige får brug

for at have med, så vi må have lidt af det hele - foruden et ekstra øje. En mulighed for at se det vi gør lidt udefra, så vi kan tænke over det.'

Ole Risør, praktiserende læge

Der er sagt og skrevet meget om praktiserende læger og deres fag, almen medicin. Diskussionen, om hvad der er kernen i faget, og hvad man som følge deraf skal kunne som praktiserende læge, er vedvarende. I perioder synes det at ligge nogenlunde fast for kort efter igen at blive sat til diskussion. Og sådan bør det efter vores mening være i et fag i udvikling.

Når vi vælger at skrive denne artikel om faget almen medicin, er det heller ikke for at nagle dette fast eller afslutte en diskussion. Vores ærinde er at studere den relation, som faget har og er i færd med at udvikle til faget antropologi og specielt medicinsk antropologi. Det er vores opfattelse, at denne relation kan bruges på flere niveauer - som en hjælp i det daglige møde med patienten, som teoretisk inspiration i den almen medicinske forskning og til at kvalificere diskussionen om, hvad fagets indhold er og skal være.

For at forstå hvorfor en relation til antropologi overhovedet bliver relevant, må vi imidlertid først beskrive nogle forudsætninger. Først må vi gøre klart, hvad almen medicin er. De fleste praktiserende læger kender historien om, hvordan faget almen medicin er blevet til og kender diskussionen om, hvad der er det centrale i faget. For de fleste andre vil dette formentlig være ukendt, og vi vil derfor starte med at give denne baggrund for at forstå faget. Derefter skifter vi fra den generelle - historiske og fagpolitiske - beskrivelse af faget til en mere praksisnær beskrivelse af nogle almindelige problemstillinger i den praktiserende læges daglige arbejde.

Derefter vil vi i den sidste del af artiklen beskrive nogle muligheder for at bruge antropologisk metode og viden i den praktiserende læges konsultation med udgangspunkt i hverdagsproblemer i praksis men med betydelige konsekvenser for den mere generelle forståelse af faget.

## Almen medicins historie

Almen medicin defineres af Dansk Selskab for Almen Medicin som det generelle forebyggende, diagnosticerende, visiterende, behandlende og opfølgende lægearbejde, som udføres af de praktiserende læger (DSAM 1998). Der er i Danmark ca. 3600 praktiserende læger. De har årligt ca. 18 millioner direkte patientkontakter,

af disse 2 millioner som sygebesøg og 16 millioner som konsultationer hos lægen (Bentzen, Hollnagel og Lauritzen 1997). Den praktiserende læges arbejde er således både kvalitativt og kvantitativt ganske omfattende.

Almen medicin - synonymt med det engelske 'family medicine' - blev officielt anerkendt som speciale i Danmark i 1994. Praktiserende læger har siden kunne betegne sig som speciallæger i almen medicin, og for at blive praktiserende læge skal man gennemgå en klinisk uddannelse på linie med andre speciallæger i Danmark. Den praktiserende læge - på engelsk: general practitioner - har dog eksisteret betydeligt længere. Lægen, der har sin praksis i et lokalsamfund og yder service til mennesker med helbredsproblemer i dette samfund, blev udbredt i Danmark i 1800-tallet. Da specialiseringen af medicinen i begyndelsen af 1900-tallet tog fart, aftog væksten i antallet af praktiserende læger. Landvindinger inden for de medicinske specialer som opdagelsen af penicillin og insulin gav mulighed for behandling af tilstande, som hidtil havde været dødelige. Udviklingen af anæstesi og kirurgisk teknik var ligeledes med til at give vækst i antal og størrelse af de kirurgiske specialer.

I 1960'erne opstod termen 'almen medicin' som kontrast til udviklingen af specialerne. Mange helbredsproblemer blev fortsat behandlet af de praktiserende læger, og blandt dem var der modvilje mod at blive en underordnet del af lægefaget, som tog sig af bagatellerne, mens de 'rigtige' sygdomme blev behandlet af specialister på sygehusene. Der kom tidligt fokus på betydningen af kommunikation som en vigtig del af diagnostik og behandling, bl.a. inspireret af psykiateren Michael Balint, der ligefrem talte om at bruge 'the doctor as a drug', dvs. at lægen doserede sig selv som interesseret, lyttende og medfølelse vidne til patientens lidelse som en vigtig del af behandlingen i den praktiserende læges konsultation eller almen praksis, som det nu også kaldtes (Balint 1957). Når det at tale med patienten og forstå patienten blev gjort til en central del af lægens faglighed, var det nærliggende at søge inspiration i faget psykologi. Det skete da også i vidt omfang, og praktiserende læger begyndte at lære om psykoanalyse, børns kognitive udvikling, stress, kriser og forsvarsmekanismer. Praktiserende læger og psykologer underviste sammen på medicinstudiet, og gradvist blev emner som kommunikation og samtaleterapi en fast del af det medicinske curriculum (Jacobsen 1997).

Andre temaer som familiens dynamik, arbejde og miljø samt samfundet som en vigtig faktor i udviklingen af sygdom var også en del af den nye almen mediciners faglige identitet. Lægelige discipliner som socialmedicin (Michelsen et al. 1996) og miljø- og arbejdsmedicin (Grandjean 1991) var allerede etablerede fagområder og blev derfor for den praktiserende læge vigtige støttepiller i forståelsen og

behandlingen af lidelser relateret til disse og andre sociale forhold. Og da både social medicin og miljø- og arbejdsmedicin især havde - og har - epidemiologien som basal videnskabelig tilgang, blev epidemiologi også indirekte betydende for den almen medicinske faglighed. Epidemiologi var oprindeligt studiet af, hvordan epidemier udviklede sig, og hvad der kunne være deres årsager, men blev efterhånden mere generelt til studiet af, hvordan forskellige faktorer kunne relateres statistisk til andre faktorer, og hypoteser om årsagssammenhænge dermed kunne opstilles.

Risikovurdering er nært forbundet til epidemiologi og er indenfor miljø- og arbejdsmedicin helt central. Når man kender nogle faktorer, der er associeret til udvikling af sygdom, kan man foretage en vurdering af risikoen for, at sygdommen opstår hos den enkelte. Ikke en risiko for den enkelte men en risiko som gælder, hvis man har et tilstrækkeligt stort antal mennesker (Grandjean 1991). Risikovurdering blev også en af opgaverne for almen medicin. Det var i de forebyggende konsultationer - graviditetsundersøgelser, børneundersøgelser og helbredsundersøgelser - at risikovurdering blev vigtig, men de blev også vigtige i forbindelse med tilstande som hypertension (forhøjet blodtryk), adipositas (fedme) og hypercholesterolæmi (forhøjet kolesterol), som ikke i sig selv er sygdomme men er såkaldte risikofaktorer for udvikling af sygdom (Bentzen et al. 1997).

Almen medicin fik parallelt med den faglige udvikling også en politisk dimension, som arbejdede på at opnå en status på linie med de øvrige specialers med etablering af et videnskabeligt selskab (1966), selvstændig efteruddannelse (1971) og forskningsinstitutter tilknyttet universiteterne i København (1974), Århus (1975) og Odense (1980). Desuden blev der etableret forskningsfonde med særligt fokus på almen medicin. Der blev oprettet selvstændige forskningsenheder, og ligesom almen medicin var en etableret del af den prægraduate uddannelse af læger, blev den også en del af den kliniske uddannelse gennem ½ år i almen praksis for alle nyuddannede læger samt en del af turnusuddannelsen på 1½ år som også omfattede medicin og kirurgi (Bentzen et al. 1997). Anerkendelsen af almen medicin som et speciale i 1994 var derfor et trin i en lang proces.

I denne proces var det også blevet tiltagende komplekst at beskrive, hvad faget bestod i. I de første danske lærebøger i almen medicin fra 1977 (Backer et al. 1997) og 1987 (Hollnagel et al. 1987) er det indforstået, hvad almen medicin er. Ofte citeres Leeuwenhorst-definitionen fra 1974: 'The general practitioner is a licensed medical graduate who gives personal, primary and continuing care to individuals, families and a practice population irrespective of age, sex and illness. It is the synthesis of these functions which is unique' (Olesen et al. 2000). Den praktise-

rende læge var den primære og personlige læge gennem lang tid for både patienten, familien og hele lokalsamfundet eller i det mindste den del, som brugte den praktiserende læge som 'egen læge'.

