

# RISIKOADFÆRD OG DET GODE LIV

Spørgsmål til en livsstil med øl, cigaretter og mangel på motion

RIE RAFFING OG CHARLOTTA PISINGER<sup>1</sup>

Jeg er ikke sådan en, der går og tænker på sygdom, eller hvor gammel jeg bliver eller noget. Jeg vil gerne være gammel, så længe jeg har det, som jeg har det nu (Kurt, 57 år, højt alkoholforbrug og inaktiv. Medicinsk historie: diabetes og blodprop i hjernen).

Det kan undre, at mennesker fortsætter en sundhedsskadelig livsstil, når de har mærket konsekvenserne, og de godt ved, at det er farligt. Denne undren dannede udgangspunktet for den undersøgelse, som omtales i artiklen. Artiklen er et input til den sundheds- og samfundsfaglige debat om forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark. Inden for psykologien og epidemiologien er der i forebyggelses- og sundhedsfremmeforskningen udviklet modeller, som søger at forklare risikoadfærdsopretholdelse<sup>2</sup> og -ændring, hvoraf „health belief“-modellen<sup>3</sup> og „stages of changes“-modellen<sup>4</sup> er nogle af de mest kendte. Den antropologiske debat om forebyggelse og sundhedsfremme har i høj grad beskæftiget sig med definitioner af begreberne forebyggelse og sundhedsfremme (Risør 2005; Vallgård 2005; Jensen 2005) og kommunikation om forebyggelse og sundhedsfremme mellem patient og behandler (Grøn 2005; Haahr 1995; til dels Risør 2002). Andre studier har søgt at skabe en viden om personer med høj risikoadfærd, som ikke er blevet syge af deres livsstil, om hvad denne adfærd betyder for dem i deres hverdagsliv, og hvad det er, der gør, at de ikke ønsker at ændre adfærd. Det drejer sig om Flemming Balvig, Lars Holmberg og Anne-Stina Sørensens undersøgelse om livsstil og forebyggelse i Ringsted (2005), om Morten Hulvej Jørgensens undersøgelse om unges alkoholforbrug i en mindre sjællandsk landsby (2005) og Charlotte Tulinius' undersøgelse af, hvorfor danskerne bliver ved med at ryge (2000). Denne artikel indskrives i denne type studier med fokus på menneskers egne forklaringer på og tanker om, hvad fedme, rygning, alkohol og inaktivitet betyder for dem i deres hverdag. Til forskel fra andre studier fokuseres ikke her

på en enkelt risikofaktor, men på det at leve med en livsstil, som sundhedsprofessionelle vil betegne som risikoadfærd. Undersøgelsens interviewpersoner er i udgangspunktet ikke interesserede i at ændre livsstil, de er midaldrende (mellem 54 og 68 år), og de kommer fra Københavns vestegn.

I samarbejde med forskere med medicinsk baggrund blev følgende forskningsspørgsmål rejst: Hvordan opfatter personer, der har en høj risiko for at blive syge af deres levevis, men ikke har ønske om at ændre denne, begreberne sundhed, sygdom og risiko? Hvad er disse personers egne overvejelser omkring, hvad der eventuelt skal til for at øge deres motivation for livsstilsændring?

## Metode

Den undersøgelse, som ligger til grund for artiklen, består af et otte måneders pilotprojekt på Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FCFS) ved Glostrup Hospital fra oktober 2006 til juni 2007.

Interviewpersonerne blev udvalgt fra befolkningsundersøgelsen Helbred2006, som blev gennemført i perioden fra 1. juni 2006 til 31. maj 2008. Deltagerne udgør et tilfældigt udtræk fra CPR-registeret på 15.000 personer i alderen 18-69 år bosiddende i det tidligere Københavns Amt. Fra dette udtræk kom 5000 personer ind til en fysisk undersøgelse på FCFS, og det er fra denne gruppe, der udvalgte fire interviewpersoner. Denne kvalitative undersøgelse indskrives sig således i en epidemiologisk undersøgelse med altovervejende brug af kvantitative metoder. Både deltagerobservation og interviews foregik på FCFS, som er et forskningscenter lokaliseret i en etplansbebyggelse i grønne omgivelser på Glostrup Hospitals område.

Kriterierne for udvælgelse var, at deltagerne skulle have høj risikoadfærd, de skulle ikke have et ønske om at ændre adfærden, de skulle være over 30 år, og de skulle være raske ifølge egne oplysninger. Definitionen af høj risikoadfærd tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om rygning, BMI, fysisk aktivitet og alkohol. Således skulle deltagerne svare ja til at have mindst to af de følgende fire former for risikoadfærd: „Jeg ryger 15 eller flere cigaretter om dagen“ (storryger), „Jeg har en stillesiddende hverdag“ (fysisk inaktivitet), „Jeg drikker mere end 14 (for kvinder)/21 (for mænd) genstande om ugen“ (for højt alkoholforbrug), „Mit BMI er på 28 eller mere“ (overvægt). Sekretærene på FCFS spurgte relevante deltagere i Helbred2006, om de ville være med i vores undersøgelse. Hvis de svarede ja, fik de en deltagerinformation, som de skulle skrive under på, et såkaldt informeret samtykke. Deltagerinformationen indeholdt bl.a. et afsnit med de fire former for risikoadfærd, hvoraf deltageren skulle opfylde mindst to. Derudover skulle de skrive under på udsagnet „Ud over at kunne svare

ja på to af de ovenstående spørgsmål er det vigtigt, at du *ikke* er interesseret i at ændre din livsstil“. Vi var til rådighed for eventuelle spørgsmål.

Fire personer sagde ja til at være med i undersøgelsen: Laila, Monika, Herbert og Kurt. De var fra 54 til 68 år og kom fra henholdsvis Brøndby, Brøndby Strand og Herlev Kommune. Deres risikoadfærd var i kategorierne „alkohol“ (alle), „fysisk inaktivitet“ (mændene) og „ryger“ (kvinderne). Der var ingen overvægtige blandt deltagerne.

