AKADEMISKE SYGEPLEJERSKER

Tidsskrift for akademiske sygeplejersker
Nr. 4 oktober 2007
ISSN:1901-8789

Indhold

Leder:

Af Stinne Glasdam Side 3

Tema-artikler:

Manden som køn og patient
Af Sv. Aage Madsen Side 4

Forskning i mænds sundhed og sygdom - et kritisk kvalitativt konstruktivistisk blik
Af Simon Simonsen Side 13

Motivation og særlige problemstillinger for overvægtige mænd
Af Hanne Jensen Side 30

Andre artikler:

Netværksforum for akademiske sygeplejersker på Fyn
Af Anne-Mette Graubæk Side 34

Noter fra konference: "6th. International Research and Development Conference: Knowledge in Nursing and Nursing Edu-cation"
Anmelder: Helle Svenningsen Side 35

At sætte kritik til diskussion
Af FASIDS Bestyrelse Side 38

Kommentar til "Doktorgrad i sygepleje - en grad, der ikke findes..." af Karin Anna Petersen
Af Kirsten Lomborg Side 40

Anmeldelser:

At leve med uhelbredelig sygdom
Anmelder: Lizbeth Engström Side 41

Uddannelse til professionsbachelor i sygepleje
Anmelder: Hanne Franklin. Side 43

Til forsvar for kritikken
Anmelder: Bent Olen Side 46

"Guidet Egen-Beslutning"
Anmelder: Susan Ptak Side 49

Lean implementering i danske virksomheder
Anmelder: Henriette Pedersen Side 51

Indsigt i eksistensen og patientrollen ad en anden vej
Anmelder: Kirsten Beedholm Side 57

Negativ social arv - Inklusion vs. assimilation
Anmelder: Kirsten A. Møller Side 60

Langt ude? Essays om fremtiden
Anmelder: Jens Bydam Side 61

Fordomme & stereo-typer
Anmelder: Jens Bydam Side 62

Selvmål - det evaluerede liv
Anmelder: Vibeke Lorentzen Side 63

Bud på sociologiens blik ind i sundhedsvidenskabens domæne
Anmelder: Stinne Glasdam Side 64

Arrangementer:

Artikelwork-shop for medlemmer af FASID Side 66

Andet:

Aktivitetskalender
Redaktion Helle Mathar Side 67

Medlem af FASID Side 69

FASID's Bestyrelse Side 70

Redaktionsgruppen Side 71

Leder

Hør, hvad skete mon i mit hus?
Hvad var det dog for et pluds'ligt sus?
Døren var da ellers lukket tæt,
Røg den ikke op med et sæt?
Hvem stod dér i døren lys?
- Efteråret med sit gys.
Er du allerede dér?
Tro'de ej, vi så dig mer'.
Lad os nyde dine farvers spil,
Godt – trods alt – at du er til.
Efterårs-calypso

Tekst: Leif Bille
Musik: Birgitta Hylin

Vores tankers hus, tidsskriftets papir, forandrer sig som årstiderne. Døren blev flået op, af et voldsomt sus: Om det dog ikke var tiden for et mere professionelt layout? Vi så farverne og mulighederne, rakte hænderne frem og greb chancen. Resultatet ser I her i dette nummer af *Tidsskrift for akademiske sygeplejersker*, som har fokus på "Mænd og sundhed". Tre artikler vil indkredse denne problematik på forskellig vis. De to tematikker, som vi bød op til dans med i sidste nummer af tidsskriftet, nemlig "Politisk styring af sundhedsydelser" og "Formidling", vil desværre ikke blive fulgt op af nye artikler i dette nummer, men vi opsøger efterårets sus og forsøger at blæse indhold i disse tematikker i januar-nummeret igen.

Som sædvanlig indeholder tidsskriftet anmeldelser af ph.d.-afhandlinger, publicerede specialer og aktuelle bøger. Disse anmeldelser indledes denne gang af en diskuterende kommentar fra bestyrelsen efterfulgt af en reaktion på en tidligere bragt anmeldelse. Vi håber, at suset kan åbne døre, så vi også i vores faglige diskussioner kan se farvernes spil og alle deres nuancer, lyset i mørket og mørket i lyset.

Vi fortsætter med aktivitetskalenderen. Hjælp os med at få gjort denne kalender god, oplysende og anvendelig. Aktiviteter, som ønskes på kalenderen, bedes mailes til Helle Mathar: hma@sud.regionh.dk, som vil stå for opdatering af denne kalender.

Tidsskriftet udkommer som bekendt fire gange om året, nemlig ultimo januar, april, juli og oktober. Det vil samtidigt sige, at der er deadline for indslag til de enkelte tidsskrifter d. 15. i måneden forinden, dvs. 15. december, 15. marts, 15. juni og 15. september. Alle indslag bedes sendt til redaktør Helle Mathar: hma@sud.regionh.dk.

Stor tak for hjælpen med layout og opsætning af tidsskriftet til Vilhelm Kent. Et enestående tilbud, som vi ikke kunne takke nej til i bestyrelsen. Endvidere må vi sige farvel og tak for en stor indsats til redaktionsgruppens medlem Susanne Hwiid Klausen, som må hellige sin tid til specialeskrivning på Københavns Universitet. Til gengæld vil vi byde hjertelig velkommen til tre nye redaktionsgruppemedlemmer, nemlig Ingrid Elisabeth Greve, Eline Noisen og Charlotte Thaarup Andersen. Lad kreativiteten spire!

Stinne Glasdam
Formand

Manden som køn og patient

Af Svend Aage Madsen, ph.d., chefpsykolog, Rigshospitalet

Indledning

Har patienter et køn? Ja, der findes, i hvert fald i andre nordiske lande, noget, der hedder Kvindemedicin. Det er et speciale, der er groet ud af fagområder som fødsler, gynækologi og kvindelig reproduktion i det hele taget (Schei, Botten & Sundby 993). Det er en fagligh-ed, der opstod sammen med kampen for kvindefrigørelse fra 60'erne og 70'erne og frem. Bl.a. diskussioner om kvinders vilkår under fødsler og abortspørgsmålet lagde grunden, og i dag indbefatter området bl.a. kvindelig hormonbehandling, overgangsalder, voldtægt og vold mod kvinder mv.

I Danmark har vi på Institut for Folkesundhedsvidenskab under Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet afdelingen for Medicinsk Kvinde- og Kønsforskning. Instituttet introducerer sig selv sådan: "*Kvinders biologiske, psykiske og sociale situation er generelt underbelyst i den medicinske forskning … Arbejdet består i, foruden at belyse kvinders forhold, at fremme forståelsen af forskellen mellem de to køn med respekt for en social ligestilling. Formålet med faget er, at forskningen på disse områder fremmes, og at fremtidens læger ikke er uvidende om kønsforskellene og deres betydning for sygdom og sundhed.*" (Institut for Folkesundhedsvidenskab 2007).