## Almen medicin i krise?

I 1990erne blev det mere komplekst. Almen medicin var etableret som både klinisk og teoretisk fag. Der var undervisning af studerende, læger rettet mod almen medicin og praktiserende læger. Der var en række forskningsinstitutioner, og der var midler til forskning. Men faget havde forgrenet sig så meget, at det var svært at finde ud af, hvad faget var. Vi har allerede antydnet, at den faglige udvikling f.eks. både gik i retning af at udvikle kommunikation med patienten som det centrale, med psykologi som hjælpevidenskab og i retning af at arbejde med epidemiologi og risikovurdering.

Flere videnskabelige arbejder skabte i 1980erne en form for teoretisk platform for almen medicinen, som gjorde det muligt at samle de forskellige retninger i faget. Kleinmans arbejde med explanatory models og distinktionen mellem illness og disease var en del af denne platform (Kleinman 1980). Betydningen af kommunikation og den psykologiske forståelse af patienten var forbundet til illness, der ofte blev oversat som lidelse i betydningen patientens egen oplevelse og fortolkning af sin tilstand. Det var i forlængelse af begrebet illness, at der opstod begreber som patientcenteret medicin og selvvrurderet helbred, hvor patientens eget perspektiv blev tillagt værdi i behandlingen. Disease var diagnosen; den medicinske fagligheds forklaring på tilstanden og en forklaring, som indebar hypoteser om ætiologi (årsager), patogenese (sygdomsskabende proces), klinik (symptomer), objektive fund (hvad lægen kan konstatere ved sin fysiske undersøgelse af patienten, som kan understøtte en diagnose), terapi (behandling) og prognose (sandsynlige fremtidig udvikling af patientens tilstand). Disease var det, der skulle forebygges, og risikovurdering var en del af dette arbejde, og den motiverende samtale blev en af konsekvenserne. I den motiverende samtale skulle patientens perspektiv på sygdom (illness) tages alvorligt men integreres i en risikovurdering af, hvad der fra et lægeligt perspektiv - dvs. begrundet i risikoen for udvikling af sygdom (disease) - var bedst for patienten.

En anden del af den teoretiske platform for almen medicinen blev den biopsyko-sociale model (Engel 1977). Den lå tæt på almen medicinerens ideal om at behandle det hele menneske og ikke blot menneskets sygdom. I denne model lå

et ideal om at se en tilstand fra en biologisk og en psykologisk og en social synsvinkel og behandle alle tre som ligeværdige. Man kan diskutere, i hvilket omfang dette ideal er blevet omsat i praksis, men i diskussionen af hvad almen medicin er og bør være, var modellen central i at hele nogle mulige frakturlinier i faget. Uanset om man som praktiserende læge og som almen medicinsk forsker arbejdede med en problemstilling med en mulig biologisk årsagsforklaring, med patientens psykologiske forsvarsmekanismer i forbindelse med sygdom eller med undersøgelse af en patient i forhold til en social sagsbehandling, kunne det ses som dele af det samme fag; den samme funktion.

Men som sagt var det ikke nok. Når centrale personer i almen medicin i Danmark i de seneste år taler om, at faget må undgå 'overophedning eller nedsmeltning' (Bitsch-Christensen 2003), at almen praksis er 'på åbent hav' (Bojlén & Gannik), og at almen praksis er 'en profession under pres' (Olesen & Gannik 2002), er det udtryk for en opfattelse af, at faget er udsat for påvirkninger, der kan få det til at gå i stykker, og at der savnes pejlemærker i dette terræn - hvor er vi, og hvor skal vi hen?

Olesen og Gannik finder, at presset blandt andet kommer fra udvikling i samfund og sundhedsvæsen i retning af

- en øget opmærksomhed på forebyggelse og sundhedsfremme
- en voldsom medicinteknologisk udvikling
- en organisatorisk centralisering og funktionsspecialisering
- en øget indsigt i de psykologiske sider af både helbred og samspillet mellem patient og læge
- en stærk vækst i alternativ behandling.

Alt dette stillede nye - og delvist uforenelige - krav til, hvad den praktiserende læge skal kunne, skal vide og skal gøre. Oveni dette kommer, at patienterne tilsyneladende også stiller flere krav end tidligere, bliver mere vidende og med mindre tiltro til lægens kompetence og mindre respekt for hans vejledning (Andersen 2003).

Reaktionerne på de forskellige 'pres' er gået i flere retninger - egentlig i direkte forlængelse af de udviklinger der startede i 1960'erne. På den ene side styrkes den praktiserende læges handlemuligheder gennem øget kursusvirksomhed inden for de psykologiske arbejdsfelter - samtale, kommunikation, sorg og krise. På den anden side styrkes det epidemiologiske grundlag for lægens arbejde gennem udbredelse af kliniske guidelines - vejledning for diagnostik og behandling af en sygdom baseret på den bedste tilgængelige forskning. Disse guidelines udarbejdes både centralt fra Dansk Selskab for Almen Medicin og fra de enkelte amter.

Samtidig sker der en tredje udvikling i retning af at definere fagets kerne og dermed finde et udgangspunkt for at sige, hvad den praktiserende læge skal og ikke skal beskæftige sig med. Tilsyneladende er det en bevægelse væk fra det tidligere ideal om at arbejde holistisk; med det hele menneske. Men ser vi på resultatet af det arbejde, der er gjort inden for Praktiserende Lægers Organisation (PLO) - de praktiserende lægers fagforening - bliver det mindre tydeligt, om det holistiske op- eller nedprioriteres. Bestyrelsen skriver således, at man skifter fra at tale om den praktiserende læges kernefunktioner til at tale om kerneverdier (PLOs bestyrelse 2001). Det kunne lyde som om, man opfatter faget som byggende på nogle bestemte værdier, som funktionerne udspringer naturligt af, frem for at den praktiserende løser en række forskellige opgaver, som ikke nødvendigvis er forbundet. I beskrivelsen af disse værdier bliver det imidlertid svært at holde fast i denne opfattelse, for der er både

- centrale værdier i læge-patient-forholdet
- centrale værdier i lægerollen
- centrale værdier i fagligheden, og
- centrale værdier i tilrettelæggelsen af almen praksis

og de opgaver, der udspringer af dette, er så mange og så komplekse, at det 'ikke har givet svaret på hvilke funktioner vi skal afgive og hvilke vi skal udbygge. Langt de fleste af de opgaver, vi varetager i dag, må karakteriseres som kerneopgaver i almen praksis' (PLOs bestyrelse 2001).

Og hvad siger patienterne? I hele denne diskussion om hvad almen medicin skal være, tages det ofte for givet, at der er sammenfaldende interesser for lægen og for patienten. Men på nogle punkter er interesserne nærmest modstridende. Danskerne bruger eksempelvis i stigende grad lægevagten for at slippe for ventetid og telefonkø i dagåbningstiden, mens lægerne i lægevagten oplever at blive kontaktet om mange problemer, som, de synes, hører til i dagtiden ved patientens egen læge (Stevnhøj 2003, Hansen & Juhl 2003). Men samtidig skriver PLO om værdien 'Tilgængelighed: Patienten skal selv kunne definere, hvornår almen lægehjælp ønskes. Denne fri og uselektede adgang til praksis er tryghedsskabende og et nødvendigt element' (PLOs bestyrelse 2001).

Her viser sig et centralt dilemma for almen medicin: De praktiserende læger ønsker - ideelt set - at imødekomme patienters ønsker og respektere deres valg. Men på samme tid ønsker man - i praksis - at kunne kontrollere patienters adgang til sundhedsydelser og påvirke dem i en mere - fra lægens synsvinkel - rationel brug af sundhedsvæsenet.