Den norske professor i pædagogisk psykologi Steinar Kvale påpeger, at når man indgår i et samarbejde med kvantitative metoder, kan det være fristende at tænke, at jo flere interviews, desto mere videnskabeligt (Kvale 1994:110). Dermed kan man komme til at designe en kvantitativ undersøgelse ud fra kvalitative forudsætninger, hvilket kan have den konsekvens, at man får et stort interviewmateriale, der kan gøre det vanskeligt at lave dybdegående fortolkninger af interviewene (op.cit.:108). Vanskeligheder ved at rekruttere nok interviewpersoner i dataindsamlingsperioden medførte dog i dette tilfælde, at interviewene snarere blev for få end for mange. Det billede, der her tegner sig af midaldrende personer med høj risikoadfærd fra Københavns vestegn, er endnu blot en skitse på baggrund af et pilotprojekt. Forhåbentlig vil mere dybdegående kvalitative studier med tiden udfolde og nuancere billedet.

De personer, der valgte at være med i undersøgelsen, blev spurgt, om vi måtte deltage ved den helbredsundersøgelse, de i udgangspunktet var kommet ind for at deltage i. Efter helbredsundersøgelsen gik vi ned til forskningscenterets lille bibliotek, hvor en af os interviewede dem efter en semistruktureret spørgeguide. Interviewpersonen og interviewerens sad på hver side af et bord med blomster, lys, frugt og optageudstyr.

I interviewets begyndelse blev det præciseret, at det ikke var en intervenerende samtale. Herefter førtes samtalen gennem følgende emner: risikoadfærdens betydning, situationer med risikoadfærden, hvorfor interviewpersonen fastholdt adfærden, hvilke følelser der var knyttet til adfærden, hvis de to typer risikoadfærd var prioriteret, hvilken risikoadfærd interviewpersonen i så fald mindst ville undvære, hvad interviewpersonen tænkte om sin risikoadfærd i forhold til at være henholdsvis sund/rask og usund/syg, om interviewpersonen forestillede sig, at risikoadfærden kunne gøre vedkommende syg i fremtiden, og hvilke tanker det gav anledning til. Interviewpersonen blev derefter spurgt, om vedkommende kunne tænke sig at ændre livsstil, hvad der gjorde det svært at ændre livsstil, og hvad interviewpersonen selv mente kunne hjælpe i den anledning. Til sidst blev interviewpersonen bedt om at beskrive en situation, hvor vedkommende ville tænke: „Nu vil jeg ændre livsstil!“ Interviewene tog mellem 20 og 45 minutter.

## Antropolog i en verden af sundhedsprofessionelle

Overordnet udsprang vores undersøgelse af et sundhedsfagligt forskningsprojekt Helbred2006. I det etnografiske feltarbejde bevæger man sig gennem deltagerobservation ind i en verden, som er forskellig fra den, man kender, en verden med en anden historie og en anden rationalitet (Hastrup 1999:143). Man opnår her ifølge antropologen Kirsten Hastrup et dobbeltblik, fordi man selv bliver en del af studieobjektet. Overordnet bevægede vi os gennem forskningsprojektet ind i en medicinsk verden og tilegnede os en rationalitet, inden for hvilken det gav mening at rejse spørgsmålet om, hvorfor folk har risikoadfærd, når de ved, det kan gøre dem syge. For at give et svar på denne problemstilling bevægede vi os videre ind i en anden verden, en verden, hvor det gav mening at have risikoadfærd. Gennem deltagerens praktiske rationalitet om risikoadfærd fik vi en ny forståelse. Denne nye forståelse „svarede igen“ på den oprindelige medicinske problemstilling, idet den udfordrede det synspunkt, at risikoadfærd skulle være problematisk. Det er i beskrivelsen og analysen af dynamikken mellem disse to rationaliteter, at vores forskningsspørgsmål finder sit svar.

Lad os gøre opmærksom på en metodisk pointe i bevægelsen fra den medicinske verden og ind den praktiske verden med risikoadfærd. Det var vigtigt at etablere en rolle som deltagerobservatør og undgå at blive identificeret med det sundhedsfaglige personale. Vi formodede, at vi let ville blive identificeret med sygeplejerskerne og lægerne, da observationerne og interviewene foregik på et forskningscenter, som arbejder med forebyggelse og sundhed, og da de andre personer, deltageren ville møde gennem sin helbredsundersøgelse, primært var sundhedsfagligt personale. Det var ikke et eksplicit formål i Helbred2006-undersøgelsen at intervenere, men det kunne forekomme i interaktionen mellem sygeplejerske/laborant og borgeren ved helbredsundersøgelsen. Intervention eller „den motiverende samtale“ har forandring som sit formål, og på det område adskiller den sig fra det etnografiske interview. Intervention ligner dog på mange andre områder det etnografiske interview: Der lægges vægt på empati, på at undlade at argumentere og på at opmuntre (Bredegaard & Goldstein 2002), og der tilstræbes en anerkendende nysgerrighed (Dalum et al. 2000). Ligeledes kan det etnografiske interview let forveksles med intervention, idet etnografen spørger ind til medmenneskets liv, hvilket i sig selv kan opleves som en form for intervention. Derfor var det vigtigt at understrege, at formålet med at observere og interviewe deltagerne var, at de kunne give en forståelse af, hvordan verden så ud fra deres sted. Det gjorde vi ved at understrege i deltagerinformationerne, at undersøgelsen ikke gik ud på at ændre deres livsstil, og ved gennem kropssprog at vise interesse for at dele deres perspektiv og udgangspunkt. Under observation af helbredsundersøgelsen satte vi os ved siden af dem over for sygeplejersken, vi

småsnakkede med dem og identificerede os med dem. Det kunne f.eks. være ved at kommentere, at vi også havde fået lavet en priktest, når de blev testet for allergener. Vi valgte at interviewe dem i biblioteket, hvor der var forsøgt at skabe en afslappet stemning. Vores anstrengelser for ikke at fremstå som sundhedsfaglige personer fik svingende resultater. Vi tog det som udtryk for, at det var lykkedes, da Laila efter tre kvarters interview udbrød: „Jamen du har jo ikke engang stillet mig sådan nogen rigtige spørgsmål“, og at det ikke var lykkedes, da Herbert mente, at vi, med al den viden [om adfærd og sundhed], vi samlede ind, hellere skulle fortælle *ham*, hvorfor det var svært at ændre livsstil! Vi skal senere fremhæve en metodisk pointe i, at Herbert opfattede os som sundhedsrådgivere, men først ser vi nærmere på, hvordan samtalerne med Kurt, Herbert, Laila og Monika bidrog til vores forståelse af at leve med risikoadfærd.