Kvindemedicin er således et specifikt fagområde, der har taget udgangspunkt i, at i sundhed og sundhedsvæsnet har kønnet betydning. Med god grund må man sige, at hidtil har køn som fænomen primært handlet om, at få øje på kvinden i sundhedsvæsnet, som gennem historisk primært har været indrettet på hvide mænd fra middel- og overklassen. Medicinsk forskning har også gennemgående tidligere haft denne målgruppe, hvorfra man så har overført resultater til resten af befolkningen, bl.a. kvinderne (White 2004).

Opdagelse af manden

Umiddelbart skulle man tro, at sådan et fokus på manden ville være en fordel. Men, som den første professor i *Men's Health*, Alan White, udtrykker det, har denne forståelse, at patienten automatisk er en mand, betydet, at manden ikke er blevet set som et køn, og dermed er manden i virkeligheden blevet lige så usynlig som kvinden. For hvor manden før måske nok var patienten per se, blev mænd ikke set som *køn* og altså ikke som mænd i sundheds- og sygdomsforskningen (White, 2004).

Hvad ser vi så, hvis vi vil se manden som et køn? Vi ser både noget biologisk, dvs. det som på engelsk er manden som *sex*, og noget socialt, psykologisk og kulturelt, det som i kønsforskningen på engelsk kaldes *gender*. Med begge kønsbegreber ser vi så:

- Fagområder inden for sundhed og sygdomme, der specifikt er knyttet til den mandlige biologi
- Epidemiologiske forskelle, hvor mænd inden for visse sundheds- og sygdomsområder skiller sig ud med hensyn til bl.a. forekomst, dødelighed eller andre forhold
- Sundhedsadfærd, der er "typisk" for mænd, og opfattelser af symptomer og sygdom, der er fremherskende blandt mænd
- Sundhedsvidenskabens og sundhedsvæsnets opfattelser af og betjening af mænd

De mandespecifikke områder

På baggrund heraf er der blevet udskilt det, som kaldes *Men's Health*, det fagområde, der bruger optikken manden som køn på sundhed og sygdomme. Fagområdet Mænds sundhed og sygdomme er af bl.a. *European Men's Health Fo-*

rum blevet defineret som: Problemstillinger af fysiologisk, psykologisk, social eller miljømæssig oprindelse, der kan have særlig betydning for drenge eller mænd og/eller hvor der er behov for særlige interventioner for drenge og mænd for at opnå sundheds- og helbredsmæssige forbedringer enten på individuelt eller befolkningsmæssigt niveau (Wilkins & Baker, 2004).

Med den optik nævnes i bogen *Kend din krop, mand* (Christensen, Graugaard, Bonde, Wulff & Madsen 2006) følgende sygdomme og helbredsproblemer, der er knyttet til manden som biologisk køn:

- Forstørret prostata, som giver omkring 200.000 danske mænd problemer.
- Prostatakræft, som er den næst hyppigste form for kræft hos mænd i Danmark. Der er omkring 1.500 nye tilfælde om året og tallet er stigende. Stigningen hænger selvfølgelig sammen med, at mænd over nogle tiår ligesom kvinder har fået længere middellevetid. Samt det forhold, at der er kommet mere opmærksomhed på fænomenet. Om der er flere tilfælde uafhængig heraf er uklart, men problemet berører flere personer og kræver derfor større opmærksomhed og flere ressourcer end tidligere.
- Testikelkræft, som er den hyppigste ondartede sygdom hos mænd fra 15 år til 35 år. Der er 300 nye tilfælde om året. Antallet er kraftigt stigende og næsten tredoblet gennem de seneste 50 år. Danmark har en af de højeste antal tilfælde af testikelkræft i verden.
- Mandlig infertilitet. Danske mænd har verdens dårligste sædkvalitet, og sædkvaliteten falder fortsat med omkring et par procent om året. For tiden er ca. en af hver 25'ende unge mand ufrugtbar eller næsten ufrugtbar i Danmark. Fire ud af ti mænd har så dår lig sæd, at de kan få problemer med at få børn. Og den danske mands sædkvalitet er nu i gennemsnit så dårlig, at nedsat frugtbarhed er blevet et almindeligt problem.
- Medfødte misdannelser i drenges kønsorganer, som er et stigende problem, hvor nu så mange som næsten hver tiende dreng fødes med misdannelser.

Der ud over er der en række andre mandlige biologiske problemstillinger, fx mænds seksuelle problemer, der ofte er af både psykologisk, social og livsstilsmæssig oprindelse. Bl.a. kan følgesygdomme af overvægt, rygning og prostataforstørrelse og effekter af prostataoperationer kan være medvirkende årsager rejsningsproblemer.

Manden som køn i sundhed og sygdomme er således, også når vi tager et biologisk udgangspunkt, tæt forbundet med kulturelle, sociale og psykologiske forhold.

Forskelle i levetid

Når man taler om mænds og kvinders sundhed, er det imidlertid ofte først og fremmest spørgsmålet om forskelle i levetid, der fremhæves. I dag ser vi overalt i Europa og andre industrialiserede lande, at mænd lever fra 8 til 4 år kortere end kvinder (White & Cash 2004). Inddrager vi regionale forskelle er mænds levetid markant lavere. Fx er gennemsnittet for kvinders middellevetid i Sverige 82 år og for mænd 77,5 år, mens mænds middellevetid i Rusland er ca. 60 år og kvinders ca. 72 år.

I de enkelte lande, også i Danmark, findes den laveste dødelighed for mænd blandt overordnede funktionærer og den højeste dødelighed blandt ikke-faglærte arbejdere. For kvinder er dødeligheden lavest blandt funktionærer på mellemniveau og højest blandt ikke-faglærte arbejdere (Diderichsen 2004).

Men hvad er det, mænd dør tidligere af? Som vist af White & Cash (2004) har mænd en højere forekomst af visse sygdomme og af ulykker generelt. Samti-

dig har mænd en højere dødelighed af en lang række sygdomme, fx hjerte-karsygdomme, blodtryk, kræftsygdomme, selvmord, ulykker, leversygdomme m.fl. Ser vi fx på kræftsygdomme, viser den nyeste opgørelse for Europa, at den gennemsnitlige overlevelsesrate for de vigtigste kræftsygdomme, at mænds overlevelse er 47,3 % mens kvinders er 55,8 % (Verdecchia, Francisci, Brenner, Gatta, Micheli, Mangone & Kunkler 2007).