Her står diskussionen i øjeblikket. Samfundsmæssige udviklinger fører til nye ønsker til praktiserende læger både fra det nationale plan - herunder øget sundhedsfremme - og fra patienterne. Desuden betyder den samtidige centralisering af specialemedicinen og væksten i den alternative medicin, at den praktiserende læge får nye opgaver at løse og forholde sig til. Han presses således fra mange sider på én gang. De forskellige temaer, vi har beskrevet i almen medicinens udvikling de seneste årtier, er alle aktive i større eller mindre grad og med til at give den kompleksitet i debatten, som forhåbentlig fremgår af det ovenstående. Det er ind i dette felt, vi vil forsøge at beskrive nogle muligheder for at blive inspireret fra antropologien. Men før vi kan gøre det, vil vi se på nogle problemstillinger fra den praktiserende læges hverdag og på den kategoriseringsproces, som kaldes diagnostik.

Vi tager her udgangspunkt i en tidligere artikel af den ene forfatter, Frede Olesen, hvor den diagnostiske proces i almen praksis beskrives (Olesen 2004). I den pågældende artikel var fokus på fremtidig forskning og undervisning i almen medicin. Vi vil her i stedet bruge eksemplerne som afsæt for en diskussion om, hvad antropologi kan bidrage med i praksis.

## Diagnostik - tre eksempler fra praksis

Det er karakteristisk, at den praktiserende læge både søger at forstå patienten og patientens sygdom (Levenstein et al. 1986). Allerede her foretager lægen en diagnostik i to dimensioner, som legitimerer den videre udredning og behandling (Howie 1972, Howie 1993). Alle læger har en stærk tradition for at udøve biomedicinsk diagnostik således, som det f.eks. demonstreres i ICD-10 sygdomsklassifikationen. Der mangler imidlertid klassifikationer og taksonomier, som er mere person- end sygdomsrettede, og det er spørgsmålet, om de nuværende diagnoseklassifikationer for almen praksis (f.eks. ICPC) i fuldt omfang tager højde for det. I det følgende gives eksempler på, hvordan lægen samtidigt foretager en diagnostik både af sygdommen og af patienten med sygdommen, og at dette udføres samtidigt ved hver konsultation og ikke efter en lineær proces. Lægens arbejdsproces vil blive illustreret ved hjælp af tre sygehistorier i almen praksis, der stammer fra den ene af forfatternes praksis:

En tiårig pige kommer i konsultationen med sin mor for fjerde gang inden for det sidste år med minimale symptomer på halsbetændelse.

En kvinde med nydiagnosticeret reumatoid artrit (leddegigt), som er i behandling i et ambulatorium, kommer i lægens konsultation til drøftelse af sygdommen.

En læge er på hjemmebesøg hos en terminal cancerpatient med metastaser (spredning af kræftsygdommen til andre organer). Patienten forventes at dø inden for de nærmeste uger.

Enhver læge vil håndtere disse tre situationer ved at gøre brug af sin grundlæggende medicinske kunnen, men i det følgende vil vi illustrere, hvordan den praktiserende læges tilgang adskiller sig fra den tilgang, som en infektionsmediciner (specialist i betændelse) vil have til sygehistorie A, en reumatolog (specialist i gigt) til sygehistorie B og en onkolog (specialist i kræft) til sygehistorie C. Sygehistorierne vil vise, hvor den praktiserende læge yder en tillægsgevinst til den samlede indsats i sundhedsvæsenet, og kan derfor blive pejlemærker ('på det åbne hav') for, hvor almen medicin kan styre hen. Det skal samtidig understreges, at diskussionen på ingen måde vil anfægte eller minimere vigtigheden og nødvendigheden af den indsats, der ydes af de andre specialer.

Vi vil som nævnt se på den diagnostiske proces, men vil dele dette op i den biomedicinske diagnose, den psykologiske diagnose, den sociale diagnose (dvs. de tre dimensioner i den bio-psyko-sociale model) og endelig den kontekst- og kulturafhængige diagnose. De fire indgange til diagnostik kan sammen siges at udgøre en multidimensional diagnostik. Der eksisterer ikke en officiel politik eller guideline om, at diagnostik skal foregå på denne måde i praksis, men de fleste praktiserende læger vil temmelig sikkert kunne genkende både sygehistorier og vores overvejelser i den forbindelse.

### *Den biomedicinske diagnose*

For det første stiller lægen en biomedicinsk diagnose, som alle læger gør. Allerede i denne proces gør den praktiserende læge brug af specifik almen medicinsk kunnen, nemlig evnen til at diagnosticere i en population med lav sygdomsprævalens, således som det er tilfældet i primærsektoren. Det betyder, at den prædiktive værdi (muligheden for at finde sygdom) af en diagnostisk handling er langt lavere end f.eks. i et ambulatorium, hvor sygdomshyppigheden er høj. Det betyder, at den praktiserende læge skal have særlig træning i at håndtere sandsynligheder. Til dette formål gør lægen brug af specielle værktøjer, f.eks. dialogen med patienten



i konsultationen og evnen til at bruge tiden som diagnostisk instrument (*watchful waiting*), og intuitivt arbejder den praktiserende læge med likelihood-ratioer, det vil sige det faktum, at sandsynligheden for en given diagnose stiger for hvert positivt trin i en serie diagnostiske test (Weinstein 1980, Sackett et al 1991).

I sygehistorie A, hvor en pige har milde tegn på halsbetændelse, tager lægen måske en streptokoktest fra halsen, hvorefter han ikke foretager yderligere diagnostiske test, eftersom barnet ser rask ud. Under konsultationen overvejer lægen muligvis anden alvorlig sygdom, f.eks. leukæmi eller immundefekter, men den praktiserende læges træning i kvalificeret ekspektance og diagnostiske sandsynligheder får ham til i første omgang at afstå fra yderligere undersøgelser.

I sygehistorie B, hvor en patient med rheumatoid arthrit henvender sig, henholder den praktiserende læge sig til specialafdelingens diagnose, og inden for den biomedicinske referenceramme yder lægen i denne konsultation ikke nogen til lægsgevinst.

I sygehistorie C henholder lægen sig også til specialafdelingens vurdering, men han overvejer formentlig forskellige biomedicinske komplikationer til cancer sygdommen. F.eks. kan lægen koncentrere sig om smertebehandling, om kvalmebehandling og anden symptombehandling, og han kan udføre diagnostiske test, der f.eks. udelukker hypercalcaemi (højt kalkindhold i blodet, en mulig følge af metastaser i knogler og med en række fysiologiske effekter, herunder hjertepåvirkning) eller pleuraekssudat (væske imellem lungehinderne, en mulig følge af metastaser i lungerne og med risiko for påvirkning af vejrtrækningen).

At være i stand til at udføre god biomedicinsk diagnostik retfærdiggør imidlertid ikke i sig selv den praktiserende læges speciallægestatus, idet denne færdighed må forventes mere eller mindre at beherskes af alle læger, selvom de mangler træning i *watchful waiting* og i at arbejde i et område med lav sygdomsprævalens.

### *Medicinsk-psykologisk diagnose*

Næste trin i den multidimensionale diagnose består i en vurdering af, hvordan patientens psyke og personlighed øver indflydelse på sygdommen og sygdomsadfærden. Den praktiserende læge vurderer intuitivt patientens psyke og personlig-

hed i enhver konsultation. Den praktiserende læge vurderer, hvordan patienten mestrer symptomer og sygdomme, f.eks. om patienten normalt er en, der fornægter symptomer og problemer, eller om han er en, der ivrigt præsenterer problemer, og som har stort behov for en intellektualiserende bearbejdning af f.eks. nye diagnoser. Tilsvarende vurderer lægen patientens evne til at interagere med andre, f.eks. med familie og kolleger (social intelligens). Patientens sundheds- og sygdomsopfattelse søges også vurderet, ligesom lægen f.eks. vurderer patientens tilbøjelighed til at reagere med somatiserende adfærd, når han udsættes for stress eller konflikter (Rost & Smith 1997, Salmon 2000, Rosen et al. 1982, Waitzkin & Magana 1997).

I sygehistorie A overvejer lægen f.eks., om moderen somatiserer by proxy, det vil sige lader barnet være symptombærer for andre problemer hos hende eller i familien. Lægen overvejer f.eks. også, om familien har et stærkt eksternt *locus of control*, det vil sige en tilbøjelighed til at søge professionel hjælp for minimale symptomer.