### Risikoadfærd på hverdagsdansk

Hvad betød risikoadfærd da for deltagerne, hvad forstod de ved at holde sig sunde, hvordan forholdt de sig til fremtidig sygdom, og hvad ville motivere en adfærdsændring? Vi vil nu gå lidt tættere på deltagerens udsagn i interviewene. Indledningsvis vil vi vise, hvordan deltagerne så på sundhed og sygdom. Herefter udfolder vi deltagerens syn på risiko, fremtidig sygdom, og hvad de mente, der kunne motivere en adfærdsændring.

Det stod hurtigt klart, at de typer adfærd, som vi på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger havde grupperet sammen under betegnelsen „risikoadfærd“, betød noget forskelligt i deltagerens hverdag, og at den samme type adfærd, f.eks. et højt alkoholforbrug, kunne betyde noget forskelligt for to forskellige deltagere: Laila drak aldrig øl alene, for hende var det udelukkende en social handling: „Jeg drikker jo næsten øl dagligt, fordi alle dem, jeg kommer sammen med, hver gang vi mødes, så skal vi have en bajer, sådan er det bare. Sådan er det i den omgangskreds, jeg kommer i, også familien. Kommer jeg op og besøger min bror, det første, han gør, er at fare ud i køleskabet og hente to bajere.“ Herbert derimod drak øl, når han lavede praktiske ting alene i lejligheden, og sagde, at hvis han sad alene og oven i købet kedede sig, så ville han drikke mere. Deltagerne omtalte oftest alkohol i sammenhæng med gæstfrihed og hygge. Smøger blev også forbundet med hygge, som belønning for at have nået en milepæl i en opgave og som middel til eftertanke og koncentration (se Tulinius 2000, for en afdækning af rygningens betydning i hverdagen i Danmark). Yderligere var cigaretten en måde at kontrollere ventetid på, som Monika her udtrykker, da hun bliver spurgt om, hvordan det ville være at vente på bussen uden en smøg: „Så ville jeg bare stå og tænke: Hvornår kommer den bus, og hvor er her koldt.“ Med smøgen står

Monika i stedet og sammensætter dagens gøremål i tankerne. Inaktivitet omtales i forbindelse med at slappe af, sove middagslur eller se fjernsyn. Både inaktivitet, alkohol og cigaretter blev forbundet med at nyde livet i nuet.

Vores umiddelbare svar på undersøgelsens spørgsmål er, at deltagerne handler anderledes, end Sundhedsstyrelsen og sundhedspersonale anbefaler med hensyn til deres risikoadfærd, fordi det giver dem en umiddelbar tilfredsstillelse i form af hygge, socialt samvær og kontrol. Samtidig er deres risikoadfærd med til at skabe og bekræfte positive sociale relationer i deres hverdagsliv. At Laila altid har øl liggende i køleskabet, til trods for at hun ikke drikker øl, når hun er alene, er et udtryk for en omsorg for broderen og en stadig forventning til hans fremtidige besøg.

## Risikoadfærd, sundhed og sygdom

Deltagerne forholdt sig forskelligt til det at holde sig sund. Herbert havde lært, at han skulle tage en lille snaps hver morgen, og han følte, det „holdt ham i gang“. Monika forholdt sig til, hvad hendes mor havde fejlet på sine ældre dage, og så gik hun til lægetjek for at undgå disse sygdomme. Det havde bevirket, at hun havde lagt sin kost om for at holde kolesterolet nede og undgå sukkersyge. Kurt slappede af for at modvirke stress, som han mente havde medført den blodprop i hjernen, han havde fået for tre år siden. Laila imødegik sine forkalkede blodårer i benene med medicin.

Det billede, der tegner sig af, hvordan deltagerne forholdt sig til sygdom, er også mangfoldigt: Kurt mente, at den blodprop, han havde fået, var et udslag af en stresset periode i hans liv. Monika mente ikke, at hun ville få livsstilssygdomme, fordi hun *skød det fra sig*. „Det sker for naboen“, sagde hun og forklarede, at i hendes familie havde de altid været stærke, „jeg er jo syv, ni, tretten ikke blevet syg endnu.“ Laila vidste, at hendes forkalkning i benene skyldes røgen. Det havde lægerne sagt til hende, og det blev hun mindet om gennem medierne. Men hun syntes, at det var svært at lade være med at ryge, og hun havde heller ikke lyst til at holde op. Hun sagde, at der ikke var noget at gøre ved det, hvis det medførte sygdom, og at hun ikke tænkte over det. Når vi talte om risikoen for at blive syg af livsstilen, var udtalelserne: „Jeg forholder mig ikke til den“, „Hvis jeg bliver syg ...“, „Hvorfor skulle det lige være mig?“, „Måske sker det for mig“, „Det kan godt være, at jeg bliver syg“, „Det sker for naboen“ og „Jeg er ikke sådan en, der går og tænker, på sygdom, eller hvor gammel jeg bliver eller noget. Jeg vil gerne være gammel, så længe jeg har det, som jeg har det nu“.

Da bare fire interviewpersoner deltog i undersøgelsen, og de havde varierende holdninger til sundhed og sygdom, kan vi ikke præsentere et mønster for deres

syn på disse temaer. Fælles for dem var, at de ikke ønskede at ændre adfærd, og deres argumenter i denne sammenhæng skulle vise sig at kunne kategoriseres og samles under en praktisk rationalisme. Det ser vi nærmere på i det følgende.