Et andet fænomen er psykiske sygdomme, hvor dobbelt så mange mænd som kvinder begår selvmord, mens halvt så mange mænd som kvinder får diagnosen depression og behandles for depression på psykiatriske hospitaler. Op til tre gange så mange mænd som kvinder har alkohol- og stofmisbrug, som igen ofte er relateret til ulykker, vold og tidlig død. Mænds tidligere død og overdødelighed af sygdomme har årsager i arbejdsforhold, livsstil bredt forstået mv. kombineret med forskellige forhold i deres livsomstændigheder. Men det kan også have at gøre med mænds forhold til at identificere og reagere på sygdomssymptomer og til at søge hjælp.

Mænds forhold til sundhed og sygdom

Ved siden af, at mænds sygdomsmønstre og dødelighed er præget af, at mænd har mere 'risk taking' adfærd og mere farligt arbejde, er der også en risikoadfærd hos mænd, der består i, at mænd ofte reagerer senere på sygdomstegn. Derfor kommer de også oftere for sent til læge og behandling, og også derfor har mænd en større dødelighed. Det gælder fx melanomer ('modermærkekræft'), der har en 10- 20 procents hyppigere forekomst hos kvinder end hos mænd. Men paradoksalt nok har mænd en næsten dobbelt så høj dødelighed af modermærkekræft. Det er vist (Juel, Sørensen & Brønnum-Hansen 2006), at kvinder generelt har langt flere kontakter til praktiserende læge end mænd vedrørende alle mulige forhold. Til gengæld fylder mændene op i hospitalssengene, hvilket gælder for næsten alle aldersgrupper, men specielt efter 50-års-alderen. Kvinder har 17 pct. færre indlæggelser end mænd, når man fraregner indlæggelse i forbindelse med graviditet og fødsler og kvindespecifikke sygdomme.

Der er mange årsager til, at mænd er underforbrugere af primærsektoren og af forebyggende tiltag, og at de har en dårligere pasning af al behandling. Blandt dem er forskelle i måder at forholde sig til at søge hjælp på. Som beskrevet af denne forfatter (Madsen 2006) har mænd blandt andet følgende barrierer i forhold til at søge hjælp:

- Behov for selvbestemmelse og autonomi - herunder bl.a. modstand imod at blive kontrolleret af andre, ønske om selv at tage beslutninger, angst for at være svag.
- Tendenser til at bagatellisere problemer - herunder bl.a. både en modstand imod at 'overreagere', en trang til at fornægte problemer og en optimistisk forestilling om, at problemer nok skal gå over efterhånden.
- Ønske om privathed - herunder bl.a. ønske om en vis afstand til andre, ulyst til at andre skal kende til ens problemer, ubehag ved at andre rører ved én.
- Behov for at have kontrol over følelser - herunder bl.a. ubehag ved at vise følelser, svaghed, angst mv.
- Barrierer i dagliglivet - herunder bl.a. arbejdstider, arbejdspladskultur, ukendskab til hjælpesystemer mv.

Det ser altså ud til, at væsentlige årsager til forskelle i sygdomme og dødelighed er at finde i mænds livsstil, i mænds adfærd og i mænds manglende udnyttelse af de muligheder, som samfund og sundhedsvæsen tilbyder vedrørende forebyggelse, tidlig opsporing og behandling.

Mandens møde med hospital og sundhedsvæsen - bliver han forstået?

Men det er nok så vigtigt også at ind-

drage sundhedsvæsnets måde at møde manden på. Eksempler fra Danmark, hvor det forhold er blevet undersøgt, er bl.a. vedrørende mænd med kræft i Kræftens Bekæmpelses studier heraf (Ølgod 1999; Agger 2002) og vedrørende mænd og overvægt, hvor en undersøgelse ved Rigshospitalsforskerne Hanne Olsen og Svend Aage Madsen (2006) fandt, at overvægtige mænd ikke ser deres læge eller sundhedsvæsnet som mulige hjælpere i at løse deres overvægtsproblemer. Internationalt har forskere i Storbritannien lavet undersøgelser, der påpeger, at mænd kunne profitere bedre af arbejdspladsbaserede end af hospitals- eller lægepraksis-baserede sundheds kampagner, fx i forhold til prostatakræft (Dolan et al. 2005).

Det er dog stadig alt for lidt udforsket. Men meget peger på, at der er behov for at udvikle kommunikationsformer for sundhed og sygdom i den praktiske hverdag såvel som i kampagner og medier, som i højere grad tager udgangspunkt i mænds behov. Det kan bl.a. ses vedrørende mænd som fædre i sundhedsvæsnet, der er blevet undersøgt i Rigshospitalets program for fædreforskning. Her fandt vi (Madsen, Munck & Tolstrup, 1999), at det store flertal af mænd deltager aktivt i konsultationer hos læger og jordemødre selvom, 1) de ikke oplevede, at de var inviterede, 2) de ofte oplevede, at der ikke blev talt til dem, og 3) der ofte ikke var noget i disse konsultationer, der handlede om at blive far. Det blev vist, at der intet indgår vedrørende betjeningen af fædrene i de officielle retningslinjer for svangre- og fødselsomsorgen, ligesom fædrene ikke kunne være sammen med mødre og børn på barselsafdelinger. Det blev ligeledes påpeget, at der er behov for uddannelse af personale til bedre varetagelse af mænds behov som fædre.

Som et led i denne fædreforskning blev det også vist, at mænd kan få fødselsdepressioner, og at der i Danmark årligt er 4-5.000 mænd, der får denne lidelse 5 (Madsen & Juhl 2007). Denne type problemer er aldrig tidligere blevet anset som noget, der kan forekomme hos mænd, hvorfor mændene naturligt nok heller ikke eller sjældent er blevet identificeret med endsige behandlet for denne lidelse.

Men også på andre områder end mænd som fædre, er der modsætninger imellem mænds og kvinders oplevelser af hospitalsophold. Det viser en undersøgelse vedrørende kommunikation og dialog med og information af mænd i sundhedsvæsnet (Madsen 2007). Undersøgelsen er en analyse af resultaterne fra Patienttilfredshedsundersøgelsen i H:S er gennemført af *Enheden for Brugerundersøgelser* i Københavns Amt som en postomdelt spørgeskemaundersøgelse. I juni 2004 blev der udsendt et spørgeskema til 14.639 patienter, som i perioden januar-april 2004 var indlagt på afdelinger i H:S. Der var 6.807 patienter, der udfyldte spørgeskemaerne, hvilket giver en samlet svarprocent på 46 %. De viste gennemgående stor tilfredshed, men også at der især er behov for forbedringer på områder vedrørende information om behandling, om efterbehandling og om sygdommens konsekvenser og vedrørende kontinuitet og kontakt med personalet.