I sygehistorie B og C vil lægen vurdere patientens tidligere og aktuelle evne til at mestre alvorlige sygdomme (coping), og lægens vurdering af disse forhold indgår i den behandlingsstrategi, der lægges. Lægen vurderer også, om patienten kan være i krise som følge af en ny diagnose eller udsigten til ikke at leve meget længere.

Det er derfor nødvendigt, at specialet almen medicin identificerer viden og teorier bag begreber som coping, somatisering, sygdomsopfattelse (*health perception*) og social intelligens. I den proces vil det være naturligt for det almen medicinske fagområde at søge hjælp fra medicinsk psykologi.

### *Social diagnose*

Det tredje trin i etablering af den multidimensionale diagnostik består i at vurdere patientens sociale situation, f.eks. patientens arbejdsforhold og det familiemæssige, kollegiale og professionelle netværk. Lægen overvejer, hvilke ressourcer der er i familien og blandt venner og kolleger, ligesom han overvejer, om der i netværket er personer, der virker hæmmende eller antagonistiske med hensyn til at få patienten til at mestre sin sygdom og håndtere sin behandling. F.eks. har

det vist sig, at netværkspersoners reaktioner er helt afgørende, hvis man skal motivere diabetikere til kostomlægning. Det kan også være værdifuldt at overveje, hvilke roller patienter indgår i i deres sygdom. Er det en klassisk sygerolle, som Parsons beskrev det, med passiv medvirken i lægens dispositioner (Parsons 1951) Er det en offerrolle, hvor patienten føler sig forfulgt af ulykker uden mulighed for at undslippe? Teorier om sociale netværk og roller er nogle af de områder, der ligger inden for faget medicinsk sociologi og kan være til hjælp for almen medicin.

I sygehistorie A overvejer lægen f.eks., om der er skoleproblemer eller problemer med patientens kammerater, idet sådanne problemer kunne skubbe patienten ind i den 'sikre sygerolle'.

I sygehistorie B overvejer lægen patientens erhvervsmæssige gentilpasning, og der kan f.eks. gøres overvejelser omkring erhvervsmæssig omplacering eller pensionering.

I sygehistorie C reflekterer lægen over, hvilken støtte han kan forvente fra ægtefælle, børn og naboer (det uformelle netværk) og fra hjemmesygeplejerske og hjemmepleje (det formelle netværk) i det forestående terminale sygdomsforløb, og lægen søger aktivt at identificere ressourcepersoner, som man kan trække på i det afsluttende forløb. Eventuelt forsøger han at motivere og styrke både patienten og netværket (*empowerment*).

### *En kultur- og kontekstafhængig diagnose*

Enhver praktiserende læge ser en patients sygdom i lyset af personens kulturelle baggrund og tradition, hvilket vil sige i lyset af den generelle kontekst, patienten normalt befinder sig i, og i lyset af den specifikke situation, der er omkring sygdommen. F.eks. opfattes og præsenteres smerter på forskellig vis inden for forskellige kulturer og også inden for forskellige subkulturer i et samfund og inden for forskellige familier. Sygemeldningsmønstre er også yderst forskellige i forskellige miljøer, f.eks. blandt kontorfolk sammenlignet med fabriksarbejdere (patientens generelle kontekst) og blandt ansatte i vellede firmaer sammenlignet med dårligt organiserede og dårligt ledede firmaer (situations- eller episodespecifik kontekst). Lægens forhåndskendskab til patientens baggrund og kontekstmæssige forhold modificerer den diagnostiske og behandlingsmæssige strategi.

I hver af de tre sygehistorier overvejer lægen intuitivt, hvordan patienten og patientens familie normalt har reageret på sygdom og sygdomssymptomer. Den praktiserende læge tolker f.eks. enhver henvendelse i lyset af tidligere lægesøgningsadfærd (sygehistorie A) og i lyset af erfaringer med patientens tidligere reaktioner på truet helbred og invaliditet (sygehistorie B) eller smerte (sygehistorie C). Umærkeligt øver lægens baggrundsviden og den viden, han indhenter i konsultationen, indflydelse på de endelige diagnostiske og terapeutiske beslutninger.

Forholdet omkring kontekst og kultur er yderst komplekst, og ovennævnte eksempler kan kun antyde de overvejelser, lægen gør sig, inden for denne diagnostiske dimension. Og - desværre - er studier af, hvad læger faktisk gør og tænker få og sjældent baseret på direkte studier i praksis. Men mht. betydningen af patientens kulturelle baggrund og værdinormer er det eksempelvis kendt, at de øver indflydelse på f.eks. evnen til at mestre kroniske sygdomme som diabetes og cancer. Den videnskabelige retning, der har arbejdet mest med betydningen af kontekst og kultur, er antropologien. Det er denne videnskabs relevans for almen medicin, vi vil nærme os i det følgende.

## Antropologiens mulighed

I beskrivelsen af de kliniske eksempler har vi set på nogle konkrete situationer i den praktiserende læges hverdag og her vist, hvordan traditionel biomedicinsk viden altid indgår - men netop kun indgår - i den kliniske vurdering og beslutningsproces.

Fag som medicinsk psykologi og medicinsk sociologi beskæftiger sig med vidensfelter, som er relevante for de praktiserende læger og er i et vist omfang integreret i faget om end ikke i samme omfang som biologisk funderet medicin. Disse fag og deres bidrag til lægens arbejde er velbeskrevne med egne lærebøger, som bruges i undervisningen af læger og medicinstuderende. Men antropologi? Antropologi er endnu ikke etableret i lægers bevidsthed som en videnskab, der har betydelige bidrag at yde til teori, metode og selvforståelse inden for sundhedsvidenskab. Lad os derfor se nærmere på, hvordan antropologi kan tænkes at stimulere en udvikling i faget almen medicin.

For en del af tidsskriftets læsere vil det formentlig være nødvendigt med en kort introduktion til, hvad antropologi er. Etymologisk er det sammensat af *anthropos*

(græsk: menneske) og logos (græsk: viden eller lære). I praksis er det det videnskabelige studie af mennesker som sociale væsener, der interagerer og skaber mening i deres virkelighed gennem denne interaktion. Dette gælder for det, der i Danmark kaldes socialantropologi og adskiller sig fra fysisk antropologi, som er studiet af menneskets fysiske opbygning og forskelle på mennesker fra forskellige regioner og fra forskellige historiske epoker. Her bruger vi antropologi som synonymt med socialantropologi og med disciplinen etnografi (af ethnos = folk). Antropologer har traditionelt studeret fremmede kulturer, dvs. grupperinger af mennesker som levede uden for Europa og Nordamerika. I takt med at synet på 'de fremmede' og 'det eksotiske' har forandret sig, er antropologer gået fra at studere 'de primitive' til 'de fremmede' til en 'dem-os'-dikotomi og endelig til en kompleks videnskabelig forståelse af social interaktion, hvor det på mange måder ikke er relevant at tale om adskilte folk. I denne proces er studier i Europa og Nordamerika også blevet en tiltagende del af antropologien og herunder studiet af sygdom og sundhedssystemer. Den del af antropologien, som beskæftiger sig med at studere sygdom, patienter og behandlere, sundhedssystemer etc., er siden 1970'erne blevet en selvstændig del af antropologien kendt som medicinsk antropologi. I denne artikel vil vi imidlertid ikke skelne inspiration fra generel antropologi og medicinsk antropologi.

Når en ny mulighed for udvikling i et fag viser sig, er der en risiko for at have for store forventninger og se for sig, at alle problemer kan løses af det nye - i dette tilfælde antropologi. Lad os derfor slå fast, at vi ikke mener antropologi skal løse almen medicinens problemer eller sørge for fagets udvikling. Det skal være - og kan kun være - almen medicinerne selv - de praktiserende læger - som gør dette, hvis det skal have mulighed for at nå ud i konsultationerne, og hvis det skal integreres i den praktiske virkelighed den praktiserende læge befinder sig i - herunder de vilkår der er givet for almen lægepraksis fra politisk side. Men udover denne advarsel må den bedste mulighed for at give realistiske muligheder for at blive inspireret af antropologi være at beskrive nogle konkrete muligheder for denne inspiration.