## Adfærdsændring og tanker om fremtidig sygdom

Der var ingen af deltagerne, der ønskede at ændre deres alkoholadfærd. De to kvinder som ryg, var ikke interesserede i at holde op med at ryge. Den ene nævnte det som en mulighed, at man kunne skære ned, hvis man skulle undgå sygdom. De to mænd, som havde en inaktiv livsstil, ville begge gerne motionere mere. Der var to motivationsfaktorer i forhold til adfærdsændring. Når det drejede sig om inaktivitet, sagde deltagerne, at det ville gøre en forskel, hvis de havde nogen at dyrke motion sammen med. Som Kurt sagde: „Det er bare lige det der med at få det gjort, og det har også noget at gøre med, at man har nogle og rende og lave det med. For jeg er ikke kondiløber, der løber om morgenen eller om aftenen med mig selv, det har jeg ikke lyst til.“ Den anden motivationsfaktor var, hvis deltagerne skulle blive syge af deres livsstil. Et eksempel var Monikas svar på spørgsmålet, om der ville være en situation, hvor hun tænkte, at nu ville hun holde op med at ryge eller drikke: „Det skulle så være, hvis jeg var ved at blive syg af det. Altså, hvis jeg fik at vide, at jeg havde nedsat lungefunktion eller begyndende rygerlunger. Så ville jeg holde op med at ryge lige med det samme! Og så ville jeg jo stadig have rødvinen ...“ Det var kendetegnende, at livsstilsændring først syntes aktuel, når eventuel sygdom havde vist, at livsstilen var skadelig.

Når deltagerne blev spurgt, om de kunne forestille sig at blive syge af deres adfærd i fremtiden, og hvordan de forholdt sig til det, var der lidt forskellige bud: Monika gik til kontrol hos lægen for at undgå de livsstilssygdomme, hendes mor havde haft (diabetes II og forhøjet kolesterol), og derudover satte hun sin lid til sit held. Kurt slappede af, når han mærkede tegn, som han forbandt med den blodprop, han havde haft. Herbert spurgte: „Hvorfor skulle det lige være mig, der blev syg?“, og Laila sagde, at det kunne da godt være, at hun døde af de forkalkninger, røgen gav, men det var der ikke noget at gøre ved.

Hvordan giver det mening at videreføre en adfærd, der kan forhøje risikoen for fremtidig sygdom? Hvordan giver Lailas udsagn om risikoen ved at dø af rygning, „det er der ikke noget at gøre ved“, mening? At usikkerhed er et grundvilkår i tilværelsen, talte filosofen John Dewey om allerede i 1922 (Whyte 1997: 19). Antropologen Tomas M. Malaby kritiserer den medicinske antropologi for at have forholdt sig til usikkerhed alene som kriseskabende (Malaby 2002). I stedet argumenterer han, at usikkerhed er et eksistentielt grundvilkår, som vi som mennesker dagligt forholder os til, og at en måde at forholde sig til den på er ved at



ignorere den for at holde sig et større mål for øje (op.cit.:284). Vi vil tilføje, at den risiko, deltagerne løber ved deres adfærd, blot er én risiko blandt mange i en usikker verden, og at selve adfærden og vanerne med alkohol, cigaretter og inaktivitet tilmed kan blive en måde at håndtere tilværelsens usikkerhed på, fordi vaner skaber kontinuitet og genkendelse (se Grøn 2006 for en lignende konklusion i hendes arbejde med patienter med højt BMI).

Deltagernes udtalelser viser tydeligt, at når de tænker på risikoen for at blive syge af deres livsstil, fokuserer de på, at det er noget, der sker i fremtiden, at det er noget, der sker for andre (naboer), at der er en sandsynlighed for, at det ikke sker, og at held kan spille en, for dem, positiv rolle. Det er disse fire elementer, vi vil fremhæve som udtryk for en praktisk rationalisme. Vi introducerer begrebet praktisk rationalisme med baggrund i praksisteorien med sociologen Pierre Bourdieu som foregangsmand (Bourdieu 1997), antropologen Susan Whytes pragmatiske syn på usikkerhed som et grundvilkår for menneskelig erfaring (Whyte 1997) og begrebet „concerns“, som er tæt forbundet med praksis, idet „... det er fra sådanne [concerns], praksis tager form: kampene for at håndtere hverdagens opgaver og udfordringer, bevægelserne mellem forskellig viden til forskellige formål, og de scenarier, der opstår, når man finder vej mellem andre ...“ (Barth 1993:287). Praktisk rationalisme indfanger således hverdagsperspektivet på, i dette tilfælde, risikoadfærd, og i dette perspektiv fremtræder temaerne fremtid, andre, sandsynlighed og held som forklaringsmodeller for at opretholde høj risikoadfærd.

## Når tavshed er guld

Deltagerne gav udtryk for, at de for det meste ikke forholdt sig til den øgede risiko for sygdom, som deres adfærd medførte. Som Laila omtalte risikoen ved sin rygning: „Sådan er det bare.“ Mere var der i første omgang ikke at sige om det. Men tavsheden er ikke endegyldig. Vi skal nu se et eksempel på, hvordan tavshed kom til udtryk i en interviewsituation.

Ud af de fire interviews skilte samtalen med Herbert sig ud. Starten af interviewet forløb nogenlunde som de andre. Herbert beskriver detaljeret, i hvilke sammenhænge han har drukket alkohol i de sidste 24 timer og hvad og vedkender sig sin adfærd med sætningen: „Jeg drikker for meget, og jeg motionerer for lidt, og det er da ikke nogen særlig god kombination.“ Efterhånden som interviewet skred frem, var oplevelsen, at Herbert med modspørgsmål og humor langt overvejende lagde distance til interviewer og undlod at svare på de spørgsmål, han blev stillet. I feltnoterne står der, at der ikke kom så meget frem, og at han „gled af“ på spørgsmålene.



