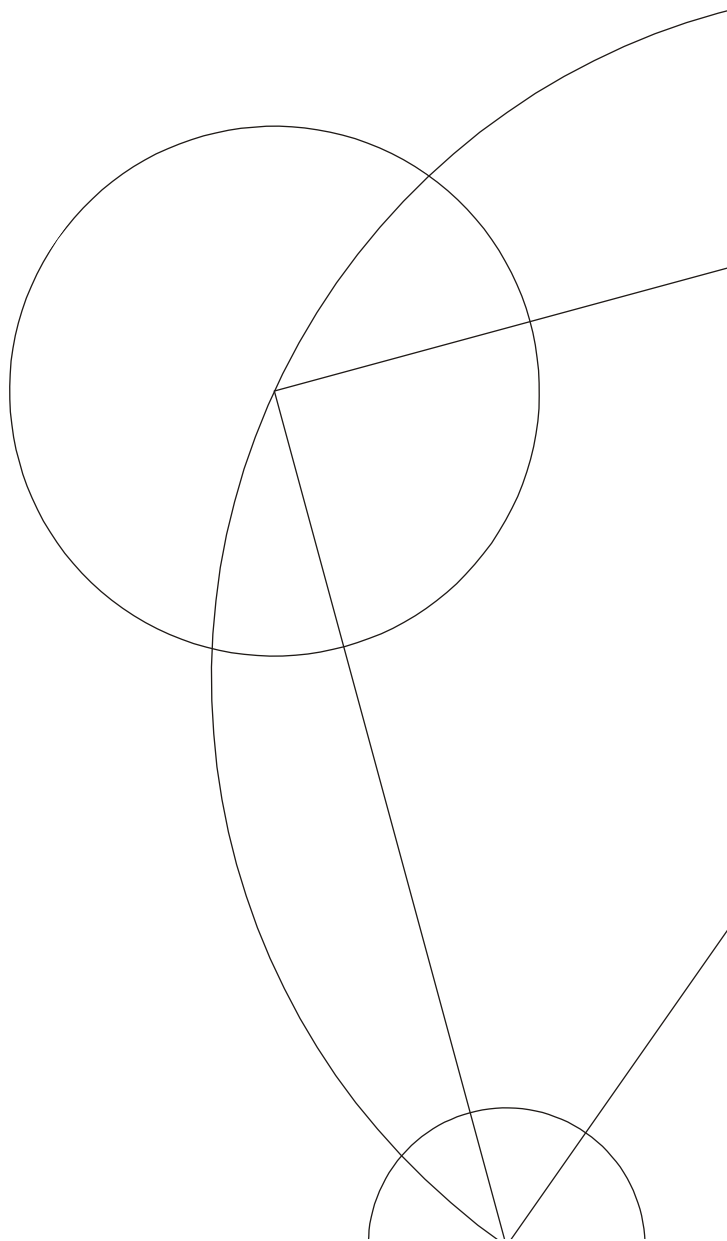




Master i Sundhedsantropologi

Masterprojekter

Dimission 2008



Indhold

<i>Dimittender</i>	3
<i>Et stort til lykke!</i>	4
<i>Kære Masters</i>	5
<i>Sundhed i balance</i> <i>Et spørgsmål om værdier</i> Af Anna Oldenburg	6
<i>Institutionelle logikker i ældreplejen</i> <i>En antropologisk analyse af en arbejdsgruppes håndtering af den daglige praksis på et kommunalt plejehjem</i> Af Kim Lee Bartholomæussen	7
<i>Søskendeskabs velsignelser og forbandelser</i> <i>Om søskendes forbundethed i forbindelse med allogen knoglemarvstransplantation</i> Af Tina Lanther	8
<i>Barrierer i forhold til fysisk aktivitet</i> <i>En antropologisk undersøgelse af hvilke barrierer pakistanske kvinder og mænd med type 2 diabetes oplever i forhold til fysisk aktivitet i deres hverdag</i> Af Jette Nielsen	9
<i>Spedalskhed – stigma og stempling</i> <i>En antropologisk undersøgelse – feltarbejde i det sydlige Indien i Tamil Nadu regionen</i> Af Sidsel Nikolaisen	10
<i>Vi burde jo gøre noget mere</i> <i>Et antropologisk studie af sygeplejerskers og terapeuters roller og rolleforhandlinger i det tværfaglige samarbejde</i> Af Karen Berntsen	11
<i>Fra passiv til aktiv samfundsborger</i> <i>Et aktiveringsprojekts tilblivelse og opstart</i> Af Ingrid Skov	12
<i>Den forebyggende samtales betydning for TCI patienter</i> <i>Den meningsfulde brik</i> Af Charlotte Kock Petersen	13
<i>Førstehjælp mellem styring og hverdagslivet</i> <i>– en antropologisk analyse af alarmoperatørs og lægmands relation ved hjertelungeredning af borgere med pludselig uventet hjertestop i det offentlige rum</i> Af Grethe Thomas	14
<i>Italesættelse af lungekræft</i> Af Sobina Jesuloganathan	15
<i>Everyone is working together to save lives</i> <i>Et antropologisk studie af selvmordsopfattelser og selvmordsforebyggelse i Sydindien</i> Af Lise Werner	16

<i>Arbejdsliv og trivsel</i> <i>En antropologisk undersøgelse af hvordan tilbud om sundhedsfremme opleves af medarbejderne med et særligt fokus på betydningen af og sammenhænge mellem arbejdsliv, fleksibilitet, sundhed og trivsel</i> Af Christina Monja Andersen	17
<i>Etniske kvinder og danske mødregrupper</i> <i>Fravalg og tilvalg blandt mødre med anden etnisk baggrund end dansk</i> Af Susanne Uggerly	18
<i>Risiko, normalitet og faglig identitet</i> Af Anne Berlin Barfoed	19
<i>Kliniske retningslinjer</i> <i>Et spørgsmål om hvordan de forstås?</i> Af Charlotte Kirstine Larsen	20
<i>Operationsaflysning</i> <i>Et ydre symptom, en indre konsekvens?</i> Af Anne Elisabeth Bjerrum	21
<i>Døendes forskellige vilkår</i> <i>Betydning af kategorisering</i> Af Ingelise Bøggild Jensen	22
<i>Hjertesvigtsklinikken, selv-teknologierne og patienten med anden etnisk baggrund</i> <i>En antropologisk analyse af de barrierer som patienter med anden etnisk baggrund og kronisk hjertesvigt møder i hjertesvigtsklinikken</i> Af Iben Rya Nielsen	23
<i>Ud - tur/retur</i> <i>En antropologisk undersøgelse af indiske Information Technology konsulenter i Danmark</i> Af Pia Obel, Master i Sundhedsantropologi med fokus på Velfærd	24
<i>Den kategoriserende støtte til børn, der søges integreret i skolefritidsordningen</i> Af Kjeld Ivan Larsen, Master i Sundhedsantropologi med fokus på Velfærd	25
<i>Bruger eller misbruger?</i> <i>En undersøgelse af relationernes betydning for kategorisering og sprogbrug i dansk misbrugsbehandling</i> Af Naja Helene Spanner	26
<i>Billederne og balancen mellem fravær og nærvær</i> Af Inge Degn Johansson	27
<i>Erfaringer i NA</i> <i>En analyse af fortællingens betydning for identifikationsprocesser</i> Af Louise Hatting Langhoff, Master i Sundhedsantropologi med fokus på Velfærd	28

Dimittender

Master i Sundhedsantropologi

Anne Oldenburg

Kim Lee Bartholomæussen

Tina Lanther

Jette Nielsen

Sidsel Nikolaisen

Karen Berntsen

Ingrid Skov

Charlotte Kock Petersen

Grethe Thomas

Sobina Jesuloganathan

Lise Werner

Christina Monja Andersen

Susanne Uggerly

Anne Berlin Barfoed

Iben Rya Nielsen

Charlotte Kirstine Larsen

Anne Elisabeth Bjerrum

Ingelise Bøggild Jensen

Master i Sundhedsantropologi med fokus på Velfærd

Pia Obel

Kjeld Ivan Larsen

Naja Louise Spanner

Inge Degn Johansson

Louise Hatting Langhoff

Et stort tillykke!

Det er med stor fornøjelse vi siger tillykke til endnu et hold studerende, der har færdiggjort deres masteruddannelse i sundhedsantropologi. Masteruddannelsen, der er et samarbejde mellem Institut for Etnografi, Arkæologi og Lingvistik ved Aarhus Universitet og Institut for Antropologi ved Københavns Universitet afslutter i år det tredje hold.

Det er en fornøjelse at uddanne masterstuderende fordi universitetet har godt af kontakten til det private og offentlige erhvervsliv. Undervisningen af studerende, der allerede har en uddannelse og flere års praktisk professionel erfaring, udfordrer vores faglighed og skaber nye rum for tværfaglig erfaringsudveksling. Det beriger både vores undervisning og vores undervisere. Det er også en fornøjelse, fordi vi ved, at vi uddanner nye brobyggere, der kan formidle antropologien og anvende faget i konkrete sammenhænge – og på den måde sikre at vores fag bidrager til at gøre en forskel i det danske samfund.

Der er ingen tvivl om at de opgaver, der skal løses indenfor sundhedssektoren og i samfundet generelt i dag er så komplekse, at flerfaglighed og tværfaglighed bliver vigtigere og vigtigere. Gennem konkrete analyser af de sociale og kulturelle aspekter af sundhed og sygdom bidrager sundhedsantropologien til denne flerfaglighed. Et af antropologiens grundtræk er komparationen – i de fleste antropologiske studier inddrages sammenligninger med andre kulturer. Sammenligningerne kan være direkte eller indirekte, men de bidrager til at selvfølgeligheder opløses og nye vinkler og spørgsmål trænger sig på. I løbet af masteruddannelsen i Sundhedsantropologi læses således mange bøger og artikler om sundheds- og sygdomsforhold i kulturer, som er meget forskellige fra de forhold, vi kender i Danmark. Men sammenligningerne giver en ny optik på det kendte og fremtvinger nye spørgsmål og nye svar. Og i dagens Danmark, hvor innovation og forandringsparathed værdsættes, er det netop evnen til at forundres og stille de skæve spørgsmål, der er vigtig.