Lad os vende tilbage til de tre kliniske eksempler. I alle tre eksempler er der tale om interaktion mellem mennesker, og eftersom det skulle være klart, at patientens problem ikke kan afgrænses til en sygdom et bestemt sted i kroppen, men også indebærer fortolkning af tilstanden og søgen efter handlemuligheder, er det oplagt at søge uden for en ren biologisk forståelse, fordi den ganske simpelt ikke giver løsninger på de problemer, der er på spil. Og at studere, hvordan mennesker

i interaktion med andre mennesker søger at forstå fænomener i deres eget liv og handle, er centralt i antropologien og en vigtig grund til, at antropologer overhovedet har interesseret sig for at studere sygdom og lidelse.

Den lille pige, der kommer med sin mor, er i færd med en læreproces om læger og sygdom, og selve konsultationen er en del af dette. Og det er muligt, at moderen somatiserer by proxy, men hvordan bliver det etableret? En psykologisk beskrivelse af moderen vil aldrig entydigt og direkte kunne føre til en bestemt adfærd hos hende. Der vil altid foregå en eller anden form for interaktion med andre - med hendes datter, med resten af familien, med lægen - og det er gennem denne interaktion, at et mønster opstår, som kan genkendes og kan klassificeres. Men klassifikationen er aldrig processen og vil under alle omstændigheder kun være relevant, hvis den kan føre til nye muligheder for forståelse.

Patienten med rheumatoid arthrit har fået en kronisk lidelse, som vil påvirke resten af hans liv og på måder, der er svære at forudsige. Han ved ikke, hvad der vil ske, og måske møder han mest behandlere, som fortæller, hvad der foregår i hans led og i hans blod, og hvad der vil blive gjort for at behandle disse sygdomsprocesser. Men vil han fortsat kunne tage sit tøj på? Kan han cykle på arbejde? Kan han passe sit arbejde? Kan han elske med sin kone? Han søger med andre ord efter mulige fremtider, efter en sammenhængende mening i hvad der sker med hans liv og en selvforståelse og efter en identitet, som er forenelig med hans nye tilstand. Et socialt arbejde med at etablere netværk og sociale ydelser er vigtigt, men det er ikke tilstrækkeligt til at etablere en social virkelighed for patienten, som han kan leve i. Patienten har brug for at fortolke og forstå sin lidelse, og han har brug for interaktion med andre mennesker for at gøre dette. Og hans forståelse må holdes op over for den verden, han er i, og de mennesker han omgås og må måske ændres. Og ændres igen.

Den døende patient er ved at komme til enden af sit biologiske liv, men netop i tiden før døden vil en række forhold blive tiltagende vigtige, forhold vi kan kalde kulturelle. Hvad er en god død - findes det? Hvilke forestillinger har patienten om sin død, og hvilke ønsker har han til den? Hvor er patientens nære i forhold til ham? Den sammenhæng patienten befinder sig i vil være af stor betydning for, hvordan forløbet kan blive. Ligger patienten på en seks sengsstue med patienter, der kaster op og klager sig hele natten? Er patienten i sit hjem omgivet af sin familie, fri for smerter og kvalme? Det er altid og hver gang en kompleks social situation, når et menneske dør, som involverer flere - ofte mange - andre mennesker. Og det er på ingen måde givet, hvad der er bedst, at lægen gør. Igen er det ikke et spørgsmål, som kan besvares gennem nogle strukturer i det sociale netværk el-



ler gennem en psykologisk vurdering af patienten, selvom disse forhold vil være værdifulde hjælpemidler for lægen i deres interaktion. Spørgsmålet, om hvad lægens rolle er, kan kun afgøres gennem interaktionen med patienten og de øvrige mennesker omkring patienten.

De spørgsmål, vi her stiller i forhold til de tre historier, er alle antropologiske spørgsmål i den forstand, at de handler om, hvordan mennesker interagerer og skaber mening i deres oplevelser. Det er spørgsmål som disse, der danner basis for antropologiske forskningsprojekter. I det følgende refererer vi til nogle af de 'antropologiske svar' – sundhedsvæsenets sektorer, kultur i konsultationen, delta-gerobservation, narrativitet og lægens blik på sig selv - eller rettere nogle teoretiske forståelser i antropologien, som kan bruges til at søge efter svar i den enkelte situation.

## Sundhedsvæsenets sektorer

Kleinman beskrev tre forskellige – om end delvist overlappende - sektorer i et sundhedsvæsen (Kleinman 1980): The popular sector, the folk sector og the professional sector. The popular sector er alt det, der foregår omkring patienten, inden denne opsøger en behandler, og størstedelen af symptomer og helbredsproblemer håndteres i denne sektor. Det er patientens egne overvejelser og valg om sit helbredsproblem. Det er interaktionen med personer omkring patienten, som der søges råd hos og diskuteres med - patientens partner, familie, venner, naboer, arbejdskammerater etc. Folk Sector er den anden - og betydeligt mindre - sektor, som omfatter alle de behandlere og behandlingssystemer, som er professionelle i den forstand, at de eksisterer med behandling af sygdom som deres primære grundlag (modsat alle relationerne i the popular sector som alle har andre formål men er brugbare også i håndteringen af helbredsproblemer) men ikke er en del af det officielle sundhedssystem. I Danmark omfatter det en bred vifte af alternative behandlere - zoneterapeuter, akupunktører, homøopater, kinesiologer, irisanalytikere m.fl. - og behandlere, som bruger behandling som tidligere har haft status som alternativ behandling – f.eks. kiropraktorer. Men også forretninger som Matas, Brugsen m.fl. forhandler medicin og kommer derfor også til at give vejledning og råd til mennesker med helbredsproblemer. Endelig findes The Professional Sector - det vi almindeligvis forstår ved sundhedsvæsenet - praktiserende læger, privatpraktiserende speciallæger og hospitaler med de fysiske rammer, der er knyttet til dem og de talrige faggrupper, som virker i disse rammer. Der er tydeligt over-

lap mellem de forskellige sektorer - hvis der er læger i familien, bliver de en del af the popular sector, hvis en læge benytter akupunktur, er det en behandling fra the folk sector, som benyttes i the professional sector.

Alt dette for at understrege betydningen og omfanget af det, der foregår uden for lægens konsultation. Når det ofte anføres, at den praktiserende læge har en rolle som primærkliniker (f.eks. Bentzen et al. 1997) er det derfor i en vis forstand forkert. Når patienten kommer til sin praktiserende læge, er hans problem altid som minimum vurderet af ham selv, og hypoteser om diagnoser og mulig behandling er opstillet og har muligvis ført til konkret handling. Ofte er det diskuteret med personer i netværket og patienten har måske endda opsøgt behandlere i the folk sector. At kalde den praktiserende læge for primærkliniker underkender, efter vores mening, denne proces, og får det til at lyde som om, det er undersøgelsen og behandlingen hos lægen, der er det primære - og dermed vigtige - med patienten som en passiv bærer af problemet. Når det skrives, at den praktiserende læge tager sig uselektede helbredsproblemer (DSAM 1998), er det derfor også forkert. Til forsvar for de udtryk vi her kritiserer - primærkliniker og uselektede helbredsproblemer - kan fremføres, at de henviser til etablerede strukturer i det officielle sundhedsvæsen; finansieret af samfundet. Samfundsmæssige strukturer har traditionelt været en central del af sociologiens interesseområde, og med sociologi som støttevidenskab for medicinen er det derfor i orden at bruge disse termer. Men hvis man i stedet primært interesserer sig for sociale *processer* frem for sociale *strukturer*, er det i antropologien, der er mest inspiration at hente, selvom det retfærdigvis må siges, at sociologi også beskæftiger sig med sociale processer, ligesom antropologer også må forholde sig til sociale strukturer i deres undersøgelser.

Det er vigtigt at bemærke, at grænserne mellem de forskellige sektorer ikke ligger fast og er i daglig bevægelse. Der vil være stor forskel på, hvilke muligheder der er tilgængelige for den enkelte patient, men også hvilke muligheder der gøres brug af. Desuden skifter indholdet af sektorerne også med tiden. I den professionelle sektor var det f.eks. uhørt, at den praktiserende læge Even Marstrand i 1960'erne behandlede patienter med akupunktur, mens det i dag er et forholdsvis almindeligt behandlingstilbud ved den praktiserende læge.