Steinar Kvale har i sin bog *Interview* skrevet en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Kvale opstiller seks kriterier for interviewets kvalitet: 1) Omfanget af spontane, righoldige, specifikke og relevante svar fra den interviewede. 2) Korte spørgsmål og lange svar. 3) I hvilken grad interviewereren forfølger og afklarer meningen med relevante aspekter af svarene. 4) Vid udstrækning af fortolkning under interviewet. 5) Verificering af fortolkninger i løbet af interviewet. 6) At interviewet er „selvkommunikerende“ og ikke kræver mange yderligere kommentarer og forklaringer. Herberts svar var nok spontane, righoldige og lange, de drejede sig bare ikke nævneværdigt om det, vi spurgte ham om. Der var ikke meget relevant at forfølge og afklare, og fortolkning var der derfor heller ikke meget af. Da vi senere hørte interviewet igennem, forekom det absolut ikke som „selvkommunikerende“.

I første omgang blev interviewet med Herbert derfor bedømt som et interview af ringe kvalitet, som vi ikke kunne bruge til meget. Når vi læste noterne og transskriptionen igennem og genkaldte os situationen, gav det ikke noget tydeligt billede af, hvordan Herbert forholdt sig til sin risikoadfærd.

Vi analyserede i stedet de andre interviews på baggrund af Taylor og Bogdans anbefalinger til analysestrategi (Taylor & Bogdan 1984) ved at kode data, sortere dem i relevante kategorier, overveje, hvad der ikke kom frem eller blev sagt, og fortolke data i den kontekst, hvor de var blevet indsamlet. Det var gennem de to sidste faser af analysen, at interviewet med Herbert pludselig blev interessant. I de tre andre interviews svarede deltagerne forholdsvis klart på spørgsmål om, hvordan de forholdt sig til risikoen ved deres livsstil, nemlig ved ikke at forholde sig til den. Vi konkluderede videre, at de opretholdt deres „ikke-forholden-sig-til-risiko“ ved for det første at placere den mulige konsekvens i fremtiden, for det andet at påpege sandsynligheden for, at adfærden ikke ville have sundhedsskadelige konsekvenser for dem, for det tredje at anføre, at sygdom var noget, der ramte andre, og for det fjerde, at deres held ville hjælpe dem til ikke at blive syge af deres livsstil.

Vi vil argumentere, at den passivitet, som ikke-forholden-sig-til synes at fremstå med, faktisk er en konstant aktivering af disse fire temaer. Vi blev nu nysgerrige i forhold til, om den passivitet og „gliden af“ på spørgsmålene, som vi mødte hos Herbert, indeholdt nogle af disse temaer, og vi vil i det følgende vise, hvordan Herbert aktiverer elementerne „andre“ og „sandsynlighed“ gennem vores samtale.

Interviewkonteksten har stor betydning for den viden, der produceres. Den sætter rammerne for, hvad der kan siges og fortælles, og hvad der ikke kan. Derfor er det vigtigt at forholde sig reflektivt til sin egen position. Som tidligere omtalt havde vi gjort en indsats for ikke at blive identificeret med sundhedspersonalet,

men alligevel tillagde Herbert os en position som sundhedsrådgivere. Det er her, vi dykker ned i interviewet med Herbert.

Efter at have understreget, at vores formål med interviewet ikke er at få Herbert til at ændre livsstil, spørger interviewereren Herbert, hvad han ville have sværest ved at lave om i sin livsstil. Herbert svarer for første gang ikke uddybende. Han siger med en enkelt sætning, at han nok ville have sværest ved at sætte alkoholforbruget ned, og derefter følger en længere udredning af, hvordan han passer på vægten, hvordan han burde motionere mere, og hvordan han får rørt sig mere i sommerhuset. Intervieweren spørger lidt senere, hvad Herbert tror, ville gøre det lettere at „tage sig sammen“ og „gide“. Herbert svarer implicit „sygdom“ ved at fortælle om sin svoger, der fik en hjerneblødning, hvorefter han begyndte at motionere og kvittede cigaretterne. Herefter tydeliggør Herbert, at han ikke har mere at tilføje:

Herbert: „Og det er jo det, du er ved at finde ud af – hvorfor? Jamen, jeg kan ikke fortælle dig det. Men det kan du jo fortælle mig!“

Rie: „Ja, forhåbentlig en dag“.

Herbert: „Og så ringer du lige, og så siger du: Så, nu har jeg sgu fundet ud af det, eller også så står det i en eller anden bog, ikke? Tidsskrift for Læger.“

Dette vendepunkt i samtalen forløber i to tempi: Intervieweren stiller Herbert et spørgsmål, som kunne opfattes intervenserende, og Herbert tildeler hende rollen som den sundhedsvidenskabelige ekspert, der har svarerne. Umiddelbart er det en datamæssigt ufrugtbar situation at havne i, men hvis vi ser på interviewsituationen, kan den illustrere, hvordan personer, der ikke ønsker at ændre en høj risikoadfærd, handler, når de konfronteres med et intervenserende sundhedsbudskab. Med de fire strategier „fremtiden“, „sandsynlighed“, „andre“ og „held“ i baghovedet vil vi nu dykke ned i interviewet på det tidspunkt, hvor Herbert bliver spurgt om livsstilsændring:

1) Han bliver spurgt, hvad han vil have sværest ved at lave om på, og han svarer alkohol, men går straks over til at tale om kost og runder af med inaktivitet i hverdagen.

2) Han bliver spurgt, hvorfor det er så svært at tage sig sammen, og hvad der skal til, for at det bliver lettere. Han svarer, at i hans aldersklasse begynder folk jo at blive syge, og han henviser til svogeren, som røg og ikke dyrkede motion. Han fortæller om svogerens sygdomsforløb og genoptræning og om, hvordan han i dag er tilbage i røg og inaktivitet. Han konkluderer, at det er noget, folk gerne vil, men ikke kan ændre.

3) Herbert spørges, ved brug af „du“, om han ud over situationen med hjerneblødningen kan forestille sig andre situationer, der kan motivere ham til

at drikke mindre og bevæge sig mere. Han svarer, at det skulle være sygdom i al almindelighed. Han henviser igen til rygere, som får lungekræft, og tiltaler dem som „de“ og „nogle“.