Sundhedsantropologi eller medicinsk antropologi har været et prioriteringsområde på Institut for Antropologi siden 1986 og fagmiljøet er i dag det største i Norden. Masteruddannelsen i Sundhedsantropologi bidrager til den fortsatte udvikling af dette fagmiljø og sikrer praktiske løsninger på en række af de problemer sundhedssektoren i Danmark står over for. Jeg håber således at vores nye Masters vil anvende de sundhedsantropologiske perspektiver i deres hverdag og på forskellige niveauer fortsætte med at undersøge sociale og kulturelle aspekter af sundhedsvæsenet. Jeg håber vi får mulighed for at bevare kontakten med dem, således at Institut for Antropologi kan lære af deres erfaringer med sundhedsantropologien.

Jeg vil ønske alle de nye masters tillykke og ønsker dem alt muligt held og lykke fremover med sundhedsantropologien!

Helle Samuelsen
Institutleder
Institut for Antropologi
Københavns Universitet

Kære Masters

Det har været en stor fornøjelse at undervise dette års masters. Som underviser er masterstuderende nogle af de bedste studerende, man kan have. De går til faget med krum hals og en stor villighed til at lære. Det er sjældent, man møder studerende, der i samme grad altid møder velforberedte, og altid deltager med stor entusiasme i de forskellige pædagogiske øvelser, som man som underviser forbereder. Men de masterstuderende er også en fornøjelse, fordi de er en krævende gruppe studerende, der stiller spørgsmål om både antropologiens teoretiske rødder og fagets mulige anvendelse i konkrete sammenhænge.

Netop kravet om at kunne skabe sammenhæng mellem teori og praksis hos både masterstuderende og undervisere er en del af den store glæde, det er at undervise på masteruddannelsen. Noget af det, som slår en som underviser af masterstuderende, er den store glæde og fascination, de studerende har af faget antropologi. Masterstuderende oplever og fortæller om, hvordan fagets anderledes analytiske tilgange lærer dem noget nyt om deres eget fag. Denne glæde og fascination kan man engang i mellem selv, som antropolog, glemme. Man kan ind imellem blive lidt fortabt i akademias veje og vildveje og savne at kunne noget 'praktisk' eller 'rigtigt' og ikke bare kunne kaste et nyt perspektiv på praksis. Men netop her kommer de masterstuderende på banen med en glæde over og interesse for faget. De specialer, som de har skrevet, dokumenterer den bredde og anvendelighed som et antropologisk perspektiv kan bidrage med i praksis. Med emner fra at kortlægge kompleksiteten i kommunikationen mellem sundhedspersonale og etniske patienter med hjertesvigt; over at kaste lys på, hvad praksis på en alarmcentral skaber af muligheder og barrierer i forhold til at yde genoplivning; til at forstå hvordan anonyme selvhjælpsgrupper for stofbrugere fungerer, dokumenterer specialerne en imponerende spændvidde og anvendelighed i faget.

Mange af dette års masterspecialer fokuserer på at forstå, hvad der sker i praksis i en række forskellige sociale situationer. Specialerne viser behovet for en kvalitativ og analytisk tilgang til det sundhedsfaglige og sociale felt, og viser dermed også, hvorfor kvantitative og randomiserede undersøgelser ikke kan stå alene: Fordi de ikke kan rumme kompleksiteten i praksis. For at forstå, hvad der sker i de konkrete sociale institutioner og situationer, må antropologien på banen, hvad dette års masterspecialer på fornemmeste vis illustrerer.

Et stort tillykke og god vind med antropologien fremover til alle de nye masters.

Katrine Schepelern Johansen

Antropolog, ph.d.

Ekstern lektor v. masteruddannelserne på Institut for Antropologi

Sundhed i balance

Et spørgsmål om værdier

Af Anna Oldenburg

Denne antropologiske undersøgelse beskriver et moderne socialpsykiatrisk bosted, hvor personalets sundhedsværdier præger de sundhedstiltag, der iværksættes til fremme af beboernes sundhed.

I undersøgelsen stilles skarpt på de værdiforskelle der er mellem personalets og beboernes sundhedsværdier. Bostedet har ved hjælp af mottoet "Sundhed i balance" særlig fokus på, at få beboerne til at spise sund kost og motionere.

Beboernes sundhedsværdier adskiller sig fra personalets, ved ikke at tillægge sund kost og motion særlig betydning. De tillægger i stedet de sociale og kulturelle værdier og deres egen personlige sundhedsdefinitioner stor værdi.

En af de sociale begivenheder, som bostedets beboere tillægger en særlig betydning, er fællesspisningen hvor sundheden ikke er så vigtig. Ved fællesmiddagen er det de traditionelle gamle danske retter, hygge og det sociale islæt der er i centrum.

I dagligdagen har beboerne en tendens til at isolere sig socialt, men fællesspisningen bryder isolationen og de hygger sig med hinanden og med personalet.

Paradokser præger hverdagen på bostedet. Nogle beboere bliver større og større og det er ikke den sunde kost beboerne tilstræber, men i stedet de solide middage, de traditionsrige danske retter, kage og fastfood. Analysen i specialet har fokus på personalets sund-

hedsværdier til fremme af beboernes sundhed og ændring af deres usunde livsstil. En særlig opmærksomhed i analysen har været kompleksiteten ved livsstilsændringer, specielt personalets ønske om at ændre beboernes kostvaner.

Personalet på bostedet er præget af et individperspektiv på sundhedsfremme, mens sociokulturelle perspektiver på sundhed ikke vægtes samme grad af betydning. Personalet skal fungere som rollemodeller for beboerne og derfor tillægges personalets sundhed en særlig værdi som forbilleder for beboerne.

Som del af en sund arbejdskultur tilbydes personalet: Fleksible arbejdstider, selvudvikling i form af alternativ behandling, wellness-ture, sund kost og motionering i arbejdstiden.

Beboerne befinder sig i en liminal proces i et forsøg på at ændre livsstil, leve sundt og leve op til personalets og samfundets forventninger om sund levevis.

Specialet er en beskrivelse af et moderne socialpsykiatrisk bosted: Den daglige sundhedspraksis, hvor den offentlige sundhedsdiskurs, biomedicinen og liberalistiske tendenser, sætter sit præg på bostedets sundhedsdiskurs og hvor beboerne lever med ikke selv at definere de sundhedstiltag, der iværksættes til fremme af deres sundhed.

Institutionelle logikker i ældreplejen

En antropologisk analyse af en arbejdsgruppes håndtering af den daglige praksis på et kommunalt plejehjem

Af Kim Lee Bartholomæussen

Denne masteropgave sætter fokus på det daglige arbejde på et jysk plejehjem, og går i dybden med hvordan de daglige praksisser skabes, samt hvordan institutionen danner ramme for arbejdet.

Formålet med opgaven er, at belyse hvordan plejemedarbejderne italesætter deres praksis, samt at undersøge hvilke normer der ligger til grund for deres handlinger. Ligeledes undersøges det, hvordan modsatrettede praksisser er med til at skabe et krydspres for den enkelte, og hvordan dette krydspres skaber frustrationer i arbejdet. Opgaven er baseret på kvalitative metoder, og datamaterialer er fremkommet via tre ugers deltagerobservation, hvor jeg i rollen som social og sundhedshjælper elev har deltaget i det daglige arbejde. Jeg har yderligere indsamlet datamateriale gennem interviews med tre informanter.

Analysen viser, at arbejdet udføres i nogle institutionelle rammer, som påvirker den daglige praksis. Arbejdet italesættes således ud fra tre institutionelle logikker, der på hver deres måde giver anvisninger for, hvordan arbejdet bør udføres. Disse institutionelle logikker ligger

indlejret i institutionen, og i den daglige praksis foregår der en identifikation, hvor medarbejderne løbende bekræfter den gældende institutionelle orden. Denne bekræftelse sker gennem tilpasninger, modstand og håndhævelse, og er forbundet med frustrationer for den enkelte.

Under analysen viser der sig to dominerende praksisformer. Disse praksisformer kan kolliderer i et krydspres, hvor plejepersonalet i arbejdsgruppen oplever to modsatrettede krav og forventninger til deres praksis. Disse modsætninger resulterer i tydelige frustrationer, som medarbejderne har svært ved at håndtere. Igenem cases viser jeg, hvordan disse frustrationer antager en karakter, hvor de kan medføre en sygemelding. Det er således også opgavens formål at anskueliggøre, hvordan de daglige praksisser kan relateres til sygefravær i den offentlige plejesektor.

Jeg kan konkludere, at den daglige praksis afspejler de generelle værdier og normer der findes i den offentlige plejesektor, og at de kan forklares gennem institutionelle logikker.

Søskendeskabs velsignelser og forbandelser

Om søskendes forbundethed i forbindelse med allogen knoglemarvstransplantation

Af Tina Lanther

Dette projekt giver et bud på, hvordan kulturel forståelse af søskendeskab bliver synlig igennem en kontekstuel udfordring.

Konteksten i dette projekt er allogen knoglemarvstransplantation, hvor den kræftsyge patient bliver behandlet med knoglemarvs-stamceller fra en biologisk søskende. Med fokus på søskendedonoren, har projektet til formål at undersøge, hvad knoglemarvstransplantation betyder for forbundethed mellem søskende, hvordan knoglemarvsdonation transformerer en søskende til donor og hvilke sociale implikationer donationen har.

Projektet er baseret på feltarbejde på Rigshospitalet, henholdsvis i blodbanken og i knoglemarvstransplantationsafsnittet. Det empiriske materiale er indsamlet igennem deltagerobservation, interviews af donorinformanter og fokusgruppediskussioner med sygeplejepersonale. I analyse af materialet har jeg anvendt tre analytiske objekter, søskendeskab, udveksling og reciprocitet. Temaerne står i forhold til hinanden som en Pando-ras æske, hvor søskendeskab er det overordnede og diskurssættende tema. Med anvendelse af Schneiders slægtskabsteori finder jeg, at der sker en biologisk differentiering af søskende, når deres vævstyper bliver af-dækket. Differentieringen implikerer en social rangordning mellem søskende. Den sociale rangordning medfører, at søskendeenheden i symbolsk forstand ændres

fra at være harmonisk til at blive grupperet. Den donor-egnede søskende overdrages en moralsk forpligtelse til at donere på grund af den sociale status, den biologiske lighed giver. Donationen medfører en særlig forbundethed mellem donor og recipient. Jeg diskuterer donation som et besjælet objekt og konsekvenserne heraf. Til analyse af udveksling anvender jeg Mauss teori om gavegivning, da knoglemarvs-stamcelledonation indebærer pligten til at give, at modtage og at returnere. På trods af at nogle donorer var tilbageholdne med brug af gaveretorik, argumenterer jeg for, at donorer i deres ageren giver udtryk for at se donation som den ultimative gave. Til slut bruger jeg Honneth til argumentering for, at reciprocitet finder sted, at donoren opnår en anerkendelse for sin handling og denne anerkendelse er med til at skabe en positiv selvopfattelse.