## Kultur i konsultationen

I konsultationen arbejdes der i og med den sociale relation mellem lægen og patienten. Denne relation er muligvis ny, hvis patienten første gang kommer til sin

læge, men begge parter har forventninger til den og normer for den, inden døren åbnes første gang. En social relation er i alle samfund baseret på en række normer og regler uden hvilke, det ikke er muligt at etablere en relation (Hahn 1995), ligesom det kræver, at begge parter deler en forståelse af sproget - både det verbale og det nonverbale - hvis en forståelse af den anden part skal etableres. De forhold, der her arbejdes med, er nært knyttet til begrebet kultur.

I den traditionelle opfattelse af kultur forestillede man sig, at hvert folk i verden havde sin kultur med sine normer og værdier, sin viden og sine færdigheder og sine særlige adfærdsmønstre. Denne opfattelse er brugbar til at danne sig en forståelse af et andet menneske, der kommer fra et andet sted på kloden end en selv, og det er denne opfattelse af kultur, som er blevet optaget i medicinen, f.eks. i begreber som 'etniske smerter', der henviser til, at nogle patienter kan give udtryk for deres smerter med råb og fagter, som for de fleste danskere findes overdrevne for det samme niveau af smerte. Men netop her ligger en fare ved denne kulturforståelse, idet man ofte kommer til at sætte den kulturelle forforståelse først. Dvs. at ser man en kvinde fra f.eks. Tyrkiet, som klager sig voldsomt, kan man let fortolke det som om, hendes smerter er af banal karakter og således overse et problem som - også fra en biomedicinsk synsvinkel - er alvorligt (Dyhr 1998). I nyere antropologisk litteratur - dvs. siden 1950'erne - arbejdes i højere grad med et kulturbegreb som kan kaldes heterogent i modsætning til det ovenfor nævnte, som kan kaldes homogent. I det heterogene kulturbegreb ligger, at kultur er processer, hvormed betydning skabes af aktører, som er positionerede (Barth 1989).

I konsultationen betyder det konkret, at betydningen af patientens symptomer ikke blot skabes af patienten og præges af en bestemt kulturel baggrund, men også skabes i interaktion med lægen, og at både patientens og lægens position er af betydning i denne proces. Patienten er - hvis det er den førnævnte kvinde fra Tyrkiet - uden for den sociale kontekst, hun er vokset op i, og hendes position er derfor en anden - både rent geografisk og i bredere forstand socialt - end hvis man mødte hende i Tyrkiet. Derfor bliver hendes udgangspunkt for at forstå et helbredsproblem også et andet, hendes handlinger i the popular sector bliver anderledes, og det må lægen være opmærksom på. Lægens position kan synes uproblematisk for dannelsen af forståelse af symptomer, men det gælder kun, hvis man opfatter forholdet mellem lægens biomedicinske viden og lægens kliniske beslutningsproces som et direkte årsags-virknings forhold. Det er på ingen måde tilfældet. De studier, der er lavet af såkaldt klinisk variation, understreger dette. Der er stor forskel på, hvilke undersøgelser læger vælger, hvilke diagnoser de vælger, hvilke behandlinger de vælger og i hvilket omfang. Og det kan ikke begrundes i

de problemstillinger, som patienterne stiller dem over for (Mabeck & Kragstrup 1993). Der er derfor ingen tvivl om, at lægens udgangspunkt for at forstå patienten er præget både af hans personlighed, hans erfaring og hans aktuelle tilstand og sociale kontekst - fuldstændig som det er tilfældet for hans patient (Mabeck 1994). Og imellem disse to komplekse positioner skabes betydning. Den sociale relation - forholdet - bliver derfor helt grundlæggende for, hvordan sygdom præsenteres, vurderes, fortolkes og behandles.

## Deltagerobservation

I nyere almen medicinsk litteratur tages for så vidt højde for dette ved at lægge vægt på at inddrage patientens forestillinger, forventninger og frygt i samtalen (Larsen & Risør 1994). Her søges patientens position netop uddybet og inddraget i forståelsen af sygdommen. Patienten gives plads til at give sin sygehistorie form og støttes i at inddrage alle relevante elementer i dette. Det giver også lægen mulighed for at se, hvad det er, han skal forholde sig til - er det et behov for information? er det et behov for undersøgelse? er det et konkret svar? Lægen deltager så at sige i interaktionen med patientens fortælling. Men samtidig er det vigtigt - og underkendes af og til - at lægens egen position og reaktioner på patientens historie får betydning for udformningen af den. Vækker patientens historie følelser som medfølelse, irritation, forvirring, genkendelse? Er lægen træt og uoplagt og har svært ved at høre efter? Er det en travl dag i konsultationen, og lægen er allerede en halv time bagefter sin tidsplan og kan se, at der - igen - ikke bliver tid til at spise frokost? Dette er vigtigt at være opmærksom på, således at det, selvom det ikke kan ændres, kan være med til at holde fast i, hvad der er patientens helbredsproblem, og hvad der er konteksten for det. Lægen må derfor observere både patienten og sig selv og den situation, de befinder sig i. At gøre dette samtidig med at være deltager i interaktionen er ofte svært. Men det er et spørgsmål om øvelse og forståelse.

Den øvelse og forståelse - kaldet deltagerobservation - er blevet en central del af antropologien parallelt med den førnævnte kulturforståelse. Hvis man skal forstå mennesker fra en grundlæggende anden baggrund og med et grundlæggende andet syn på forhold, man selv finder indlysende, er det nødvendigt at blive deltager i den andens kultur. Forholdet mellem os og dem må blødes op og udfordres. Men samtidig må man være opmærksom på sig selv og sin egen position, som kommer til at virke ind på mulighederne for at deltage. Ligesom deltagelsen påvirker ens

muligheder for at observere. Det er en kompliceret proces, men det er i antropologien aldrig muligt at isolere sig fra det studerede objekt. Eller rettere: Det er ikke muligt at isolere sig på denne måde og samtidig få en forståelse af det andet menneskes virkelighed. Det er heller ikke ønskeligt at isolere sig. Ved at interagere med patienten får lægen netop mulighed for at opleve, hvordan patienten agerer overfor et andet menneske - nemlig lægen - og opleve hvordan det er at være dette andet menneske (Hammersley & Atkinson 1995).

Hvis lægen blot skulle forholde sig til en patofysiologisk proces et sted i patientens biologiske krop, var det muligvis en forsvarlig metode at se patienten som et objekt, som der holdes en emotionel afstand til. Men i selve idealet om at hjælpe mennesket foran en, i selve opgaven med at skabe betydning i patientens oplevelser, bliver det nødvendigt at både deltage og observere. Nogle vil muligvis have lettere ved dette eller have erfaringer, der gør dette lettere at lære. Men den vigtige pointe her er, at det i antropologien er metode, dvs. noget der kan beskrives, analyseres og dermed - heldigvis - læres.

## Narrativitet

Hvis det går, som vi ønsker, er patientens fortælling blevet uddybet og placeret i forhold til patientens sociale kontekst, og lægen har gennem sine spørgsmål fået afprøvet en række hypoteser, som er opstået om mulige medicinske forklaringer på patientens problemer. Men lægen har også fået afsøgt, om han har forstået patienten rigtigt eller er kommet til at overfortolke det sagte ud fra sin egen position og kulturelle forforståelse. Samtidig er det blevet klart for patienten, at lægen er parat til at tage aktivt del i patientens historie, og dermed bliver det muligt for dem at skabe en fælles fortælling om patientens helbredsproblem. Det fører frem til en af de nyere trends i antropologi: det narrative, som en analytisk metode, hvor man ikke blot ser på et menneskes fortælling, men også ser fortællingen i interaktionen mellem mennesker (Mattingly 1998).

I konsultationen betyder det konkret, at der i interaktionen mellem læge og patient opstår øjeblikke af intensitet, af forståelse. Der danner sig muligheder for fremtiden, ønsker dukker op hos deltagerne og gives udtryk. Den fælles forståelse bliver platformen for denne proces. Hvis der ikke opnåes en enighed, vil lægen ikke for alvor kunne deltage i patientens fortælling - han vil f.eks. negligere at patienten giver udtryk for smerte, fordi han mener, det er overdrevent eller ligefrem indbildt. Patienten vil modsat heller ikke deltage i lægens fortælling om en mulig

biologisk forklaring på patientens tilstand og vil derfor heller ikke være med til den videre udvikling af fortællingen og f.eks. ikke tage den medicin, lægen ordinerer. Hvis der ikke skabes mulighed for en fælles fortælling, bliver konsultationen derfor for begge parter meningsløs.