4) Herbert spørges, ved brug af „du“, hvad han med meget alkohol og lidt bevægelse tænker om fremtiden i forhold til at være syg og rask. Herbert svarer, at „man“ lever lidt usundt i forhold til kosten [som ikke er et problem i hans tilfælde], motion og rygning. Han spørger: „Hvorfor skal det lige være mig?“

Sammenfattende kan vi se, at Herbert snarere forholder sig til andre risikofaktorer (kost og motion) end til alkohol. Ud over inaktivitet taler han om risikofaktorer, som ikke er relevante for ham selv. Det gør han bl.a. ved at henvise til svogeren og rygere. Når Herbert tiltales med „du“, svarer han med „man“, „de“ og „nogle“. Når interviewereren spørger til Herberts livsstil i forhold til fremtidig sygdom, svarer han retorisk: „Hvorfor skal det lige være mig?“ Vi vil her argumentere, at Herberts tavsheder i forhold til interviewerens spørgsmål i sig selv er væsentlige handlinger. Hastrup skriver: „Stilheden mellem mennesker er ikke betydningløs, men rummer sin egen fortættede mening, og den kan fylde mere eller mindre fra den ene sociale kontekst til den anden“ (Hastrup 1999:278). Herbert handler for en stor del ved at forholde sig tavs i forhold til vores spørgsmål og i stedet tale om noget andet. Gennem det, Herbert vælger at sige, og det, han vælger *ikke* at sige, handler han ved at aktivere temaerne „sandsynlighed“ (hvorfor mig?) og „det sker for andre“ (svogeren og rygerne), ligesom de andre deltagere handlede ved at aktivere samme temaer samt temaerne „fremtiden“ og „held“. Således blev det interview, der efter Kvaales kriterier burde forkastes, i stedet en vigtig illustration af, hvordan temaerne „sandsynlighed“ og „det sker for andre“ kan komme til udtryk som elementer af en praktisk rationalisme.

## Risikoforståelser og kontekster for antropologisk undren

Sammenfattende kan det siges, at de fire interviewede borgere fra Københavns vestegn oplevede, at det at have et højt alkoholforbrug i dagligdagen var en del af det at nyde livet. De forholdt sig afventende til eventuel fremtidig sygdom som følge af deres livsstil. Dermed stillede de et spørgsmål tilbage til os og den medicinske kontekst, vi undredes ud fra: Hvorfor skulle jeg ændre livsstil nu, når jeg nyder at leve, som jeg gør, og det ikke er sikkert, at jeg bliver syg af det?

Ja, hvorfor egentlig? Interviewpersonernes undren over, hvorfor det skulle være så vigtigt at undgå risici, tegnede et billede af en anden forståelse af risiko. Netop denne forskel i syn på risiko indfanger professor i folkesundhedsvidenskab Sandra Gifford i sin analyse af forskellige opfattelser af risiko. Hun mener, at mange ikke aktivt forsøger at reducere deres risiko for sygdom, fordi den folkelige

forståelse af risiko er kvalitativt anderledes end den epidemiologiske eller den kliniske forståelse af risiko. Hun viser, at den folkelige forståelse i højere grad tager udgangspunkt i, hvad den enkelte føler, i modsætning til den epidemiologiske og kliniske opfattelse, som bygger på en intellektuel viden, som er kvantitativ, objektiv og relativt utvetydig (Gifford 1986:220, 230-31). Den folkelige forståelse af risiko betegner Marie Brandhøj Hansen og Mette Nordahl Svendsen „lægmandsepidemiologi“. De giver et eksempel fra et studie af type 2-diabetikere, hvor en mandlig diabetiker ikke har ønske om at ændre ryge- og alkoholvaner trods alvorlig sygdom. De konkluderer: „Men frem for at afspejle en fatalistisk holdning kan den mandlige diabetikers ‘laden stå til’ efter vores mening lige så vel være udtryk for, hvad han forbinder med en realistisk holdning til sin situation. Måske viser hans egne erfaringer, at sammenhængen mellem livsstil og mulige komplikationer er mere usikker og tilfældig, end informationen om risiko angiver, og på den baggrund har han valgt at forholde sig, som han gør“ (Hansen & Svendsen 2005:13).

At deltagerne stillede spørgsmål steg ved relevansen af risikofaktorer, der kunne gøre dem syge i fremtiden, henlede vores opmærksomhed på den medicinske kontekst, som vores forskningsspørgsmål voksede ud af. For hvorfor i det hele taget være så optaget af risikofaktorer? Det *er* jo ikke alle, der bliver syge ...

Et bud på et svar kunne være, som sociologen Sarah Nettleton argumenterer, at „risikofaktorer, der som hypoteser bliver forbundet med sygdom, bliver behandlet som sygdomme, som skal helbredes“ (Nettleton 1998:215). Dermed kan præsentationen af risiko forveksles med en diagnose (Hansen & Svendsen 2005:16). Baggrunden for dette, siger Zygmunt Bauman, er, at dødelighed i dag er blevet dekonstrueret til at bestå af dødsårsager. Man dør ikke længere, man dør af noget, og dette *noget* er en diagnose, som læger skal finde og behandle (Bauman 1992). Dermed får den enkelte også et ansvar for at forebygge sygdom: „Jeg kan intet gøre for at trodse dødelighed. Men jeg kan gøre ret meget for at undgå en blodprop eller en lungecancer. Jeg kan holde op med at spise æg, lade være med at ryge, dyrke motion, holde min vægt nede, og jeg kan gøre så mange andre ting“ (op.cit.:138). Dermed bliver døden begrebsliggjort som en lidelse, der kan forebygges (op.cit.:139), og således bliver kampen mod døden et dagligt projekt: „I vore moderne tider er døden til stede blandt de levende og påvirker dem – gennem disse utallige daglige små forskrifter og forbud, som ikke et øjeblik tillader én at glemme [...] præcis fordi den er blevet iscenesat som en ‘helbredelig sygdom’, bliver døden transformeret fra livets ultimative, dog fjerne horisont, til dets daglige mareridt“ (op.cit.:140). Ud fra denne betragtning giver det stor mening at beskæftige sig med at afdække risikofaktorer og fjerne dem, som var de en livstruende sygdom i sig selv.