En viden om den kulturelle forståelse af biologisk søskendeskab, giver samtidig en viden om den potentielle risiko for social konflikt, der ligger antagelsen om social forbundethed. I forbindelse med knoglemarvsdonation kan denne viden anvendes til, at vurdere om sundhedssystemets procedurer er tilrettelagt på basis af disse antagelser og om det forhindrer søskende i at foretage et aktivt til- eller fravalg af donation.

Barrierer i forhold til fysisk aktivitet

En antropologisk undersøgelse af hvilke barrierer pakistanske kvinder og mænd med type 2 diabetes oplever i forhold til fysisk aktivitet i deres hverdag

Af Jette Nielsen

Dette masterprojekt er skrevet på baggrund af et feltarbejde i hovedstadsområdet i Danmark. Det handler om, hvordan type 2 diabetes, en kronisk sygdom opleves og håndteres af pakistanske kvinder og mænd. Type 2 diabetes er en sygdom i eksplosiv vækst. Diabetes har ikke alene store konsekvenser for det enkelte menneske, men for hele samfundet. I 2025 spås op til 500.000 danskere at have diabetes viser nye prognoser. Væksten er eksplosiv og der er behov for nytænkning inden for forebyggelse og behandling af sygdommen.

Til grund for undersøgelsen ligger semi-strukturerede interview med pakistanske kvinder og mænd samt deltagerobservation i et sundhedscenter i hovedstadsområdet. Desuden er der udført semi-strukturerede interview med fagligt personale på sundhedscenteret og et ambulatorium. De pakistanske informanter var ikke tilknyttet sundhedscenteret, fordi jeg ønskede at give stemme til mennesker, der ikke var formet af systemet. Diabetes kan opleves som en frustrerende sygdom, hvor det at starte på medicin, kostændringer og fysisk aktivitet, kan virke uforståeligt, hvis man ingen symptomer mærker på sygdom. For at begribe de forestillinger pakistanske kvinder og mænd har om at være syg, og om de barrierer de oplevede i forhold til fysisk aktivitet anvendte jeg Byron Goods semantiske netværksanalyse som overordnet analytisk ramme. Han leverer en model, der kan forklare den sammenkædning af fysiske, psykiske, sociale, kulturelle og økonomiske omstændigheder, jeg oplevede, informanterne foretog i forhold til diabetes. Desuden blev begreberne disease, illness, sick role og sickness anvendt til at skabe indsigt i de barrierer, informanterne oplevede i forhold til fysisk aktivitet.

Analysen viste at fysiske gener, smerter og bekymringer var en afgørende hindring for mobilitet. Endvidere formede kulturelle familiemønstre, normer og sygdomsopfattelser deres personlige oplevelser og prægede deres forhold til fysisk aktivitet. For eksempel forbindes sygdom af mange traditionelt med smerter, ubehag som feber og udmattelse, der kræver ro og hvile, hvor familien overtager pligter og gøremål for den syge. Dette harmonerer imidlertid dårligt med en sygdom som diabetes, hvor fysisk aktivitet er en del af behandlingen. Derudover viste undersøgelsen, at det i indvandrede opfattes negativt og "billigt", hvis kvinder går hurtigt eller løber. Derfor er dette ikke en reel mulighed for kvinderne, til gengæld viste de stor interesse i adgang til motionslokaler.

Sociale, økonomiske og politiske forhold havde også indflydelse på informanternes livssituation og på de begrænsninger, de oplevede i forhold til udøvelse af fysisk aktivitet. Det er derfor ikke muligt at se bort fra den overordnede betydning af indvandrernes forhold her i Danmark. Migration kan medføre en sundhedsmæssig ulighed, og indvandrere i Danmark er generelt fattigere end majoritetsbefolkningen i kraft af lavere uddannelsesniveau og en større arbejdsløshed. Det er omstændigheder, der påvirker deres helbred og resulterer i et manglende overskud til at prioritere fysisk aktivitet i hverdagen.

Respekt, tillid og dialog er vejen frem til forståelse i det forbyggende arbejde og sundhedscentrene giver et godt bud på muligheder inden for systemet. Blandt andet er det oplagt at prioritere ansættelse af sundhedsformidlere på sundhedscentrene i arbejdet med forebyggelse og tidlig sporing af diabetes blandt indvandrede.

Spedalskhed – stigma og stempling

En antropologisk undersøgelse – feltarbejde i det sydlige Indien i Tamil Nadu regionen

Af Sidsel Nikolaisen

I Indien omtales spedalskhed med forskellige ord afhængig af region og i hvilken kontekst og situation det optræder. I Tamil Nadu skelnes mellem spedalskhed i de tidlige stadier, hvor sygdommen omtales som en hudsygdom, og fremskreden spedalskhed hvor den syge har synlige deformiteter – først her bruges det tamilske ord for spedalskhed. Opdelingen hænger nøje sammen med stigmatiseringen forbundet med spedalskhed for i dag hvor sygdommen kan kureres fuldstændig i medicinsk forstand, kan den smittede ved at komme i behandling i tide helt undgå men og synlige spor af sygdommen. Mennesker med deformiteter vil imidlertid i mange sammenhænge blive opfattet som spedalsk, og blive udsat for den samme stigmatisering som hvis de stadig er bærere af smitten.

Feltarbejdet blev udført på tre uger i et samarbejde med en privatreven hospitalsorganisation Christian Medical College, der har et langvarigt kendskab til arbejdet med spedalske patienter. Der blev udført 9 livshistorieinterviews med spedalske mennesker. Af disse havde nogle synlige deformiteter og nogle var nydiagnosticerede og uden synlige tegn på spedalskhed. Der blev foretaget en fokusgruppediskussion med kvinder som ikke havde spedalskhed og en flow chart seance med to lokale sygeplejersker, som arbejder med spedalske patienter.

Resultaterne fra det empiriske feltarbejde analyseres og diskuteres ved hjælp af sociologen Erving Goffmans og antropologen Richard Jenkins' teorier om stigma og identitet, og det tydeliggøres at synlighed og offentlighed kontra hemmelighed er afgørende ved håndtering af et truende stigma.

Det bekræftes desuden, som Jenkins også mener, at man som stemplet selv har indflydelse på, om og i hvor høj grad, stigmatiseringen finder sted, og at den stempledes forudsætninger er afgørende for muligheden for, at påvirke en truende stigmatisering.

I forbindelse med et livshistorieinterview kommer vi uforvarende til at synliggøre en nydiagnosticeret for resten af hans landsby, hvilket giver anledning til nogle etiske overvejelser vedrørende vores og vore værters positionering i felten. Hændelsen er samtidig så eksplisit at den tydeliggør betydningen af hemmeligholdelse – så stempling og stigmatisering undgås.

Spedalskhed findes ikke i Danmark, men stigma som fænomen kan relateres til andre sygdomsgrupper, eksempelvis HIV/Aids og visse psykiske lidelser. Stempling vil formentlig altid finde sted, men vi kan som samfund og som sundhedsprofessionelle hjælpe til, at den stempledes forudsætninger for at modstå stigmatisering som følge af stempling er bedst mulig.

Vi burde jo gøre noget mere

Et antropologisk studie af sygeplejerskers og terapeuters roller og rolleforhandlinger i det tværfaglige samarbejde

Af Karen Berntsen

Mit studie udsprang af en nysgerrighed omkring rollerne i det tværfaglige samarbejde i det neurorehabiliterende speciale. Da jeg selv er sygeplejerske og har arbejdet på en neurorehabiliterende afdeling, havde jeg ofte stillet mig undrende overfor arbejdsmetoder og samarbejdsrelationer i de interdisciplinære teams, der arbejdes efter. Og i litteraturen er det den gængse opfattelse, at tværfaglige teams er kernen til god rehabilitering, selv om forskningen i effekten af etableringen af disse teams er meget mangelfuld.

Ud over fokuset på tværfaglighed har mit studie omhandlet sygeplejerskernes og terapeuternes forhold til og anvendelse af ABC konceptet, et koncept som anvendes i vid udstrækning på rehabiliteringsafdelingerne. Jeg ønskede med blikket på ABC konceptet at afdække, om man kunne sige noget om roller og rolleforhandlingerne i de interdisciplinære teams ved at belyse teammedlemmernes forhold til og anvendelse af ABC konceptet.

Til at belyse det tværfaglige samarbejde tog jeg på et 14 dage langt feltstudie på et neurorehabiliteringsafsnit. Her interviewede jeg 7 sygeplejersker, og lagde således vinklen på mine data på sygeplejerskernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde.

Min overordnede teoretiske ramme var symbolsk interaktionisme, og materialet blev primært analyseret ud fra Herbert Blumer, Erving Goffman og Richard Jenkins. Min analyse viste, at sygeplejerskerne oplevede, at ABC konceptet var den primære grund til, at der var samarbejdsudfordringer på afdelingen. Terapeuterne holdt meget stramt på konceptets principper, og irttesatte sygeplejerskerne i deres anvendelse af konceptet. Sygeplejerskerne var således underlegne i anvendelsen af konceptet. Jeg har benyttet Jenkins' teori til at belyse identifikation og kategorisering og belyst, at følelsen af "os" og "dem" var med til at forstærke sygeplejerskernes samhørighedsfølelse til sygeplejegruppen og mindske fællesskabsfølelsen med terapeuterne. Goff-

man benyttede jeg til at belyse, at selv om sygeplejerskerne fortalte, at de anvendte ABC konceptet, gjorde de det rent faktisk ikke i praksis, altså en front stage og back stage praksis. I stedet følte sygeplejerskerne meget dårlig samvittighed, for "de burde jo gøre det noget mere". Det var min oplevelse, at sygeplejerskerne handlede for at fremstå mere positivt, for ikke kun at være underlegne i forhold til terapeuterne. Den sociale forhandling til at fremstå mere positivt blev iværksat ved at efterkomme terapeuternes ABC – anvisninger, eller de ydede modstand mod terapeuternes anvisninger, "hidden transcripts" teorien af James C. Scott.