For næsten alle spørgsmål, hvor der er forskelle, er mænd mere tilfredse end kvinder. Der er i spørgsmål om

- Hvad mener du om ventetiden, fra du blev henvist til hospitalet, til du blev indlagt?
- Vidste du, hvor du kunne henvende dig med spørgsmål, efter du kom hjem?
- Hvordan synes du, at du blev informeret i de første dage, du var på afdelingen om a) behandlingsansvar b) forløb, c) behandling
- Hvordan oplevede du muligheden for at tale med en læge om din behandling, når du havde behov for det, mens

du var indlagt?

- I hvilken grad oplevede du, at lægerne lyttede til din egen beskrivelse af din sygdom?
- Hvordan oplevede du muligheden for at tale med en sygeplejerske om din pleje, når du havde behov for det, mens du var indlagt?
- I hvilken grad oplevede du, at plejepersonalet var lydhør over for dine behov?
- I hvilket omfang inddrog afdelingens personale dig i de beslutninger, der skulle træffes om din behandling og pleje?
- I hvilken grad har du tillid til, at du har fået den rette lægelige behandling?
- Var du tryg eller utryg ved at skulle hjem fra sygehuset?
- Hvad er dit samlede indtryk af indlæggelsen på sygehuset?

Fordelingen i svar ses af *Tabel 1*.

Der er naturligvis mange variationer og forskelle imellem afdelinger. Men det gennemgående billede er, som det fremgår af tabellen: At mændene er mere tilfredse end kvinderne. Eller man kan sige, at mænd er mindre utilfredse. Selvom man kunne mene, at det er dem, der har mest grund til at være utilfredse, set ud fra at det er dem, der får det dårligste udbytte målt på dødelighed og overlevelse af de sygdomme, de behandles for.

Et tilsvarende forhold ser vi i undersøgelser af mænd og kræftbehandling, hvor der er en del forskelle i mænds og kvinders oplevelser af kræftbehand-lingen i Danmark. Det viser en analyse (Madsen 2007), hvor kommunikation og dialog med mænd i sundhedsvæsnet er i centrum. Analysen er foretaget i tallene fra undersøgelsen *Kræftpatientens verden - En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for*, gennemført af Kræftens Bekæmpelse ved Mogens Grønvold m.fl. (Grønvold2006). I denne undersøgelse har man kigget på

Tabel 1:

Svar fra Mænd og Kvinder: Utilfredshed med hospitalsophold

	Kvinder %	Mænd %
3. Utilfredshed med ventetid	35	31
5a. Utilfredshed med information om behandlingsansvar	11	9
5b. Utilfredshed med information om forløb	19	14
5c. Utilfredshed med information om behandling	17	13
6. Utilfredshed med mulighed for at tale med læge	23	19
7. Utilfredshed med lægens lydhørhed	12	10
8. Utilfredshed med mulighed for at komme til at tale med sygeplejerske	11	6
9. Utilfredshed med lydhørhed fra plejepersonale	10	6
11. Utilfredshed med manglende inddragelse i beslutninger	17	13
24. Manglende tillid til behandling	8	6
26. Oplevede sig dårligt informeret om efterforløb	17	14
29. Utryghed ved udskrivelse	17	10
32. Dårligt samlet indtryk af indlæggelsesforløb	10	7

en lang række forhold i kræftpatientens verden. Vi har her fokuseret på svar fra mænd og kvinder, der i undersøgelsen har fået bedømmelsen 'et problem', set fra henholdsvis de deltagende mænds og kvinders synspunkt, se Tabel 2.

Tabel 2

0områder hvor kvinder og mænd er forskellige med hensyn til utilfredshed med behandlingen

	Kvinder %	Mænd %
Ventetid på behandling	16	12
Vejledning ifm.behandling	17	13
Vejledning under behandling	17	11
Angst	31	19
Nedtrykthed	30	21
Lymfødem	19	8
Inkontinens	10	8
Vægtstigning	20	9
Vejledning ift.symptomer	17	14
Generende ventetid på hosp.	27	19
For mange læger	14	8
For mange sygeplejersker	6	3
Tvivl om sygdom og beh.	12	7
Sygeplejerskernes kommunikation	5	3
Personalets interesse	10	4
Personalets interesse liv/død	15	10
Set som individ	17	13
Menneskelig omsorg	2	0
Vejledning alternativ beh.	19	13
Ej drøftet alt. Behandling	19	13
Tilbud om prak.hjælp	34	17
Interesse for pårørende	37	28
Vejledning pårørende	12	9
Manglende kontrol	25	16
Ventetid forværret sygdom	7	10
Tilbud om genoptræning	37	43
Mindre lyst til sex	31	39
Sjældnere sex.samvær	35	44
Smag- og lugtesans	15	18
Synkebesvær	6	15
Vægttab	12	22
Info om hjælp	22	26
Kontakt andre patienter	34	38
Sygdomsforståelse kolleger	7	9
Forbedret livskvalitet	36	41

På de områder, hvor der er signifikante forskelle i mænds og kvinders opfattelser af det behandlingsforløb, de er eller har været ude for, ses for det første, at hvor der er forskelle, er det i dobbelt så mange forhold, at kvinder er mest utilfredse. For det andet er de områder, hvor kvinder og mænd er utilfredse forskellige. Det giver anledning til overvejelser over, hvordan patienter fremover bedre kan betjenes, hvis deres køn tages i betragtning.

På de områder, hvor der er signifikante forskelle i mænds og kvinders opfattelser af det behandlingsforløb, de er eller har været ude for ses, at: 1) Kvinder er utilfredse i flere end tre gange så mange forhold, når man fraregner fysiske gener (inkl. fysiske gener er det dobbelt så mange). 2) De områder, hvor kvinder og mænd er utilfredse, er forskellige. Begge dele giver anledning til overvejelser over, hvordan patienter fremover bedre kan betjenes, hvis deres køn tages i betragtning. Af tallene kan vi se, at hvor kvinder er hyppigst utilfredse med forhold vedrørende kommunikation, vejledning, støtte, rådgivning, kontakt med personale mv. er mænd hyppigst utilfredse, når det gælder emner som sygdommens betydning for livskvaliteten, genoptræning, kontakt med andre patienter, kollegernes forståelse for sygdommen og dens konsekvenser, information om hjælp uden for hospitalet.