De fire borgere fra Københavns vestegn oplevede, at risikofaktorer såsom at have et højt alkoholforbrug i dagligdagen var en del af at nyde det gode liv med socialt samvær og hygge i nuet. De syntes at leve med en indbygget optimisme (Hansen & Svendsen 2005:14) og forholdt sig afventende til fremtidig sygdom, som kunne følge af deres livsstil. Deres ræsonnement var, at hvis det skulle vise sig, at de blev syge, så ville de handle på *den* sygdom. De sundhedsprofessionelle, de mødte på FCFS, ser risikofaktorerne i et helt andet perspektiv. De forventer i højere grad sygdom, og de har fokus på at undgå at dø af livstruende sygdomme i fremtiden. Når det drejer sig om risikofaktorer, fokuserer de først på livets kvantitet og siden på livets kvalitet, f.eks. når det drejer sig om ikke at ryge for at undgå KOL, fordi denne sygdom medfører en yderst forringet livskvalitet.

Vores indledende undren over, hvorfor personer fastholder risikoadfærd og ikke ændrer adfærd, har overordnet fundet svar i aktivering af temaerne „fremtiden“, „sandsynlighed“, „det sker for andre“ og „held“. I hverdagen betyder risikoadfærd socialt samvær og hygge, noget, som man ikke ønsker fjernet eller minimeret, fordi det er med til at skabe en sammenhæng i ens hverdagsliv og sociale liv, og derudover skaber vanerne tryghed. Modspørgsmålet, der rejser sig fra empirien, er: „Hvorfor skulle jeg ændre adfærd, når jeg i dag har det godt med den, og når den sygdom, der sandsynligvis ikke opstår, og som ligger langt ude i fremtiden, ikke rammer mig, hvis jeg er heldig?“ Risikoadfærden fastholdes, fordi den for deltagerne er en del af „det gode liv“. Som Monika sagde: „Jeg vil heller ikke undvære det [at ryge og drikke], for jeg synes, at det giver mig et godt liv.“

Borgere med høj risikoadfærd har et stærkt fokus på hverdagen i nuet. De forventer ikke at blive syge, og de udtaler, at det først er, hvis de bliver syge af deres adfærd, at de vil ændre den. Sygdommen vil give vished og kan blive motivationen og begyndelsen for livsstilsændring. Heroverfor er der i forebyggelsestanken et fokus på fremtiden og en stærk forventning om, at risikoadfærd *vil* føre til sygdom. Hvor lægen vil bortoperere eller på anden måde fjerne sygdomsramte dele af kroppen, bliver formålet i forebyggelsen at fjerne (eller i hvert fald at minimere) risiko i form af sundhedsfarlig adfærd. For forebyggeren synes sygdom ikke at være begyndelsen, men enden, resulterende i en smertefuld død. Pointen er, at *forventningerne* er forskellige: Forventningen om, at risikoadfærd vil medføre fremtidig sygdom, eller at en sygdom, når den er indtruffet, kan minimeres eller fjernes ved livsstilsændring, kan være meget forskellig for henholdsvis sundhedsprofessionelle med et forebyggelsesperspektiv og borgere med risikoadfærd.

Denne antropologiske undersøgelse understreger vigtigheden af, at den sundhedsfaglige verden inddrager antropologisk forskning i forebyggelse for at øge forståelsen af begreber som risikoadfærd og manglende ønske om livsstilsæn-

dring. Personer, som kunne have gavn af livsstilsændring, tillægger for eksempel held eller talemåden „det sker for naboen“ en stor betydning, når beslutning om eventuel adfærdsændring skal tages. Det giver en forståelse for, hvordan sociale processer er med til at opretholde en livsstil, som Sundhedsstyrelsen fraråder, og hvordan denne livsstil kan give mening for den enkelte.

Fremtidige interventioner bør inddrage formidlingsformen som et meget vigtigt aspekt. Man kunne forestille sig sundhedssamtaler omhandlende eksempelvis held. En samtale om „man tror jo altid, det rammer naboen ...“ eller „er du et heldigt menneske?“ kunne overvejes i stedet for at benytte sig af medicinsk rationelle og angiveligt ikke-vedkommende oplysninger som, at risikoen for at få en blodprop i hjertet er 15 % over fem år.

Konklusionerne fra denne undersøgelse udfordrer de forskere og sundhedsformidlere, der arbejder med forebyggelse, og undersøgelsen kan forhåbentlig bidrage til udvikling af nye strategier for rådgivning om livsstil. Det kan være en strategi om differentieret formidling, som i højere grad tager udgangspunkt i en refleksion over, hvordan sundhedsbudskabet opfattes af modtagerne. I differentieringen kan der f.eks. tages højde for motivation og uddannelsesniveau. Derudover har sundhedsformidling hidtil været baseret på en medicinsk rationalisme varetaget af akademisk uddannet personale. Denne undersøgelse peger på, at en praktisk opfattelse af eget held har større betydning for ikke-motiverede personer end sundhedspersonalets medicinsk rationelle oplysning om høj sandsynlighed for at blive syg.

## Noter

1. Til denne artikel har Rie Raffing bidraget med feltarbejde, dataindsamling, strukturering og analyse. Charlotta Pisinger har bidraget med strukturering og analyse.
2. For en nærmere definition af risikoadfærd, se afsnittet „Metode“.
3. „Health belief“-modellen blev udviklet af socialpsykologerne Hochbaum og Rosenstock i 1950'erne. Modellen søger at vise, at vi vil reagere og ændre adfærd, når vi møder trusler mod vores helbred, medmindre vi oplever, at barriererne for forandring overskygger fordelene ved adfærdsændring. Modellen forudsætter, at vores adfærd er styret af visse sundhedsantagelser: at vi har et ønske om at undgå sygdom, at vi har et ønske om at blive raske, hvis vi er syge, og at vi har en forventning om, at vores adfærd kan forebygge eller kurere sygdom.
4. „Stages of changes“-modellen er udviklet af psykologerne James Prochaska og Carlo DiClemente i slutningen af 1970'erne. Modellen søger at beskrive vellykket ændring af adfærd som en spiralbevægelse mellem en række stadier: forovervejelse, overvejelse, forberedelse, handling, vedligeholdelse, eventuelt tilbagefald og afslutning. Bevægelsen mellem stadiene kan gå begge veje, og teorien søger at indfange den komplekse dynamik, der er i adfærdsændring.