Min konklusion blev, at faggrupperne, fordi parterne ikke følte samhørighed med den anden faggruppe i teamet, arbejdede meget faggruppe-orienteret og med meget lidt vidensdeling. Dertil var det af stor betydning, at terapeuter og sygeplejersker aldrig var sammen hos patienten. Fordi sygeplejerskerne og terapeuterne aldrig var sammen hos patienten, oplevede de ikke hinandens udgangspunkt og udfordringer i anvendelsen af ABC konceptet.

Jeg mener med mit projekt at have bidraget til den sundhedsantropologiske debat ved at belyse, at de sociale relationer har stor indflydelse på, hvordan man oplever sig selv og andre, og hvilke roller og rolleforhandlinger der opstår. Et interdisciplinært team kan på papiret se homogent ud, men i praksis være opdelt af flere enheder betinget af teammedlemmernes følelsesmæssige tilhørsforhold. For et team er et processuelt, kulturelt og følelsesbetonet system, hvor medlemmerne spejler sig i hinandens ligheder og uligheder, og hvor roller, rolleforhandlinger og samarbejdet bliver derefter. Det er relevant at gøre sig bevidst om, hvis samarbejdsrelaterede frustrationer skal minimeres. Fokus på hvilke udfordringer der ligger i den teambaserede arbejds metode er relevant og nødvendig for at sikre, at de tværfaglige teams medlemmer forstår og respekterer hinanden og hinandens kompetencer.

Fra passiv til aktiv samfundsborger

Et aktiveringsprojekts tilblivelse og opstart

Af Ingrid Skov

Min interesse har gennem hele studiet samlet sig om kroniske smerter uden patologisk oprindelse.

Som kropsterapeut har jeg mødt dem i mange sammenhænge, men aldrig så tydeligt som i arbejdet med indvandrerkvinder. Det er efterhånden alment accepteret, at man kan blive "rigtigt" syg eksempelvis af stress. Paradokssalt nok bliver denne spirende forståelse af sammenhængen mellem krop og psyke i indvandrerkvindernes tilfælde en hæmsko for anerkendelse af de samfundsmæssige faktorer, der spiller ind på menneskets helbredsmæssige tilstand. Det er netop dette forhold, der står i centrum for mit forskningsprojekt, der tager sit udgangspunkt i et aktiveringsprojekts tilblivelse og opstart i en forstadskommune til København i foråret 2008.

En gruppe indvandrerkvinder skulle *kvalificeres* til at blive aktive samfundsborgere, borgmesterens eksplicite ønske, uagtet om disse borgere kunne tilknyttes arbejdsmarkedet eller ej. Allerede under første planlægningsmøde fremstod kvindernes svære helbredsmæssige situation, som en central problematik. Den herskende diskurs på stedet var, at hvis kvinderne led af "diffuse smerter" var det fordi de manglede viden og redskaber til at tage hånd om sig selv. De skulle derfor lære at motionere og spise sundt, så de fik overskud til at åbne sig mod samfundet. (En opgave jeg i en årrække selv havde varetaget i tilknytning til et aktiveringssted for indvandrerkvinder i Københavns kommune). Undervejs i projektet opstod imidlertid en åbenlys kon-

flikt om årsag og ansvar i forhold til kvindernes smerter. "Vi har gjort dem handicappede, de har mistet troen på sig selv, det er systemet, det er ikke dem selv", som en af projektmedarbejderne udtrykte det. Selv var hun flygtning fra Eritrea og havde allerede ved sin ankomst til Danmark i slutningen af 60'erne undret sig over denne barnliggørelse af de udefrakommende: "Hjælp, hjælp, hjælp... hvis de kan klare at komme hele vejen fra Sudan, så kan de også klare sig her.". Nu skulle de imidlertid igen hjælpes, denne gang til at tage hånd om deres helbred...

Kvindernes fysiske smerte, breder analysen ud i en stjerne. For som Mary Douglas skriver i *Purity and Danger*; symboliserer kroppen alting, og alting symboliserer kroppen (1984[1966]:358). Lige så lidt som at man kan skille krop og psyke, kan man anskue kroppen isoleret fra det omkringliggende samfund, den er (eller ikke er) en del af. I min opgave argumentere jer for, at disse kvindernes fysiske dysfunktion bliver forstået som en social og ikke personlig dysfunktion. Jeg problematiserer velfærdssamfundet, hvor arbejde, som en centrifugalkraft slynger nogle sammen og andre definitivt ud, hvorved de mister rettet til indflydelse, også over deres eget liv.

For at løfte analysen op over den aktuelle samfundsdebat, har jeg sat Victor Turners ritualanalyse "Betwixt and Between" (2001[1970]:509), som ramme for min empiri.

Den forebyggende samtales betydning for TCI patienter

Den meningsfulde brik

Af Charlotte Kock Petersen

Hvert år indlægges omkring 4000 mennesker med en forbigående blodprop i hjernen (Transitorisk Cerebral Ischæmi, herefter TCI) som følge af åreforkalkning. Det er veldokumenteret at den forebyggende behandling er vigtig, fordi den kan reducere risikoen for en ny blodprop, men vi mangler viden om hvordan TCI patienterne selv oplever og erfarer deres sygdom, og derfor ved vi heller ikke om information i den forebyggende samtale, som de modtager under indlæggelsen, er meningsfuld i forhold til deres liv, efter udskrivelsen.

Fund i denne opgave bygger på et kvalitativt, eksplorativt studie. Seks patienter med førstegang TCI er fulgt gennem 1 måned. Data er indsamlet via semistrukturerede interviews, ved feltobservation og et opfølgende interview. Tre pårørende har deltaget under vejs i interviewene med informanterne og 2 læger er interviewet særskilt. Den kvalitative analyse af datamateriale er inspireret af James Spradley domæneanalyse og af Clifford Geerts "thick descriptions". Det teoretiske udgangspunkt er Deborah Luptons Foucaultinspireret tilgang til sundhedspolitik og Arthur Kleinmans model for sundhedssektor og relationelle forklaringsmodel.

De seks informanter har håndteret deres sygdom, og måden at håndtere hverdagen på efter sygdommen, meget forskelligt, men fælles for dem er, at de er opta-

get af at genvinde hverdagen. Det sker ved at få kontrol over kroppen, at få kontrol gennem viden og ved at skabe sammenhæng til det sociale netværk efter udskrivelsen.

Hvad vi i sundhedssektoren særligt kan lære at disse 6 informanter er at være åben for de rammer vi organiserer på sygehuset, og have opmærksomhed på hvordan det sætter sig igennem i den forebyggende samtale mellem patient og læge.

TCI patienten er i et krydsfelt dels med en sygdom som sundhedspolitisk anses som selvforskyldt og den enkeltes ansvar at handle på, og dels udskrives uden symptomer til en hverdag hvor den nye situation skal integreres meningsfuldt, i det sociale netværk. Det giver ikke mening at se den forebyggende samtale som en offermagt relation mellem læge og patient og vi bør i stedet fokusere på det kontekstuelle mulighedsrum der kan skabes i samtalen.

Den forebyggende samtale kommer til at fremstå som "the deep play". Samtalen kan bidrage til patientens søgen efter den meningsfulde brik, men samtalsens potentialer ikke udnyttes optimalt under de nuværende former.

Førstehjælp mellem styring og hverdagslivet

– en antropologisk analyse af alarmoperatørs og lægmands relation ved hjertelungeredning af borgere med pludselig uventet hjertestop i det offentlige rum

Af Grethe Thomas

I Danmark er der årligt op mod 3.500 mennesker, der får et hjertestop i det offentlige rum, men få overlever, bl.a. fordi danskerne kun i ringe grad yder førstehjælp. I Norge er der en mangeårig tradition for at yde førstehjælp, og det afspejles i høje tal for overlevelse af et hjertestop. Hensigten med denne opgave er at få forståelse for og indsigt i, hvilke rammer og betingelser der skal være til stede, for at borgerne i Danmark yder førstehjælp under vejledning af alarmoperatøren ved et alarmopkald til 112 i forbindelse med hjertestop i det offentlige rum. Data er indsamlet via interview, deltagerobservation og aflytning af alarmopkald under feltarbejde på Alarmcentral 112 Storkøbenhavn og på Akut Medicinsk Koordinationssentral i Stavanger, Norge.

Analyserne tager udgangspunkt i antropologien, der bl.a. anskuer det menneskelige og herunder det at yde førstehjælp som socialt og samfundsskabt og dermed ikke som individuelt og naturligt.

Michel Foucault's begreb governmentality anvendes til at analysere den magtudøvelse, der er på spil i relationen mellem stat (her alarmoperatør) og borger (her lægmand), samt til at give indsigt i de styringsteknologier og praksisregimer, der anvendes henholdsvis i Danmark og Norge. For at forstå hvorfor nogle mennesker handler og yder førstehjælp og andre ikke gør, analyseres de relationer og forklaringsmodeller, der indgår i borgernes livsverden ved hjælp af Alfred Schutz' handlings – og hverdagslivsteori.

Komparationen mellem Danmark og Norge viser, at styringsteknologierne og praksisregimerne er vidt forskellige. Alarmoperatørens vejledning i førstehjælp i Danmark er overordnet vag, vilkårlig og generel, og der anvendes ikke praksisregimer på det sundhedsfaglige område som en indlejring i kulturen på Alarmcentral 112 Storkøbenhavn. Anderledes ser det ud på Akut Medicinsk Koordinationssentral i Stavanger, hvor styrings-

teknologien Norsk Indeks ved hjælp af stringente guidelines fastholder både alarmoperatøren og borgeren i afklaringen af en sundhedsfaglig problemstilling.