Når det gælder hospitalerne, ser det ud som om kvinderne søger indflydelse og sætter dagsordenen i langt højere grad end mændene. Men ser vi på mændenes svar, kan man sige, at det som mænd tilsyneladende har brug for kan sammenfattes til 'rehabilitering'. Mænd lægger ikke så meget vægt på behandling og sygdom, som på det der sker bagefter og uden for hospitalet. Mænd giver sig ikke i så høj grad hen i patientrollen, men fokuserer på livet efter sygdommen. Disse undersøgelser peger alle på, at der er behov for at være opmærksom på køn i sundhed og sygdomme og i sundhedsvæsnets og dets medarbejderes måder at forholde sig til patienter på.

Uddannelse i kommunikation og dialog med mænd i sundhedsvæsnet

En vigtig årsag til, at mænd ikke får tilstrækkeligt udbytte af sundhedsvæsnets tilbud er, at tilbuddene ofte ikke er tilpasset mænd. Derfor er det vigtigt også at sætte derfor fokus på, hvad sundhedsvæsnet kan gøre for at bedre mænds sundhed. Det gælder på områder som mænds adgang til sundhedsydelser, tilpasning af sundhedsydelser til mænds behov, information om sundhedstilbud etc. Og det gælder ikke mindst de sundhedsprofessionelles måder at kommunikere med manden på.

Et centralt forhold for bedring af mænds sundhed er, hvordan sundhedsvæsnet i dets mange elementer opfatter, møder og er i dialog med manden. Derfor blev der i foråret 20071, udviklet og udgivet et undervisningsprogram for "*Uddannelse af sundhedsprofessionelle i kommunikation og dialog med mænd*" (Olsen, Gram & Madsen 2007) beregnet for uddannelsesforløb, seminarer, kurser osv. som kan anvendes på hospitaler, i sundhedscentre, i privat praksis, i ældreplejen, i psykiatrien mv. Målgrupperne er alle sundhedsprofessionelle, der kommer i dialog med manden om sundhed og sygdomme. I uddannelsesprogrammet er der emner som:

- Mænds sundhed og sygdomme
- Mænds sundheds- og sygdomspsykologi
- Mænd og seksualitet
- At samtale med mænd om overvægt og livsstil
- Mødet og samtalen med den deprimerede, ældre mand
- Mænd i kræftrehabilitering
- Dialog med mænd med psykiske problemer
- Mødet med mænd som fædre

- Spillet mellem mænd og kvinder i sundhedskommunikation

Det er emner, der har at gøre med køn, og hvordan sundhedsvæsnet og de sundhedsprofessionelle møder manden som patient og i forebyggende sammenhænge. Det er emner, der stort set har været fraværende i uddannelserne. Forskningsresultater peger på, at der kan opnås mange fremskridt ved også at lægge et kønsperspektiv på kommunikation og dialog i sundhedsvæsnet.

Afslutning
Når det er vigtig at se manden som køn i sundhedsvæsnet, er det fordi:

- Mænds forventede levetid verden over og også i Danmark er unødvendig lav, og for mange mænd dør for unge af årsager, som kunne forebygges
- Antallet af tilfælde af sygdomme, der er specifikke for mænd (især prostata- og testikel-kræft) stiger hurtigt
- Mænd har en særlig høj dødelighed af en række sygdomme og af ulykker
- Mænd har en høj rate af selvmord, samtidig med at mænds psykiske problemer er underbehandlet
- Sundhedsvæsenet har ikke altid opfyldt mænds særlige behov i forhold til sundhed og sygdomme

Derfor kan man også sige, at det at se mandens særlige behov bør stå centralt, hvis man vil bedre kvaliteten i sundhedsvæsnet. Overordnet kan det konstateres, at der i dag ikke findes nogen officiel politik for at gøre en særlig indsats for mænds sundhed, ligesom der er meget, meget få eksempler på og midler til forskning i mænds sundhed. De mangler er bestemt ikke kun et dansk fænomen. Det er europæisk og internationalt.

Det er erkendelsen heraf, der førte til udformningen af "*Wien-erklæringen om drenge og mænds sundhed i Europa*" (EMHF 2005), der er vedtaget af forskere og praktikere fra 18 europæiske lande i 2005. Erklæringen opfordrer politikere og sundhedsvæsner til at: "Anerkende mænds sundhed som et særskilt og væsentligt problem; Udvikle en bedre forståelse for mænds indstillinger til sundhed; Investere i tilgange til sundhedsydelser, der er følsomme overfor det maskuline; Igangsætte sundhedsprojekter for drenge og unge mænd i skole- og samfundsregi og udvikle en tværgående sundheds- og socialpolitik der fremmer mænds sundhed" (EMHF 2005). Her betyder udtrykket 'sundhed' både fysisk og mental sundhed.

Det er en erklæring, der indtil nu har opnået opbakning fra mange sider. Men der ligger et stor forsknings- og udviklingsarbejde foran, før man når blot lidt i den retning, den peger på.

Referencer:

Agger, N P 2002 "Mænd", i: B. A. Esbensen (red.) *Mennesker med kræft - sygepleje i et tværfagligt perspektiv*. Munksgaard, København.

Christensen, Kaare, Christian Graugaard, Hans Bonde, Jørn Wulff-Helge. & Svend Aage Madsen 2006, *Kend din krop, mand*. Aschehoug, København.

Diderichsen, Finn 2004. "*Social ulighed i sundhed - kan den kureres*". Oplæg på KL's Sociale temamøde Ålborg 18. Maj: http://www.kl.dk/data/1186716/32461.ppt#14

Dolan, Alan, Victoria Staples, Sylvie Summer og Gillian Lewando, 2005. "*You ain't going to say...I've got a problem down there*": workplace-based prostate health promotion with men'. *Health Education Research,* 20(6), pp. 730-738.

EMHF 2005, The Vienna declaration on the health of men and boys in Europe. *The Journal of Men's Health & Gender*, Volume 2, Issue 4, pp. 446-447.

Institut for Folkesundhedsvidenskab (2007) - *Hjemmeside for Afdeling for Medicinsk Kvinde- og Kønsforskning:* http://www.pubhealth.ku.dk/mkk/

Juel, Knud, Jan Sørensen og Henrik Brønnum-Hansen 2006) *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, Statens Institut for Folkesundhed (SIF), København.

Madsen, Svend Aage 2006, '*Mænd og sind*', i: Christensen, Kaare, Christian Graugaard, Hans Bonde, Jørn Wulff-Helge og Svend Aage Madsen (red.) *Kend din krop, mand*. Aschehoug, København.