## Tak

Tak til overlæge, professor, dr.med. og centerchef for Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed Torben Jørgensen for at gøre projektet muligt. Tak til antropolog og adjunkt Mette Nordahl Svendsen for indledende kommentarer til undersøgelsens fokus og opbygning. Tak til redaktionen af dette nummer af *Tidsskriftet Antropologi* for inspirerende og konstruktive input undervejs i udviklingen af denne artikel.

## Litteratur

- Balvig, Flemming, Lars Holmberg & Anne-Stina Sørensen  
2005 Ringstedforsøget. Livsstil og forebyggelse i lokalsamfundet. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Bauman, Zygmunt  
1992 Mortality, Immortality & Other Life Strategies. Cambridge: Polity Press.
- Barth, Fredrik  
1993 Balinese Worlds. Chicago: University of Chicago Press.
- Bourdieu, Pierre  
1997 Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bredegaard, Karen & Henri Goldstein  
2002 Klar, parat, start. Forslag til sundhedsformidling for læger. København: Den Almindelige Danske Lægeforening.
- Dalum, Peter, Torsten F. Sonne & Mette-Marie Davidsen  
2000 At tale om forandring. København: Tobaksskaderådet.
- Gifford, Sandra M.  
1986 The Meaning of Lumps: A Case Study of the Ambiguities of Risk. I: C.R. Janes, R. Stall & S.M. Gifford (eds.): Anthropology and Epidemiology. Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Grøn, Lone  
2005 På hverdagens og kroppens betingelser. Kropslig viden og forandring blandt patienter på Livsstilscentret. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund 3:33-52.  
2006 Krop og hverdag i forandring. Sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdagsliv. Vejle Amt: Sundhedsforvaltningen.
- Haahr, Niels  
1995 Sundhedsfremme og kommunikation i konsultationen. Aarhus Universitet: Afdeling for Etnografi og Socialantropologi.
- Hansen, Marie Brandhøj & Mette Nordahl Svendsen  
2005 Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen.
- Hastrup, Kirsten  
1999 Viljen til viden. København: Gyldendal.



- Jensen, Bjarne Bruun  
2005 Sundhedsfremme og forebyggelse – to forskellige paradigmer? Tidsskrift for  
Forskning i Sygdom og Samfund 3:67-88.
- Jørgensen, Morten Hulvej  
2005 „Jeg vil bare gerne være fuld“ – om unges alkoholbrug i en sjællandsk landsby:  
et antropologisk perspektiv på evidensbaseret forebyggelse. Specialeafhandling.  
Institut for Antropologi. København: Københavns Universitet.
- Kvale, Steinar  
1994 InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København:  
Hans Reitzels Forlag.
- Malaby Thomas  
2002 Odds and Ends: Risk, Mortality and the Politics of Contingency. Culture, Medicine  
and Psychiatry 26:283-312.
- Nettleton, Sarah  
1998 Governing the Risky Self. How to Become Healthy, Wealthy and Wise. I: A.  
Petersen & R. Bunton (eds.): Foucault, Health and Medicine. London: Routledge.
- Risør, Mette Bech  
2002 Den gyldne middelvej. Ph.d.-afhandling. Afdeling for Etnografi og  
Socialantropologi. Århus: Aarhus Universitet.  
2005 Sundhedsfremme og forebyggelse. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund  
3:5-14.
- Taylor, Steven J. & Robert Bogdan  
1984 Working with Data: Data Analysis in Qualitative Research. Introduction to  
Qualitative Research Methods. The Search for Meanings. New York: John Wiley  
& Sons.
- Tulinius, Charlotte  
2000 Vi bliver ved med at ryge – hvorfor? Om rygningens mange betydninger i  
hverdagslivet – belyst især ved deltageobservation og interview i danske  
børnefamilier. Ph.d.-afhandling, fagområdet for almen medicin. Institut for  
Sundhedstjenesteforskning. Odense: Syddansk Universitet.
- Vallgård, Signild  
2005 Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne.  
Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund 3:15-32.
- Whyte, Susan Reynolds  
1997 Questioning Misfortune. The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda.  
Cambridge: Cambridge University Press.

## FESTTALE

### CLAUDE LÉVI-STRAUSS 100 ÅR

I København fejredes Claude Lévi-Strauss' 100-års fødselsdag fredag den 28. november 2008. Dansk Etnografisk Forening og Antropologforeningen i Danmark havde i denne anledning sammensat et festprogram, som samtidig gjorde det ud for foreningernes fælles årsmøde. Programmet bestod af følgende oplæg:

Niels Fock: Tillykke Lévi-Strauss – og TAK.

Quentin Gausset: Structural Filiations.

Michael Mahrt: Struktur og tid.

Morten Axel Pedersen & Rane Willerslev: Sprogets centrale betydning i antropologiske analyser – en debat for og imod.

(I stedet for Rane Willerslev, som var syg, deltog Kirsten Hastrup).

Visning af dokumentarfilmen *About Tristes Tropes*.

Mads Densø Jessen: Lévi-Strauss i arkæologien – husforbund i yngre jernalder.

Mads Daugbjerg: På besøg i Den Gamle By med den gamle strukturalist.

Gry Skrædder Dahl: Den kulinariske trekant sat på spidsen.

Jonathan Schwartz: Den milde tanke.

*Tidsskriftet Antropologi* har den glæde at kunne bringe dr. emeritus Niels Focks festtale i hele sin længde.