Opgavens analyser viser, at menneskelig handling i form af at yde førstehjælp ikke kun beror på viden og rationalitet, men i høj grad er betinget af vores liv i en intersubjektiv verden, hvor forhold som regeringsstrategier, relationer og hverdagsliv er styrende for vores adfærd. Hvis man i et hverdagslivsperspektiv fokuserer på adfærd og vaner ud fra deres betingethed, så er det at yde førstehjælp ikke et forhold, man bevidst vælger, men derimod et forhold af relativt komplicerede sammenfletninger og dermed også forhold, der ikke nødvendigvis kan afhjælpes gennem dialog, sundhedsfremmekampanjer og reklamespots. Når mennesker alligevel handler, skyldes det, at der i den givne sociale verden er skabt et sæt handlingsforskrifter.

På baggrund af opgavens empiri anviser jeg, hvilke rammer og betingelser mine analyser har vist, der bl.a. skal være til stede, for at få borgerne i det danske samfund til at ændre adfærd og yde førstehjælp under vejledning af alarmoperatøren i forbindelse med hjertestop.

- Førstehjælp skal internaliseres i befolkningen, en forudsætning for dette er regeringsinitiativer, hvor obligatorisk førstehjælpsundervisning i børnehaver og skoler kan være et bud
- Førstehjælpskampanjer skal tage udgangspunkt i en sociokulturel kontekst for at nå borgerne i deres hverdagsliv
- Implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sundhedsfaglig rådgivning på alarmcentralerne
- Indførelse af en styringsteknologi og praksisregime som fx Norsk Indeks på alarmcentralerne.

Opgaven vil blive fremsendt til relevante aktører på førstehjælpsområdet. Andre interesserede kan rekvirere opgaven hos Grethe Thomas grethe.thomas@regionh.dk Enhed for Akut Medicin og Sundhedsberedskab, Koncern Plan og Udvikling i Region Hovedstaden.

Italesættelse af lungekræft

Af Sobina Jesuloganathan

Dette er en antropologisk undersøgelse af, hvordan man italesætter kræft på en lungekirurgisk afdeling.

Der er lavet et feltarbejde, hvor jeg undersøgte, hvordan behandlerne og patienterne kommunikerer om det, at have lungekræft. Empirien er holdt op mod begreber som illness og disase, samt sociale roller. Det viser sig nemlig, at disse faktorer har indflydelse på, hvordan man italesætter kræft.

Patienterne taler meget ud fra et lidelsesperspektiv, når de italesætter kræft også selvom de har stor adgang til de medicinske betegnelser og definitioner på kræft. Patienterne bruger ikke selv ordet kræft så meget medmindre de bliver spurgt direkte, for eksempel i forbindelse med kirurgsamtaler og indlæggelsessamtaler.

Mange af patienterne føler ikke det er nødvendigt, fordi de føler sig raske efter operationen og dermed behøver de ikke italesætte kræft. Men selvom de ikke synes de har behovet, så vurderer de generelt, at hvis de får brug for det, så vil plejepersonalet gerne hjælpe dem. Enkelte vælger ikke at snakke med plejepersonalet, fordi de ikke vil være til ulejlighed. Behandlerne derimod taler

stadig meget ud fra et sygdomsperspektiv, men er dog meget opmærksomme på, at man også inddrager og tager hensyn til patientens oplevelse af situationen.

Behandlerne, og her er det især lægerne, anvender ofte ordet kræft, når de taler med patienterne og de er meget konkrete og ærlige i deres kommunikation. Det træder meget frem i kirurgsamtaler, som patienter har før operationen for lungekræft. Plejepersonalet som også indgår som en del af behandlergruppen, står i kraft af deres uddannelse, et sted mellem læge og patient. Deres sygdomsopfattelse er derfor en blanding af lidelses- og sygdomsperspektivet. Dog kan man godt fornemme, at deres diskurs er præget af det lægevidenskabelige, som er den dominerende diskurs indenfor sygehusverdenen.

Ligesom man kan have forskellige sygdomsopfattelser som behandler og patient, har man også forskellige sociale roller, som også har indflydelse på, hvordan man italesætter kræften. Der hører nemlig nogle forpligtelser og ansvar til de sociale roller, som har indflydelse på ens adfærd.

Everyone is working together to save lives

Et antropologisk studie af selvmordsopfattelser og selvmordsforebyggelse i Sydindien

Af Lise Werner

Selv mord er et universelt sundhedsproblem med en mortalitets rate i år 2000 på 16 per 100.000. Forskere fra Christian Medical College i Vellore i Sydindien har afdækket en langt højere rate af selvmord i området: 95 per 100.000. 70 % af dem der forsøger selvmord i området har ikke kontakt med hospitalet eller det professionelle behandlingssystem. Med flere års erfaring som sygeplejerske i arbejdet med unge især piger, der forsøger selvmord er dette projekt udsprunget i et ønske om at forstå hvad de høje rater af selvmord skyldes i området og hvilken forbindelse der kan være mellem behandling og forebyggelse og imellem metoder og konsekvenser af selvmord. Formålet med dette masterprojekt er, at undersøge de faktorer der ligger til grund for de høje selvmordsrater, samt finde en begrundelse for hvorfor selvmord er så svært at forebygge i Kaniyambadi Block. Ud fra 4 ugers feltarbejde i Kaniyambadi Block, i forbindelse med et 3 ugers metodekursus i sundhedsantropologi har jeg udført et kvalitativt studie af opfattelser af årsager, intervention, behandling, forebyggende tiltag, metoder og konsekvenserne af selvmord og selvmordsforsøg gennem fokusgruppediskussioner, deltagerobservation og interviews.

Jeg anvender Arthur Kleinmans model om sundhedssystemer som teoretisk ramme i min diskussion og jeg trækker på den antropologiske adskillelse Kleinmann trækker mellem det etiske og det moralske fra hans senere værker i analysen om særlige dilemmaer og uoverensstemmelser i behandlingen og forebyggelse. Ligeledes trækker jeg på begreber fra forskellige klassiske antropologiske modeller i analysen af årsagsforklaringer og fra en nyere model der ser selvmord som en form for social modstand og jeg anvender stigma som begreb ud fra et antropologisk perspektiv i analysen og

fortolkningen af mine empiriske data, jeg har samlet omkring konsekvenser af selvmord.

Argumentet i dette masterprojekt er, at selvmordforsøg er svært at behandle og forebygge i Kaniyambadi Block fordi selvmord er en social proces med sociale årsager. Den professionelle sektor i Kleinmanns terminologi adresserer ikke de sociale årsager til selvmord (og kan måske heller ikke) af et vist antal grunde; dels pga. dets tendens til primært at tage udgangspunkt i en biomedicinsk og/eller psykiatrisk tilgang med fokus på den individuelle patologi og eget-ansvar, dels pga. dets tendens til antage en position som eksperter der behandler patienter som ignoramus og endelig pga. specielle dilemmaer og uoverensstemmelser mellem den professionelle etiske diskurs om behandling og forebyggelse af selvmordforsøg og den aktuelle moralske praksis. Derudover argumenterer jeg for, at selvmordsforsøg i manglen på andre interventionsmuligheder der adresserer de sociale betingelser, strukturer og relationer, der ligger bag selvmordsforsøg kan ses som en form for selvbehandling i den folkelige sektor; som en form for somatisk udtryk for flugt, eller det at modsætte sig årsager af national /global oprindelse, der ligger til grund for individets sociale lidelse. Afslutningsvis argumenterer jeg for at, hovedkonsekvenserne af selvmord og selvmordsforsøg er stigmatisering af personen og hendes familie, der holder problemet skjult og dette vanskeliggør behandling af selvmordsforsøg og forebyggelse af selvmord. Jeg konkluderer, at yderligere undersøgelser er påkrævet hvis man skal forstå det som Lee og Kleinman udtrykker "the social processes that culminate in, and the local impact of, a person's self-killing (Lee and Kleinman 2000)

Arbejdsliv og trivsel

En antropologisk undersøgelse af hvordan tilbud om sundhedsfremme opleves af medarbejderne med et særligt fokus på betydningen af og sammenhænge mellem arbejdsliv, fleksibilitet, sundhed og trivsel

Af Christina Monja Andersen

Formålet med dette masterspeciale er at undersøge hvordan tilbud om sundhedsfremme i arbejdslivet opleves af medarbejderne, særligt med fokus på betydninger af, og sammenhænge mellem arbejdsliv, fleksibilitet, sundhed og trivsel i arbejdslivet. Undersøgelsen er foretaget i en mindre kommunal administrativ afdeling.

Den første del af analysen, *Arbejdsliv, sundhed, trivsel og fleksibilitet* er primært beskrivende. I vurderingen af et godt arbejdsliv og trivsel er der mange afvejninger, herunder vurderes det vigtigt at have det godt med sine kolleger, at opleve balance mellem evner og udfordringer, at føle der er mulighed for udvikling samt at føle sig anerkendt for sin indsats og den man er. Der er en positiv holdning til sundheds- og trivselsfremme, som i det store og hele opleves som relevant.

Dernæst beskrives hvordan fleksibilitet i arbejdslivet opleves. Det er vigtigt at føle man har indflydelse på eget arbejde, og idet ledelsen på stedet indeholder elementer af værdibaseret ledelse sker der dette i stor

udstrækning. Jeg diskuterer i slutningen af afsnittet hvilken betydning det kan have for sundhed og trivsel.

I analysens anden del *Reciprocitet og anerkendelse* behandles nye spørgsmål der rejses i empirien. Det er væsentligt for trivsel i arbejdslivet at føle der er balance i forholdet mellem at give og modtage. Sundhedsfremme og fleksibilitet er en væsentlig del af denne reciprocitet. Reciprociteten kommunikerer anerkendelse som også er vigtig for sundhed og trivsel på arbejdspladsen.

Sundhed og trivsel på arbejdspladsen er uløseligt forbundet med ledelse. I perspektiveringen foreslås at værdibaseret ledelse integreret med sundhedsledelse og opmærksomhed på betydningen af reciprocitet i ledelse er et bud på hvordan ledelse fremmer sundhedsfremme og trivsel. På denne måde imødekommes problematikken med at det almindelige arbejdsmiljøarbejde viger for sundhedsfremme og vigtigheden af reciprocitet kan mere systematisk bruges i forbindelse med rekruttering og fastholdelse i en tid med mangel på arbejdskraft.