Vores historie om moderen, der gik til læge med sin pige, kan bruges som eksempel her. I en biomedicinsk forståelse er pigen rask. Det vil være lægens opfattelse fra sin undersøgelse. Han siger det til moderen eller siger måske, at pigens symptomer - f.eks. lidt hoste - kan forklares som en let virusinfektion i halsens slimhinder eller måske blot lidt støv i luften, som har irriteret slimhinderne. Han siger måske også, at det ikke behøver behandling. Måske siger han endda, at ved lignende symptomer en anden gang er der ikke brug for at gå til lægen.

Moderen vil måske godtage forklaringen. Så er der ikke noget problem. Det kan også være, at hun ikke godtager forklaringen men er klar over, at hun ikke kan få lægen til at indgå i en reel forhandling og derfor tilsyneladende accepterer hans forklaring og går hjem med pigen. Men snart efter kommer hun igen med det samme - eller måske et andet - problem. Så opdager lægen måske ikke, at der er et problem. Men hvis det gentager sig mange gange, må det alligevel vise sig, at alt ikke er i sin skønneste orden. Det kan også være, at moderen ikke accepterer lægens forklaring og giver udtryk for det: Der må da være noget i vejen, hun bliver jo syg hele tiden, kan du ikke have overset noget? Det kan umiddelbart synes at være den vanskeligste situation for lægen, men det er til gengæld også her, der ligger en mulighed for at komme videre, dvs. foretage en reel forhandling eller med andre ord: Holde fast i den fælles fortælling og udvikle den. En bemærkning som 'kan du ikke have overset noget?' kan imidlertid provokere lægen, og det bliver igen vigtigt at både deltage - og forstå spørgsmålet ud fra moderens position som den der gerne vil have løst problemet - og observere - og erkende, at man ikke bryder sig om ikke at slå til fagligt, og da slet ikke at patienter bemærker det.

Hvis vi skal bruge nogle af indsigterne fra antropologien til noget, kunne man her forestille sig, at lægen svarede: Jeg kan forstå, at du er bekymret. Og jeg kan ikke tage din bekymring fra dig. Jeg kan heller ikke love dig, at din pige ikke bliver syg. Men jeg har undersøgt hende grundigt, og jeg er ikke bekymret for hende. Og sker der noget med hende, der bekymrer dig, er jeg altid villig til at se på hende og snakke med jer. Til gengæld må du fortælle mig, hvad du ser hos din datter, og hvad du er bekymret for.

Lægen understreger her, at moderens position tages alvorligt ('jeg kan forstå, at du er bekymret'), men at lægen også tager sin egen position alvorligt ('jeg har undersøgt hende grundigt'). Han viser, at der er flere mulige fremtider, og at han

ikke afviser nogen af dem. Endelig giver han moderen et medansvar ved at kræve, at hun bidrager med sine bekymringer og overvejelser, hvad der også henviser til, at lægen ikke opfatter sig selv men mor/datter som den primære kliniker.

Men kan lægen tillade sig det? I beskrivelsen af den praktiserende læges roller indgår også, at han skal være 'ressourceforvalter' og 'sundhedsfremmer' (Bentzen et al. 1997). Skal han acceptere, at hans tid bliver brugt på tilstande, som ikke kræver lægehjælp? Skal han acceptere, at pigen sygeliggøres uden grund og måske lærer en adfærd med at gå til lægen for bagateller? Har lægen med andre ord ikke et ansvar overfor samfundet (som betaler hans løn) for at bruge sin tid i konsultationen på noget vigtigere?

Men kan han tillade sig at lade være? Hvis der ikke kommer en forhandling, kommer der ikke en fælles fortælling, og uden en fælles fortælling bliver konsultationen meningsløs - og er først dermed spild af ressourcer. Måske kommer moderen igen med sin datter, men det var hun kommet alligevel (eller gået til en ny læge der så måtte starte forfra), og næste gang er både moderens og lægens position ændret. Moderen ved, at lægen vil tage hendes bekymringer alvorligt, hvis hun udtrykker dem, så det vil hun måske forberede sig på, inden hun kommer. Lægen ved, at moderen ikke uden videre accepterer hans undersøgelse som begrundelse og vil måske derfor ikke straks starte en forklaring efter sin undersøgelse men gå direkte til at forhandle og blot lade sine observationer indgå, når det er relevant. Eller måske vil der ske noget helt andet. Men i det mindste holdes processen på denne måde i gang og får mulighed for at bringe aktørerne videre fra deres udgangspunkter.

## Lægens blik på sig selv

Når konsultationen er afsluttet, er det en lejlighed til for lægen at tænke efter, om der er noget ufærdigt eller uforstået fra konsultationen. Det er her, analysen af det skete kan finde sted, mens han skriver notatet i journalen. Alle antropologer har oplevet, at de kan blive frustrerede i deres feltarbejde. De indfødte, som virkede så søde og spændende, kan begynde at blive irriterende. Antropologen kan savne privatliv, tid for sig selv, noget andet at tænke på (Eriksen 1993). Også på denne måde kan lægens arbejde ligne antropologens. Der er skrevet en del om udbrændte læger. Blandt andet at 'der skal brænde en ild, for at et menneske kan brænde ud'. Det betyder - med de ord vi nu anbefaler at bruge om konsultationen - at jo mere man går ind i deltagelse i konsultationen, jo større bliver risikoen for at blive

træt af det. Jo større bliver behovet for at søge afstand; analysere det skete (Malslach 1980, Fugelli 1987). Der er stigende opmærksomhed på dette blandt læger. Det er næppe tilfældigt, at kurser for praktiserende læger ofte finder sted under varmere himmelstrøg - dvs. i en kontekst som forbindes med ferie, og hvor der er gode muligheder for at lægge afstand til det daglige arbejde. Flere kurser foregår således i Grækenland, Italien, Spanien etc. (Kursuskataloget efterår 2004).

Robert Hahn, der har undersøgt lægens oplevelser i det kliniske arbejde, finder, at det ikke blot er brugbart men ligefrem nødvendigt, at lægen opnår en høj grad af selverkendelse, kendskab til styrker og svagheder og det både fagligt og menneskeligt. Kun gennem en sådan erkendelse kan han bruge sig selv professionelt. Kun gennem en sådan erkendelse bliver det faktisk muligt at udføre deltagerobservation (Hahn 1996). Derfor indgår det også i deltagerobservationens metode at opnå selverkendelse.

I en vis fase af antropologien - især i 1980'erne - var der tendens til, at antropologens personlige erkendelse - man kunne også sige selvudvikling - blev det primære i de feltarbejder, der blev udført. I en erkendelse af at det studerede var så komplekst og så specielt, at det aldrig til fulde kunne forstås, blev det i stedet antropologen, der blev antropologiens kerneværdi, og det der skulle udvikles. Men som sagt var det en fase, der imidlertid understregede, at antropologen på feltarbejde måtte have sit observerende blik rettet både på sine informanter og på sig selv (Hammersley & Atkinson 1995).

Der kan ligge en fare i medicinen for, at de praktiserende læger - i takt med at de får øget forståelse for patienten som aktør, for kompleksiteten i patientens livsverden og for kultur som en dynamisk proces, der hele tiden er i gang - også beskæftiger sig mere med sig selv end med deres patienter. Når lægekunst opfattes som det centrale, og man derfor opfordrer læger til at søge deres mod, deres kreativitet og deres indre barn, er denne risiko til stede. Når man - ud fra en forståelse af det etnografiske feltarbejde og deltagerobservation - taler om, at det er del af den faglige kvalitet, at man har selverkendelse, men at der altid vil være mindst to aktører i konsultationen (og de er lige spændende), bliver risikoen mindre.