Madsen, S.Aa. (2007) *Men's special needs and attitudes as patients*. Int Journ Men's Health & Gender. Vol 4 Issue 3, Sept, 361-362.

Madsen, S.Aa. & Juhl, T. (2007). *Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales*. Int Journ Men's Health & Gender. Vol 4 Issue I, March, 26-31.

Madsen, Svend Aage, Hanne Munck og Marianne Tolstrup 1999, *Fædre og fødsler*. Frydenlund Grafisk, København.

Olsen, Hanne og Svend Aage Madsen 2006, *Den mandlige patient og lægesamtalen om overvægt*. Månedsskrift for praktisk lægegerning, Maj 2006, 84, 543-550.

Olsen, H., Gram, J. & Madsen, S.Aa. (2007) *Uddannelse af sundhedsprofessionelle i kommunikation og dialog med mænd*. Kompendium med fokus på mænds sundhed og sygdomme. Udgivet af Dansk Sygeplejeråd i samarbejde med Rigshospitalet, Sundhedsstyrelsen, 3F Fagligt Fælles Forbund og Selskab for Mænds Sundhed. København: Dansk Sygeplejeråd.

Schei, Berit, Grete Botten og Johanne Sundby (red.) (1993) *Kvinnemedisin*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Sundar, Tom 2000, *Kvinnehelse i faglig klemme?* Interview med Berit Schei i: Tidsskr Nor Lægeforen 120, pp. 866-7.

Verdecchia, A., Francisci, S., Brenner, H., Gatta, G., Micheli, A., Mangone L. & Kunkler, I. (2007) *Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCARE-4 data*. The Lancet Oncology, Volume 8, Issue 9, September, p. 784-796.

White, Alan 2004, '"*Men's Health*"*in the 21st Century*'. International Journal of Men's Health 5(1), pp. 1-17.

(Fodnoter)

1) I forbindelse med Men's Health Week 2007. Se mere herom og om Selskab for Mænds Sundhed på: www. sundmand.dk

Forskning i mænds sundhed og sygdom – et kritisk kvalitativt konstruktivistisk blik

Af Simon Sjørup Simonsen, ph.d.

I denne artikel præsenteres specifikt udvalgt litteratur og teorier der relaterer sig til sammenkædning af maskulinitet, sundhed og sygdom. Der præsenteres en række forskellige koblinger og forståelser af maskulinitet, sundhed og sygdom.

Der findes ikke en lang tradition eller en større pulje af litteratur der beskæftiger sig med hvordan mænds sundhed og sygdom undersøges. I stedet findes der en række bidrag, undersøgelser og sammenkædninger af mænd, sygdom og sundhed som inkluderer en sådan fokus.

I det følgende beskrives og diskuteres Rolle-forskningen, Type A-forskningen, den kvalitative forskning og den konstruktivistiske forskning, men allerførst skal vi se på den biologiske forskning1.

1. Biologisk forskning

Forskningen i mænds (og kvinders) sundhed er præget af såvel biologiske (herunder blandt andet genetiske og fysiologiske) og sociale (blandt andet human- og samfundsvidenskabelige) forklaringer. Selvom det ikke ligger inden for denne artikels formål, kan det være oplysende kort at opsummere nogle af de biologiske teorier om forskelle der menes at have betydning. Ydermere peger disse forskningsresultater på forskelle mellem mænd og kvinder, der kan have betydning for deres erfaring med sundhed og sygdom.

Sebastian Kraemer har argumenteret[2] for at mænd er mere biologisk skrøbelige end kvinder allerede fra befrugtningen. Er kvinden stresset omkring befrugtningstidspunktet bliver dette forbundet med en reduktion i mandlige embryoner, og ifølge Kraemer skulle de mandlige embryoner være udsat for en større risiko for død eller tilskadekomst end de kvindelige embryoner ved næsten alle obstetriske problemer (perinatal hjerneskade, cerebral palsi, deformering af genitalier og for tidlig fødsel). Selvom der ved befrugtningen, skriver han, er ca. 120 mandlige embryoner pr. 100 kvindelige embryoner, så er der ved fødslen kun ca. 105 mandlige embryoner, pr. 100 kvindelige embryoner, tilbage[3].

Castagnett et al har i et dyreforsøg[4] vist at kvindelige kønshormoner forværrer autoimmune sygdomme, mens mandlige kønshormoner hæmmer sygdommene, men et forsøg på mennesker har ikke påvist nogen effekt[5].

Peterson[6] har påpeget at mænd og kvinder har en forskellig sammensætningen af serum-kolesterol og at kvindernes sammensætning giver dem en større beskyttelse mod hjertekarsygdomme. Pollard[7] har argumenteret på lignende vis, med udgangspunkt i det kvindelige kønshormon østrogen, hvilket også skulle forklare hvorfor kvinder efter menopausen får en større tendens til hjertekarsygdomme.

Christensen[8] har påpeget generne - særligt x-kromosomets - mulige påvirkning. Med udgangspunkt i vores genetiske konstitution hvor kvinden har et X-kromosom fra sin mor og et fra sin far - hvorimod manden kun har et fra sin mor, argumenterer Christensen at kvinder derfor har to chancer for at have et godt X-kromosom, hvorimod mænd kun har en chance. En undersøgelse[9] af enæggede tvillinger viser netop at de tvil-

lingepar der bliver meget gamle har den samme "gode" cellelinie tilbage sent i livet.

2. Rolle-forskningen

I udforskningen af sammenhængen mellem mænd, sundhed og sygdom har såvel psykologisk og statistisk forskning baseret sig på et såkaldt rollebegreb givet en række bidrag til udforskningen af mænds sundhed og sygdom.

Harrison, Chins og Ficarrotto har i artiklen: "*Warning: Masculinity may be dangerous to your health*"[10] argumenteret for at mænds højere dødelighed hænger sammen med mænds kønsrolle. De definerer den mandlige kønsrolle således:

1. No Sissy Stuff: the need to be different from women.
2. The Big Wheel: the need to be superior to others.
3. The Sturdy Oak: the need to be independent and self-reliant.
4. *Give 'Em Hell: the need to be more powerful than others, through violence if necessary*[11]

De opfatter mænd og kvinders behov som identiske, men mænds kønsrolle kræver at de ikke kommunikerer og at de konkurrerer og vurderer deres liv ud fra ydre succeskriterier i stedet for følelser.