Etniske kvinder og danske mødregrupper

Fravalg og tilvalg blandt mødre med anden etnisk baggrund end dansk

Af Susanne Uggerly

Hvorfor fravælger mødre med en anden etnisk baggrund end dansk sundhedsplejens tilbud om mødregrupper, både de almindelige mødregrupper (selvkørende), men også sundhedsplejens internationale mødregruppe (hvor der er sundhedsplejerskedeltagelse)? Specialet undersøger dette baseret på interview med mødre, der bor på Nørrebro, og som ikke deltager i en af sundhedsplejens mødregrupper suppleret med interview af mødre fra den internationale mødregruppe.

Der argumenteres for, at den samfundsskabte kategori "de fremmede", der udspringer af, at lighed i Danmark forudsætter enshed, kommer til at spille en stor rolle for mødrenes måde at tænke i "vi" i forhold til "de andre". Den danske lighedsideologi indgår som en væsentlig årsag til, at kvinderne fravælger de almindelige mødregrupper, de "passer ikke ind". Indlejret i dette ligger, at de sociale relationer tæthed og distance tolkes og forhandles forskelligt. Der argumenteres for, at sundhedsplejens konstruktion af almindelige mødregrupper ikke er medvirkende til at skabe integration. Integration defineres som en gensidig proces, hvor flere parter må tilpasse og nærme sig hinanden. Det beskrives, hvordan mødrene efterlyser viden om fx deres børns sundhed, og at de gerne vil have mere viden fra sundhedsplejerskerne. Vidensformidlingen kunne

foregå i en mødregruppe med sundhedsplejerskedeltagelse. Kvinder, der ikke deltog i den internationale mødregruppe, udtrykte interesse for at deltage i en sådan gruppe, men pga. forskellige omstændigheder, havde de ikke meldt sig til gruppen, der allerede eksisterede. Udover at sundhedsplejerskerne kan bidrage mere med deres viden, kan de også medvirke til at skabe et rum for "den stille integration". Den kan foregå i mødet og interaktionen mellem forskellige etniske grupper. Processen kræver støtte, så forskelle kan udspilles og personlige fortællinger tilbydes, så de kan gribes af andre og handles i forhold til.

I analysen tages udgangspunkt i nogle danske antropologers undersøgelser, foretaget i danske velfærdsinstitutioner gennem de seneste år. I specialet inddrages Fredrik Barths teorier (*Ethnic Groups and Boundaries*) om at etniske grupper er socialt konstruerede snarere end kulturelt og at grupperne markeres af grænser, der er flydende. Netop disse grænsesætninger er medvirkende til at opretholde "os-dem" dikotomien. Richard Jenkins beskrivelse af social identitet bruges som en uddybning af Barths teorier omkring interaktionen mellem mennesker, især hvad der sker ved kategorisering.

Risiko, normalitet og faglig identitet

Af Anne Berlin Barfoed

Formålet med mit masterprojekt har været, at undersøge hvilken betydning risikotænkning har for jordemoderomsorgen ved normale fødsler og for den faglige identitet.

Emnet blev valgt, fordi jordemoderomsorgen er mit helt store interessefelt, men undervejs har jeg haft mange overvejelser om at have min egen faggruppe som fokus for opgaven. Ikke sjældent har jeg også ønsket, at jeg havde valgt et emne med gravide og deres familier i fokus, fordi det måske havde været nemmere afgrænse emnet og undersøge feltet objektivt, men interessen skal drive værket!

Den normale fødsel og risikoopsporing er to centrale begreber inden for svangreomsorgen. Den normale fødsel er vigtig, fordi den er afgørende for visitation og behandling af gravide og fødende kvinder samt afgrænser jordemødres selvstændige kompetenceområde.

Risikoopsporing er vigtig, fordi graviditets- og fødselskomplikationer kan forebygges eller behandles i tide, men samtidig har risikoopsporingen også medført at indgrebsfrekvenser inden for fødselshjælpen er steget drastisk inden for de sidste årtier.

Mit etnografiske feltarbejde fandt sted på henholdsvis Frederiksberg Hospitals fødeafdeling og Rigshospitalets fødeafdeling. Mit empiriske materiale blev indsamlet ved hjælp af deltagerobservation, 4 dage hvert sted fordelt over to omgange samt mange uformelle interview foretaget under observationen. Derudover gen-

nemførte jeg 6 individuelle interview med jordemødre, 3 fra hvert af de to fødesteder.

Materialet afdækkede tre overordnede temaer af antropologisk og jordemoderfaglig interesse. *Risiko, normalitet og faglig identitet*.

Sammenfattende viste undersøgelsen, at tilstande der tidligere blev betragtet som normale, i dag bliver betragtet og behandlet som komplicerede eller potentielt komplicerede, hvilket medfører en stigende indgrebsfrekvens for at sikre, at den mulige risiko ikke bliver en realitet – ”for en sikkerheds skyld”. Jordemødre har meget forskellige definitioner af den normale fødsel og generelt har de en stor tiltro til, at den kan forløbe normalt og uden indgreb, men det afspejles ikke i deres daglige praksis.

Undersøgelsens resultater forventer jeg bliver trykt i Tidsskrift for Jordemødre, som led i den debat der pågår inden for faget om jordemødrenes fremtid og professionsudvikling.

Derudover vil jeg fremlægge masterprojektet på personalemøder og temadage i de to afdelinger hvor feltarbejdet fandt sted samt i egen afdeling. De tre afdelinger skal fusionere inden for de næste 3-5 år og kan drage nytte af undersøgelsens afdækning af bl.a. den faglig identitetsopfattelse, i forberedelsen af en ny stor fælles afdeling.

Kliniske retningslinjer

Et spørgsmål om hvordan de forstås?

Af Charlotte Kirstine Larsen

Projektet er skrevet på baggrund af et antropologisk feltstudie bestående af 8 dages feltstudie, 3 individuelle interviews og 3 fokusgruppediskussioner, udført blandt plejepersonalet på en større intensiv afdeling i Københavnsområdet i perioden februar til april 2008. Min interesse i dette feltstudie var intensivsygeplejerskernes handlinger i de kliniske plejesituationer, særligt med fokus på en forståelse af, hvorfor de kliniske retningslinjer ikke bliver fulgt.

I analysen anskuer jeg sygeplejerskernes viden ud fra Barths beskrivelse af videnstraditioner og bruger Dreyfus og Dreyfus' model for tilegnelse af færdigheder, til at beskrive intensivsygeplejerskens udvikling fra novice til ekspert. Jeg sammenligner den diskurs, der er for de kliniske retningslinjer og den observerede brug af de kliniske retningslinjer, for at anskueliggøre, om det kan give en forståelse for, at det ser ud som om, sygeplejerskerne ikke følger de kliniske retningslinjer for sygeplejen.

Jeg argumenterer for, at sygeplejerskerne for en stor del følger de kliniske retningslinjer, men at der i klinikken findes to konkurrerende forståelser af, hvad det vil sige "at følge de kliniske retningslinjer". En diskursiv forståelse af de kliniske retningslinjer, som regler, der

altid skal følges og den måde de kliniske retningslinjer oftest bruges på, nemlig som den nyere og bredere forståelse af begrebet evidensbaseret sygepleje foreskriver og som evidensbegrebet ideelt set også lægger op til: at sygeplejersken i samråd med patienten benytter den viden, som er indskrevet i den kliniske retningslinje i kombination og på lige fod med sin kliniske erfaring og med hensynstagen til patientens kontekst og værdier, når hun beslutter hvilken pleje og behandlingen patienten skal have i den enkelte situation.

Jeg argumenterer for, at denne såkaldte forståelseskonflikt kan resultere i, at sygeplejerskerne ikke føler, de gør det godt nok i deres daglige arbejde. Ligesom diskursen om, at de kliniske vejledninger er regler, der altid skal følges, kan resultere i, at ekspertsygeplejersken vil opleve en ny klinisk retningslinje som meningsløs, hvis dens anvisninger går imod hendes erfaringer for, hvad der virker, eller hvis hun vurderer at den hviler på et lavt videnskabeligt grundlag. Den kliniske retningslinje kan desuden opleves som en degradering af sygeplejerskens ekspertise, hvis den bygger på evidente undersøgelser, der påviser, at hendes viden er forkert. I alle tilfælde vil den kliniske retningslinje blive afvist og modarbejdet, og implementeres enten slet ikke eller meget langsomt.

Operationsaflysning

Et ydre symptom, en indre konsekvens?

Af Anne Elisabeth Bjerrum

Aflysning af operationer er et velkendt og indgribende fænomen blandt patienter og personale i mange kirurgiske afdelinger. Dette projekt tager afsæt i de aflysninger, sygehuset forårsager som en reaktion på og utilsigtet effekt af forventninger om øget kvalitet og effektivitet i behandlingen af patienter. Venteliste-garantier og kræftbehandlingsgarantier er et eksempel på krav til sundhedsvæsenet om en optimal behandling af udvalgte patientgrupper i et effektiviseret patientforløb.

Undersøgelsesperspektivet i projektet er de sundhedsprofessionelles, og fokus er sygeplejerskernes oplevelse af aflysningerne: Hvordan rollen som professionel påvirkes af at være sygeplejerske og agere aflyser på samme tid, forholdet til det at være sygeplejerske og en del af sundhedssystemet, og hvordan disse forskellige krav til den professionelle rolle håndteres i hverdagen.

Undersøgelsen er baseret hovedsageligt på kvalitative interviews med kirurgiske sygeplejersker, og viser en aktuel eller potentiel konflikt i rollen hos den enkelte

sygeplejerske, som bevæger sig i krydsfeltet mellem det at være sygeplejerske og eksponent for et sundhedssystem, hvor aflysninger er en del af hverdagen.

Sygeplejerskens måde at håndtere sin rolle i aflysningssituationen på, er mange-facetteret i samspillet med patienter, pårørende, kolleger, ledelse, sygehus – og sundhedsvæsen. Et bud på en form for handlerum er tillid til og med omverden, i hvilket, sygeplejersken håndterer sin professionelle rolle med udspring i faglig identitet, normer, idealer og praksis. Tillid set i et systemisk perspektiv gør det muligt for sygeplejersken at færdes i den professionelle verden med dens kompleksitet, krav og udfordringer inde - og udefra, og modsætningsfyldte hverdag med forventningen om høj kvalitet og effektivitet i behandling og sygepleje side om side med aflysningens virkelighed.