## Konklusion

Vores opfattelse er, at antropologien kan bidrage til, at vi som praktiserende læger opfatter vores arbejde på en anden måde end tidligere. Det er muligt at indføre et



analytisk niveau i konsultationen, hvorved processer, der hidtil har været underordnet eller sidestillet med løsningen af et medicinsk problem, gøres til en central del af lægens faglighed:

Den primære kliniker er ikke lægen, men patienten. Uanset hvor dygtig lægen er, er patientens helbred og sygdom en del af patientens liv, og kontakten med lægen er kun en brik i et større socialt spil. Det betyder også, at lægen ikke tager sig af *alle* helbredsproblemer men af *resten*. Dvs. de helbredsproblemer som patienten præsenterer, og som ikke bliver klaret andre steder.

Mødet mellem lægen og patienten er aldrig blot en udveksling af information men er også et kulturelt møde, hvor forskellige værdier, holdninger og normer spiller ind, og hvor der fra to forskellige positioner søges at skabe betydning af de helbredsklager, patienten har, og de muligheder lægen har for undersøgelse og behandling.

Lægen er i denne proces såvel deltager som observatør, fordi begge dele er nødvendigt – både for at kunne forstå patienten, for at kunne behandle patienten og for at kunne skabe en fælles forståelse med patienten om dennes helbredsproblem.

Denne måde at arbejde på er en fremadskridende proces, og det er hensigtsmæssigt at betragte den som en skabelse af en fortælling – både om patientens helbred og om læge-patient forholdet. Hvert trin i processen indebærer valg mellem forskellige mulige fremtider, og fortællingen er aldrig afsluttet.

Det er krævende for et menneske at indgå i en sådan proces, og lægen vil derfor have brug for på forskellige måder at kunne trække sig ud af relationen med patienten, når der er brug for det. I en antropologisk forståelse er dette en del af fagligheden og nødvendigt for den analytiske proces. Det er således ikke tegn på, at man ikke kan klare sit arbejde.

Denne måde at arbejde på indebærer en høj grad af kompleksitet i konsultationen – hvordan kan man overhovedet som læge navigere i et felt, hvor der er så mange variable? Men vores pointe er, at det er den kompleksitet, som allerede er til stede, men som vi ofte ser bort fra. Netop ved at betragte kompleksiteten i den praktiserende læges arbejde på denne måde gives vi mulighed for at analysere, hvad der sker, og aktivt forholde os til det. Krisen, presset og oplevelsen af at være på åbent hav kan i denne forståelse ses som udtryk for, at vi praktiserende læger i stigende grad oplever kompleksiteten i vore patienters liv og helbred. Når vi synes, det er svært at være praktiserende læger, er det derfor ikke fordi, vi gør noget forkert. Men fordi vi er på vej til at gøre noget rigtigt. Og det kan antropologien hjælpe os med.

## Litteraturliste

- Andersen, C. 2003 Den kombattante patient. I: *Ugeskrift for Læger* 165: 4618-20.
- Backer, P. & P.L. Kragh; C.E. Mabeck; K.B. Rasmussen; J. Gauguin 1977 *Lærebog i almen medicin 1-4*. København, Århus, Odense: FADL.
- Balint, M. 1957 *The Doctor, his Patient, and the Illness*. London: Pitman Medical.
- Barth, F. 1989 The Analysis of Culture in Complex Societies'. I: *Ethnos* 3-4: 120-142.
- Bentzen, N. & H. Hollnagel; T. Lauritzen 1997 Kap. 2 - Sygdomsadfærd, lægekontakt og sundhedsvæsen. *Almen medicin - grundbog*. København: FADL.
- Bentzen, N. & H. Hollnagel; T. Lauritzen 1997 Kap. 11 - Det medicinske risikobegreb. *Almen medicin - grundbog*. København: FADL.
- Bitsch-Christensen, M. 2003 Praktiserende lægers faglige identitet og arbejdsforhold. I: *Ugeskrift for Læger* 165: 2980-1.
- Bojlén, N.S. & D.E. Gannik 2001 Almen praksis på åbent hav. Vidensekspllosion, teknologisk udvikling og befolkning. I: *Ugeskrift for Læger* 164: 37-42.
- DSAM 1998 *Målbeskrivelse for specialeuddannelsen i almen medicin*.
- Dyhr, L. 1998 Mødet med de fremmede. Kvindelige læger ser på sundhed og sygdom. I: *Månedsskrift for praktisk lægegerning*. København.
- Engel, G.L. 1977 The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. I: *Science* 196: 129-36.
- Eriksen, T.H. 1993 2. Forskningsprocessen. I: *Små steder – store spørgsmål*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fugelli, P. 1987 Den utbredte legen. I: *Nord Med* 102: 360-362.
- Grandjean, P. 1991 *Miljø, sundhed og samfund*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Hahn, R.A. 1996 From Medical Anthropology to Anthropological Medicine. I: Hahn, Robert A.: *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. New Haven & London: Yale University Press.
- Hammersley, M. & P. Atkinson 1995 *Ethnography. Principles in practice. Second Edition*. London & New York: Routledge.
- Hansen, F.O. & I.U. Juhl 2003 Om lægevagten (set med kritiske øjne) og lidt om forebyggende lægeligt arbejde. I: *Ugeskrift for Læger* 165: 3646-7.
- Hollnagel, H. & N. Nørrelund; H. Schroll 1987 *Almene helbredsproblemer*. København, Århus, Odense: FADL
- Howie, J.G. 1972 Diagnosis-the Achilles heel?. I: *J R Coll Gen Pract* 22: 310-5.
- Howie, J.G.R. 1993 *Research in General Practice*. Chapman & Hall.
- Jacobsen, Å.T. 1997 *Om lærerrollen på det lægevidenskabelige studium*. RUC.
- Kleinman, A. 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Kursuskataloget efterår 2004. *Ugeskrift for Læger*.
- Larsen, J.H. & O. Risør 1994 Konsultationsprocessen i almen praksis. I: *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 72: 319-330.
- Levenstein, J.H. & E.C. McCracken; I.R. McWhinney; M.A. Stewart; J.B. Brown 1986 The patient-centred clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine'. I: *Family Practice* 3: 24-30.



- Mabeck, C.E. & J. Kragstrup 1993 Is Variation a Quality in General Practice. I: *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 11: 32-35.
- Mabeck, C.E. 1994 *Lægen og patienten. Patient-centreret medicin i teori og praksis*. København: Munksgaard.
- Maslach, C. 1980 Udbændthed. I: *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 58: 16-29.
- Mattingly, C. 1998 *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge University Press.
- Michelsen, N. & J. Modvig; B. Petersson; H. Sælan; M. Schroll 1996 *Klinisk socialmedicin*. København: Munksgaard
- Olesen, F. 2004 Kernen i klinisk almen praksis og krav til forskning og undervisning. I: *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 82: 149-154.
- Olesen, F. & J. Dickinson; P. Hjortdahl 2000 General practice - time for a new definition. I: *British Medical Journal* 320: 354-7.
- Olesen, H.S. & D. Gannik 2002 En profession under pres. I: *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 80: 149-158.
- Parsons, T. 1951 *The Social System*. London: Routledge & Kegan Paul.
- PLOs bestyrelse 2001 Den praktiserende læge nu og i fremtiden. I: *Ugeskrift for Læger* 163: 3132-5.
- Rosen, G. & A. Kleinman; W. Katon 1982 Somatization in family practice: a biopsychosocial approach. I: *Journal of Family Practice* 14: 493-502.
- Rost, K.M. & J. Smith-GR 1997 Improving the effectiveness of routine care for somatization. I: *Journal of Psychosomatic Research* 43: 463-5.
- Sackett, D.L. & R.B. Haynes; H.G. Guyatt; P. Tugwell 1991 *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine* Boston, Toronto, London: Little, Brown and Company.
- Salmon, P. 2000 Patients who present physical symptoms in the absence of physical pathology: a challenge to existing models of doctor-patient interaction. I: *Patient Educ Couns* 39: 105-13.
- Stevnhøj, A.L. 2003 Bro over forventningskløften. I: *Ugeskrift for Læger* 165: 2768-70.
- Waitzkin, H. & H. Magana 1997 The black box in somatization: unexplained physical symptoms, culture, and narratives of trauma. I: *Social Science and Medicine* 45: 811-25.
- Weinstein, M.C. 1980 *Clinical Decision Analysis*. W. B. Saunders Company.