Ingrid Waldron[12] og Judith Stillion[13] har på en lignende måde argumenteret for at de typiske dødsårsager for mænd (hjertekarsygdom, kræft og ulykker for unge mænd) er årsager hvor psykologiske, sociale og adfærdsmæssige forhold bidrager til mænds større dødelighed. Waldron har argumenteret[14] for at ¾ af forskellen i middellevetid mellem mænd og kvinder kan tilskrives mænds kønsrollebundne adfærd, fordi det giver dem en større dødelighed. Waldron skriver:

Males' higher mortality is due in large part to gender differences in health behaviour (for example, males higher rates of cigarette smoking and heavy drinking) and biological factors (for ex-ample, effects of sex hormones on ischaemic heart disease risk).[15]

For Waldron findes den sociale forklaring i såkaldte "*gender roles*"[16] som ikke kønsteoretisk defineres nærmere, men kobles på en større statistisk model.

Endnu et eksempel på denne rolleforskning finder vi hos Lee og Owens i: "*The Psychology of Men's Health*"[17]. Her er det ikke en statistisk argumentation, men psykologisk forklaring der anvendes. De har undersøgt hvad de kalder traditionel maskulinitet, og hvordan denne form for maskulinitet begrænser mænds livsvalg og påvirker deres sundhed. Deres opfattelse af problematikken kan illustreres ved følgende citat:

Sociocultural forces encourage men to engage in stereotypically masculine behavior in order to differentiate themselves as much as possible from women, and the resources which men and boys use to enact gender are largely unhealthy. Thus, the causes of gender differences in health behaviour arise from men being socialized to disregard knowledge about healthy lifestyles and to choose harmful behaviours, as one way of acting out the male script, while women are socialized to be cautious with their own health and protective of the health of others.[18]

Begrebet "*male script*" indikerer at der også her er tale om et rollebegreb. Mændenes valg skulle ifølge Lee's og Owen's "*script*"-forståelse være styret af den sociale sammenhæng, der sætter økonomisk produktivitet over positive og meningsfulde relationer til andre mennesker[19].

De skriver at de maskuline stereotyper "*disempower*" [20] mænd og at disse stereotyper angiveligt skulle reducere mænds evne til at leve et langt og sundt liv. Lee og Owens konklusion: at mænd bliver "*disempower*"et, står i kontrast til den mulighed at mænd kan vinde magt ved at indgå i usunde adfærdsformer og

ved at antage negative sundhedsopfattelser.

Harrison, Chins, Ficarrotto, Stillion, Waldron, Lee og Owens opererer alle med en form for fikseret maskulinitet. Denne fikserede maskulinitet beskrives som "*rolle*" eller "*kønsrolle*" og forstås som en allerede installeret eller indsocialiseret størrelse som maskuliniteten således udspringer af. Rollebegrebet med dets fokus på de maskuline normative forventninger er deterministisk i den forstand at rollen allerede er skabt. Rollebegrebet lægger ikke op til at give indsigt i de magt forskydninger og kompleksiteter som maskuliniteten gennemgår og forandres i. Mænd bliver opfattet som mere eller mindre passive ofre for en situation eller socialisering som de ikke har nogen andel i. Det gør denne forskning særdeles deterministisk.

Indenfor denne tradition tolkes mænds handlinger på grundlag af rolleidentiteter eller psykologiske impulser eller træk - i modsætning til en forståelse hvor maskuliniteten er baseret på de begreber om maskulinitet de henter fra kulturen. Der kan være en tendens til at denne rolleforskning anskuer mænd som en slags "*strukturrobotter*" uden at kunne se mændenes kobling af sundhed, sygdom og maskulinitet som meningsgivende, når deres handlinger ses i et bredere perspektiv. En implikation af rollebegrebet er at individerne (mændene) forudsættes at besidde en ikke udfoldet rationalitet (eller simpelthen mangler rationalitet), idet forskningen ikke kan redegøre tilstrækkeligt for individernes (mænds) bevæggrunde. Sagt på en anden måde så er der en tendens til at mænd fremstår som idioter i denne forskning.

3. "Type A"-forskningen

Maskulinitet er også blevet forbundet med sundhed på en anden måde end ved ovennævnte rollebegreb. Indenfor hjerte-kar forskningen er det især sket via "type-A" teorierne. Maskulinitet defineres her ved såkaldt fjendtlige og konkurrerende opfattelser af socialitet. Denne opfattelse er især blevet fremført af Vicki S. Helgeson[21], men også B. R. Strickland er nået frem til lignende resultater der peger på at mænd håndterer stress ved uafhængig og aggressiv adfærd, hvilket - ifølge analysen - resulterer i at flere mænd får hjertesygdomme.[22]

Helgeson mener at mænd håndterer stress ved uafhængig og aggressiv adfærd, herunder rygning og alkoholmisbrug:

For example, traditionally masculine behaviors such as smoking and drinking have been linked to heart disease.[23]

Hun fortsætter med at beskrive hvordan aspekter af maskulinitet overlapper med aspekter af såkaldt "type A"-adfærd som er forbundet med hjertekarsygdom. Hun mener at traditionel maskulinitet ikke kun udsætter mænd for fare, men også forværrer den måde de håndterer sygdommen. Hun skriver:

Specifically, men's unwillingness to rely on others for assistance and inability to express emotions may pose obstacles for successful adjustment to heart disease.[24]

Den kritik der blev rettet mod rollebegrebsforskningen kan også rettes mod Helgeson. Man kan hævde at "type A"-adfærd er et rollebegreb med en noget mere teknisk klingende betegnelse, idet der også her fokuseres på en allerede installeret maskulinitet - og ikke på hvordan denne konstant må genskabes som svar på den situation mænd befinder sig i, og der fokuserer ikke på den dynamik som de indgår i.

Helgeson er inspireret af kardiologerne Friedman og Rosenman[25] der udviklede teorien om den såkaldte "type A"-adfærd som fremmer hjertesygdom. Denne adfærd beskrives som aggressiv, fjendtlig, socialt konkurrerende og tidspresset. Friedman og Rosenman så denne adfærd som klassisk maskulin. "Type B"-

adfærden var derimod karakteriseret ved en rolig og afslappet livsstil og blev forbundet med kvindelige karakteristika. Flere forskere har taget denne teori til sig og siden har Friedman og Rosenman selv og mange andres undersøgelser peget på at personer med "type-A"-adfærd har en større statistisk risiko for hjerteinfarkt. Det interessante ved teorien er at den sætter fokus på vores adfærd i forhold til sundhed og sygdom, og at den gør det med et kønsperspektiv - selvom dette kønsperspektiv ligger "skjult" under overfladen.