Projektet gør overordnet set opmærksom på et mindre nuanceret og fokuseret problemfelt i det danske sundhedsvæsen: operationsaflysninger undersøgt i de professionelle optik, og den sundhedsantropologiske tilgang og ramme bidrager med muligheden for en øget indsigt i og forståelse for konsekvensen af aflysninger for sygeplejerskens rolle og for de mekanismer, der finder sted i de mellem menneskelige relationer på flere niveauer.

Døendes forskellige vilkår

Betydning af kategorisering

Af Ingelise Bøggild Jensen

Udgangspunktet er en undren over de meget forskellige vilkår, som tilbydes døende patienter og deres pårørende i Danmark - eksemplificeret ved en aflastningsafdeling tilknyttet et plejehjem og en hospiceafdeling.

Med jævne mellemrum dukker offentlig kritik af plejehjemets behandling af døende beboere op, og formålet er at nuancere denne kritik og at bidrage til diskussion med en antropologisk synsvinkel.

Problemformuleringen handler om, hvorvidt Victor Turner's begrebsliggørelse af overgangsfaser kan bidrage til forståelsen af aflastningsafdelingens praksis - med særlig opmærksomhed på, hvad det betyder for den gruppe af patienter, som dør i afdelingen i ventetiden på en plejebolig.

Metodisk har jeg benyttet mig af lang personlig erfaring som hospicesygeplejerske til at spore observationer og samtaler på værdier, konkrete handlinger, tværfagligt samarbejde m.m. som har betydning for at kunne etablere sammenhængende patientforløb. De konkrete metoder til dataindsamling i aflastningsafdelingen har været et kort feltarbejde over ca. to uger med deltagerobservation, uformelle samtaler og to formelle gruppediskussioner. Det har været let at få adgang, fordi alle interessenter har set en mulighed for udvikling af området.

Indledningsvis beskrives aflastningsafdelingens praksis, eksemplificeret med uddrag fra feltarbejdet. I dette afsnit indgår samtidig metodebeskrivelser og -overvejelser.

De teoretiske og analytiske perspektiver er primært Victor Turner's opfattelse af liminalitet og denne periodes ritualer. Udover Turner anvender jeg 1) Cecilie Rubows arbejde om begravelsesritualer i Danmark (disse ritualer ligger tæt på hospiceritualer), 2) Margaret Locks

tekst om forhandling om dødsriterier (i forhold til at døden overhovedet er et fænomen, som kan forhandles), 3) en lille tekst af Inger Sjørlev om ritualers metabetydning, og 4) en analyse af hospiceudviklingen i forhold til det moderne samfund af Tony Walter.

Resultaterne viser, at liminalitetsbegreberne er anvendelige til at forstå aflastningsafdelingens praksis - patienterne er der 'mellem to hjem'. De patienter, som imidlertid ikke når at komme videre, efterlades i et rituelt tomrum, fordi de ikke bliver kategoriserede som døende. Uvisheden er kendetegnende for deres sidste levetid, og frustration kendetegner de medarbejdere, som passer dem. Til sammenligning har hospiceafdelingen god mulighed for at etablere rituelle rammer, som skaber en ægte overgangsfase rettet mod patienter og pårørende.

Konklusionen er, at selvom de døende patienter i aflastningsafdelingen *bliver* defineret, kan gruppen differentieres i fire grupper i forhold til, om de og deres pårørende erkender, at døden er tæt på, samt deres forhold til aktiv behandling. Kun den ene gruppe vil profitere af et ritualiseret forløb. Til gengæld vil alle have glæde af en mere sammenhængende tværfaglig pleje- og behandlingsindsats.

En central anbefaling er at etablere en tværfaglig helhedsorienteret vurdering, som inddrager patient og pårørende, med henblik på at tydeliggøre, hvad sigtet er for den enkelte patient.

Hjertesvigtsklinikken, selv-teknologierne og patienten med anden etnisk baggrund

En antropologisk analyse af de barrierer som patienter med anden etnisk baggrund og kronisk hjertesvigt møder i hjertesvigtsklinikken

Af Iben Rya Nielsen

Opgavens formål er todelt. Første del er en analyse af sygdomsforståelse og sygdomsadfærd hos patienter, med anden etnisk baggrund og med hjertesvigt. Denne analyse udføres med henblik på at vurdere, om etnicitet og viden om de sociale teknologier påvirker patienternes sygdomsadfærd og derigennem deres modtagelse af klinikens selv-teknologier. Baggrunden for valget af dette analytiske fokus er, at der blandt sygeplejersker florerer en antagelse om, at patienter med anden etnisk baggrund, har en anderledes sygdomsopfattelse, og at denne påvirker deres sygdomsadfærd. Til denne analyse bruger jeg begrebet de sociale teknologier, som Jöhncke, Svendsen og Whyte præsenterer det (2004) samt Kleinmans (1980) begreber om illness og explanatory model. Analysen leder for det første frem til at patienternes sygdomsforståelse ikke er væsentligt forskellig fra klinikens. For det andet at der ikke umiddelbart, som klinikken forventede, er en sammenhæng mellem viden/redskaber og adfærd. Tilsammen peger dette på at der er andre ting på spil end sygdomsforståelse, etnicitet og viden. Der er derfor brug for nogle andre analytiske redskaber til at forstå, hvorfor nogle patienter ikke modtager selv-teknologierne. Anden del af opgaven tager derfor udgangspunkt i et bredere fokus, og belyser vha. Nancy Scheper-Hughes og Margaret Locks begreber om den individuelle, den sociale og den politiske krop, hvordan patienter med anden etnisk baggrund, i klinikken, møder et komplekst sæt af sprogmæssige, ressource-mæssige, og magtmæssige barrierer. "Under den individuelle krop belyser jeg med Goods (1994) begreb, livsverden og Bourdieus habitus-begreb, hvordan en nedbrydning af patienternes livsverden kan bane vej for en ændring i habitus og derigennem for modtagelsen af selv-teknologier. Dette er muligt, fordi genoprettelsen af patienternes livsverden enten kan ske ved hjælp af de sociale teknologier og selv-teknologierne eller ved, at patienterne skaber et narrativ. Jeg belyser herefter,

hvordan modtagelsen af selv-teknologierne kan forhindres, enten ved at patienten laver et andet narrativ end det, klinikken ønsker, eller ved at klinikens narrativ ikke passer til patienten. Til sidst belyser jeg, hvordan der i patientens habitus kan være sproglige og kognitive vanskeligheder eller en manglende en sproglig selvtilid og hvordan dette kan blive til en barriere for selv-teknologierne. Under den sociale krop belyser jeg med Bourdieus begreber om kapitaler og spillet i feltet, hvordan mangel på kapitalerne, tillid, samt sprogkundsaber og medicinske sprogkundsaber, kunne være barrierer for, at patienterne kan begå sig i feltet. Men jeg belyste også, hvordan samspillet mellem disse og andre kulturelle kapitaler har indvirkning på, om manglen af en eller flere kapitaler bliver en barriere for modtagelsen af selv-teknologierne. Under den politiske krop belyser jeg med Foucault og Bourdieus begreber om magt, for det første hvordan der i selv-teknologierne ligger en magt til at fremme bestemte handlinger, men at denne magt kan opleves som symbolsk vold og derved blive en hindring for selv-teknologierne. For det andet viser jeg, hvordan der i feltet, dvs. i klinikken foregår et magtspil, hvor lægen, sygeplejersken og patienten hver især har forskellige kapitaler at byde ind med, men også hvordan patienterne, pga. dispositioner i habitus og samt mangel på bl.a. sproglig og politisk kapital, har vanskeligere ved at begå sig i feltet og, hvordan de derved kan få nogle barrierer i forhold til modtagelse af selvteknologierne. Tilsammen giver de tre tilgange et nuanceret billede af de barrierer, patienterne møder og af hvordan de tre kroppe påvirker hinanden. Jeg runder opgaven af ved at beskrive, hvordan analysens tre tilgange kan anvendes af hjertesvigtssygeplejersken på to måder. Dels ved at de konkrete situationer beskrevet i analysen, kan kaster lys over situationer, sygeplejersken står i. Dels som redskaber hvorved sygeplejersken selv kan foretage en nuanceret analyse af de barrierer for selv-teknologierne, som patienten oplever.

Ud - tur/retur

En antropologisk undersøgelse af indiske Information Technology konsulenter i Danmark

Af Pia Obel, Master i Sundhedsantropologi med fokus på Velfærd

På baggrund af interviews med indiske IT-konsulenter, der arbejder i Danmark, behandler jeg i denne opgave, hvordan de lever i Danmark og hvilke forventninger de havde inden de kom her til. I opgaven diskuterer jeg, hvordan de indiske IT-eksperter passer ind i henholdsvis arbejdsmigrantkategorien og elitemigrantkategorien. Min kategorisering er baseret på den amerikanske og europæiske migrationsteori. Jeg konkluderer, at de indiske IT-konsulenter kommer til Danmark for at få et kendskab til Vesten. Det er et frivilligt valg de træffer, men det er et led i deres karrierestrategi. Deres mål er at opnå en forståelse for hvordan Vesten organiserer sig, så de kan bruge disse evner til at bygge bro mellem Indien og Vesten, når de er tilbage i Indien.

Motivationen er forbedring af økonomiske kår. På den måde er de typiske arbejdsmigranter. men selvom de er arbejdsmigranter, så er de ikke ynkelige eller forhutlede mennesker fra tredje verdenslande migranter, hvilket er vores historiske forståelse af migranter. I stedet er de middelklasse og veluddannede og dertil taler de også engelsk på højt plan. De er her ikke af nød, men fordi de selv har valgt at være her. Deres migrationsmønstre er præget af at de tager hen, hvor der er behov for deres informationsteknologiske viden. De beholder dog altid deres hjem i Indien, og der er ikke tvivl om at det er der, de hører hjemme. deres særlige dekonstekstualiserede viden og den måde de administrerer den på, placerer dem i en klasse af elitære handelsrejsende, som hidtil har været forbeholdt folk fra Vesten.

Den kategoriserende støtte til børn, der søges integreret i skolefritidsordningen

Af Kjeld Ivan Larsen, Master i Sundhedsantropologi med fokus på Velfærd

”Børn med særlige behov” er i øjeblikket en acceptabel måde at forklare, at hos visse børn spiller handicaps, problematisk adfærd eller problematiske familieforhold en stor rolle i hverdagen.

Den herskende tanke hos politikere og fagligt involverede synes at være, at det bedste vi kan gøre for disse børn er at søge dem integreret. Folkeskole og institutioner for normale børn skal være rummelige nok til at modtage børnene, pædagogerne skal vise sig fagligt kompetente og de øvrige børn vil via deres omgang med de ”særlige” udvikle en mere accepterende indstilling til f. eks. handicappede.

Dette masterprojekt tager afsæt i et feltarbejde i en folkeskoles fritidsordning. Skole og fritidsordning ligger i det vestlige Odense, i et kvarter med relativt mange socialt skrøbelige beboere, relativt mange to-sprogede familier, relativt små indkomster.

Skolefritidsordningens (SFOens) børneflok afspejler kvarterets sociale diversitet, og da der desuden er indskrevet et klasseforløb af børn med særlige problemer i skolen, (E-klassen) er en del af disse børn også tilknyttet SFOen. I fritidsordningen har pædagogerne udviklet et særligt syn på børnene som helhed, som nogen man skal være agtpågivende overfor. Flere børn aktiverer i

særlig grad pædagogernes vagtsomhed. Nogle er diagnosticerede (E-klassen), andre er adfærdsmæssigt påfaldende, og har derfor pædagogernes opmærksomhed. En opmærksomhed der ofte fører til en lokal og altoverskyggende kategorisering. Kort sagt handler de voksne hurtigt og kontant i mange situationer, der f. eks. kunne udvikle sig konflikter mellem børnene. På grundlag af erfaringer med en del af børnene er der derved udviklet et generelt beredskab, der omfatter hele børneflokkene.

For mange børn gælder, at de ikke kan skabe eller fastholde kontakt til andre børn. Derfor er deres mulighed for stabilt menneskeligt samvær i SFOen knyttet til pædagogens initiativ. Ligesom det kan være rart at være i kontakt med de voksne, kan det imidlertid være isolerende i forhold til de øvrige børn, og selve den afhængighed der her kommer til udtryk er medvirkende til at fastholde barnet i afvigerkategorien. Det samlede indtryk er, at bestræbelserne på at integrere børn med særlige behov i denne SFO har medvirket at alle børn har fået snævrere rammer og at de børn, der skulle integreres, er tilstede som afvigere.

Bruger eller misbruger?

En undersøgelse af relationernes betydning for kategorisering og sprogbrug i dansk misbrugsbehandling

Af Naja Helene Spanner

Efter to ugers feltarbejde på en offentlig og en privat institution for stof- og alkoholbehandling, har jeg indhentet datamateriale ved observationer og semi-strukturerede interviews til en analyse af anvendelsen af begreberne 'bruger' og 'misbruger'. Det har været mit fokus at undersøge, hvordan informanternes relation til deres stof, behandlingsinstitution og sig selv og deres omgivelser er påvirket af eller betinget af den kategorisering der finder sted. Teoretisk tager jeg primært udgangspunkt i Richard Jenkins identitetsanalyse. I forbindelse med personens relation til sit stof har jeg vist hvordan kontrol eller mangel på samme over stofferne ifølge mine informanter har afgørende betydning for definitionen af misbrug og brug. Ved at inddrage Ian Hackings anvendelse af begreberne 'looping effect' og 'labelling theory' argumenterer jeg således for, at benævnelsen 'bruger' eller 'misbruger' har betydning for identitetsdannelsesprocessen, idet personens handlinger netop afspejler tilhørsforholdet til en bestemt kategori. Med afsæt i Niklas Luhmans systemteori, som definerer kommunikation som centralt for sociale systemer, argumenterer jeg for, at ordvalg og sprogbrug har afgørende betydning for kategorisering. Derefter undersøger jeg hvordan accept af kategorisering har indflydelse på personernes forhold til deres indtag af stoffer og alkohol.

Første afsnit antager især det individuelle fokus på relationen mellem personen og stoffet, hvorimod andet afsnit lægger et mere samfundsmæssigt perspektiv, idet jeg her undersøger, om relationen mellem behandlingsinstitution og personen i behandling i form af medansvar og brugerinddragelse har betydning for sprogbruget og klassifikation af personen. Jeg inddrager her Nikolas Roses arbejde med 'bio-politics', den politiske interesse for befolkningens sundhed og Michel Foucaults 'pastoralmagt' samt 'det magtfulde møde mellem system og klient' af blandt andet Margaretha Järvinen og Nils Mortensen.

I tredje og sidste afsnit undersøger jeg hvordan den personlige identitetsdannelse bliver påvirket af kategoriseringsprocesser, som konsekvens af ovenstående processer og faktorer af kontrol og medbestemmelse. Til dette har jeg valgt at analysere med udgangspunkt i Erving Goffmans teorier om stigmatiseringsprocesser. Derefter undersøger jeg den personlige identifikationsproces ud fra Richard Jenkins arbejde med identitetsdannelse i forhold til tilhørsforhold til grupper og kategorier.

Billederne og balancen mellem fravær og nærvær

Af Inge Degn Johansson

Masterprojektet er baseret på mit feltarbejde ved to atelierer for psykisk sårbare mennesker; Atelier Imago i Århus og Baghuskolen i København. Atelier Imago er et kunstterapeutisk kursus, mens Baghuskolen ledes af en billedkunstner, der underviser i male og tegneteknikker. Begge steder kan betegnes som et arbejdsfællesskab omkring billeder, og der arbejdes fortrinsvis med maleri. Mit feltarbejde bestod af delta-geroobservation suppleret af interviews og samtaler.

Jeg har beskrevet det at være psykisk syg og sårbar som en position karakteriseret af fravær. Et fravær i kropslig henseende, men ikke mindst et socialt fravær; et fravær fra andre, levende et liv på grænsen af de "normales" samfund. Jeg argumenterer for, at arbejdet med billederne i de to atelierer kan bidrage til, at billedskaberne gradvis oplever en større grad af nærvær.

I min analyse har jeg taget udgangspunkt i Merleau-Pontys perceptionsfænomenologiske perspektiv og hans forståelse af, at malerierne både er "det ydre af det indre og det indre af det ydre". Min beskrivelse af det billedskabende arbejde har fulgt to spor, Jeg har dels beskrevet, det jeg har betegnet som nogle indre, mentale billeder, hvor selve maleprocessen kan siges

at være med til at fremkalde billedet. Noget indre, som er abstrakt og diffust, får et ydre konkret udtryk i form af et maleri. Billedskaberne kan efterfølgende vende tilbage til billederne og få øje på noget, de ikke har set eller erkendt før. Billedet kan herved indvirke på dem, og noget ydre kan siges at blive til noget indre.

Det andet spor jeg har fulgt omhandler en anden type af billeder, der er baseret på en nøjere iagttagelse af omverdenen. Her sker der ligeledes en vekselvirkning mellem den, der maler og det, der bliver malet, således at verden kan siges at "sætte sit aftryk" på lærredet. I arbejdet med disse billeder kan billedskaberen i processen opleve at blive mere opmærksom og nærværende. Momentvis kan billedskaberen, i en intens væren-i-verden, opleve at være en del af noget større.

Kroppen bliver repræsenteret i billederne, både som symbolske billedelementer, der henviser til billedskaberens, men også mere direkte, idet Michel Serres argumenterer for, at lærredet kan opfattes som en "hud" eller "svededug", hvor livet har sat sine spor. Noget usynligt bliver synligt i maleprocessen, men billedskaberne selv kan også siges at blive mere synlige for andre.

Erfaringer i NA

En analyse af fortællingens betydning for identifikationsprocesser

Af Louise Hatting Langhoff, Master i Sundhedsantropologi med fokus på Velfærd

- Med bevidstheden om hvordan fortællingerne modtages og evt. bidrager til andres refleksioner, fremsættes fortællingen i en monologisk form, som interagerer med de øvrige fortællinger og derved får karakter af en dialog.
- I fortællingen skabes en genkendelighed via et plot, som kan føres tilbage til NA's program. Stemmer plottet ikke overens med medlemmernes verdensbillede, omdefinerer de betydningen, så den får en meningsfuld virkning.
- Genkendeligheden er afgørende for at medlemmerne åbent tør fortælle om deres erfaringer og at medlemmerne, ved at relatere andre erfaringer til eget liv, reflekterer og skaber fornyet handling.
- Fortællingen virker som et terapeutisk redskab, som i en løbende proces skaber nye identiteter hos medlemmerne.

Et medlemskab i selvhjælpsgruppen *Narcotics Anonymous* (NA) er betinget af, at forstå sig selv som en *addict* og et ønske om ikke at indtage stoffer. Praksis viser, at accepten af medlemskabet afhænger af, om deltagerens fortælling imødekommer andres forståelse af en *addict*. Trods det, at der klassificeres blandt medlemmerne, er følelsen af lighed alligevel udbredt.

Fortællingerne skaber genkendelighed, dels pga. deres fælles identifikation med at være *addicts*, dels pga. at

fortællingen er opbygget efter samme skabelon, hvor bl.a. sprogbrug og performance underbygger genkendeligheden. Den terapeutiske effekt forudsætter dog, at medlemmer kan relatere sig til og forstå betydningen af sproget

Til ordene knytter sig en forventning, som kan spores tilbage til programmet og således også til medlemmerne. Derfor er det også interessant, at medlemmerne oplever en frihed til selv at definere deres subjektive betydning, da de tydeligvis er påvirket af fællesskabets norm - et vilkår for alle mennesker i sociale sammenhænge. Mest interessant er det, at normen i NA ikke fratager medlemmerne følelsen af det frie valg.

Mit empiriske materiale er indhentet ved (deltager)observationer på NA møder samt ved at interviewe mødets medlemmer. Min opgave er empirisk funderet, da mit formål var at opsamle de sociale fænomener uden at være styret af teoretiske tilgange. For at nuancere forståelsen af praksis, har jeg anvendt teorier af R. Jenkins og M. Gullestad om individet og dets sociale relationer, samt E. Bruner, C. Mattingly og M. Jacksons teorier om narrativer.

INSTITUT FOR ANTROPOLOGI
KØBENHAVNS UNIVERSITET
ØSTER FARIMAGSGADE 5, OPGANG E
1353 KØBENHAVN K
TLF +45 3532 3464
FAX +45 3532 3465