Rosenman, Friedman et al undersøgte[26] 3000 sunde midaldrende mænd med henblik på sammenhængen mellem type A-adfærd og hjertesygdom. Deltagerne blev interviewet på en sådan måde at deres typetilhørsforhold kunne afgøres. Deres besvarelse af spørgsmålene, men også deres måde at deltage i selve interviewet på, var afgørende for typologiseringen. De blev således også inddelt i de to grupper. Nogle af kriterierne for denne gruppe inddeling var bl.a. om de talte højt og ikke ventede til det blev deres tur til at tale. Type A-deltagerne blev beskrevet som fjendtlige og afstedkom episoder med stor følelsesmæssig intensitet, hvorimod type B-deltagerne blev beskrevet som afslappede og talte langsomt og ofte smilede. Disse mænd blev studeret i 8.5 år, og igennem den periode havde type A-deltagerne dobbelt så mange slagtilfælde og andre hjerteproblemer som type B-deltagerne.

Teorien har senere fået en lang række udformninger og forskelligartede udtryk, som det vil være for omfattende at komme ind på her, og samtidigt er området præget af en vis begrebsmæssig kompleksitet. Som Thoreson og Powell udtrykker det: "*conceptual development in Type A behavior is in urgent need of help*"[27]. Samtidig er det blevet argumenteret at "type-b"-adfærden tværtimod fremmer dødeligheden, idet en række analyser har vist modsatrettede konklusioner. Bl.a. har Cohn, Ardjoen og Swepersad[28] lavet en gennemgang af ti undersøgelser der indeholder "type a"-adfærdsanalyser i relation til kardiologiske problemer, der støtter den modsatrettede tese at det er "type B"-adfærd der fører til en højere dødelighed. Dette kunne tyde på at den direkte relation mellem "type-a"-adfærd og mænds sundhed ikke er simpel.

Helgeson har i et tidligere arbejde[29] undersøgt effekten af mænds personlighed (personality) på deres sundhedsadfærd og sociale relationer. Undersøgelsen er foretaget på 70 mænd og 20 kvinder (som sammenligningsgrundlag) med hjerteproblemer (myokardial infarkt) hvor fokus var på personens tidligere sundhedsadfærd, situationen omkring brystsmerterne og hospitaliseringen. Der anvendtes flere forskellige metoder herunder psykometriske tests. Konklusionen på undersøgelsen var at patienter som praktiserede en god sundhedsadfærd ofte var kvinder og havde en veludviklet empati. Hvorimod de negative aspekter ved maskulinitet blev relateret til ikke at søge hjælp. Hun skriver:

Patients who scored higher on negative masculinity and lower on positive femininity also scored higher on a measure of type A personality.[30]

Helgeson - som bygger videre på Friedman og Rosenman - kobler maskulinitet, sundhed og sygdom på en måde så det har visse træk til fælles med rolleforskningens karakteristik af de negative elementer i maskuliniteten.

Der findes en omfattende mængde international litteratur inden for dette felt, og hvorfor den ikke skal vies særlig opmærksomhed vil jeg argumentere for i det følgende. Som inden for så mange andre videnskabelige områder er der strid omkring hvilken status forskellige teorier har. Professor i psykologi ved Københavns Universitet Peter Elsass skriver som en kommentar til diskusfattelse at kvinderne var lettere og mere relevante at interviewe fordi - har argu-

mentet været - kvinder er kilden til sygeomsorgen i familien34. Det skyldes også at et led i de sidste 30 års samfundsudvikling indebar, at en række undersøgelser blev motiveret på baggrund af fraværet af kvinder i den medicinske optik for begge ender af kikkerten. Men der findes dog en mindre pulje af litteratur.

Der er foretaget en række kvalitative undersøgelser af mænds sundhed og sygdom i relation til hjertekar sygdom. Johnson & Morse[35] interviewede 14 personer (7 mænd og 6 kvinder) baseret på grounded theory. Interviewdeltagerne som var canadiere havde alle haft slagtilfælde og fandt at interviewdeltagerne forsøgte at genoprette kontrol og at specielt mændene forsøgte at genoprette denne kontrol ved at udføre selvopfattede maskuline opgaver som fx at skovle sne.

Ford[36] anvendte en fænomenologisk-hermeneutisk metode til at interviewe 7 canadiske mænd to år efter deres slagtilfælde. Interviewene handlede om deres erfaring med at få et slagtilfælde. Hendes valg af mænd skyldes det store antal mænd der får slagtilfælde. Hendes undersøgelse peger på at mændene ser på deres kroppe som funktionalitetsobjekter og går fra ikke at bemærke deres kroppe til at se på dem med opmærksomhed.

Levy[37] har anvendt en fænomenologisk metode til at undersøge mænds erfaring med slagtilfælde. Hun interviewede 28 engelske mænd efter at de var udskrevet og fokuserede på deres beskrivelse af hvad der var sket, og hvad de kunne gøre for at komme på fode igen. Hendes overordnede fund er at mændenes erfaring med slagtilfælde er at de opfattede sig som at de mistede "vital energy"[38]. De skulle ifølge Levy forsøge narrativt at re-normalisere deres situation.

Denne ovennævnte form for litteratur der kombinerer erfaring med hjertekarsygdom hos mænd eksemplificeret ved Johnson, Morse, Ford og Levy, bibringer os viden om vores reaktioner i forbindelse med hjertekarsygdom og især vores reaktionsstrategier. Fokus er på hvad man kan kalde kriseperspektivet i den forstand at det er mændenes erfaringer omkring sygdom, sygdomsforløb og reaktionerne på sygdommen. Hverdagsomgangen med sygdom spiller ingen eller en mindre rolle. Samtidigt spiller analysen af maskuliniteten en underordnet rolle. Grunden til at mænd er i fokus er at i de pågældende befolkninger disse forskere forholder sig til, har mange mænd hjertekarsygdomme. Maskuliniteten som teoretisk størrelse spiller ingen rolle.

Et studie fra denne tradition skiller sig dog delvis ud. Det drejer sig om Allan White's: "*Men making sense of their chest pain*"[39] baseret på grounded theory. Her har han interviewet 25 engelske mænd. Hans afhandling studerer reaktionen af hospitaliserede mænd med akut bryststmerte. Fokus er i udgangspunktet som i de tidligere nævnte studier at se på hvilke erfaringer mænd har med bryststmerter. Undersøgelsen handler om hvorledes mænd erfarer denne større forandring i deres helbred og de processer de må gå igennem fra at være raske til hospitaliseringen og til udskrivelsen.

White's undersøgelse peger på at mændene gik gennem en proces hvor de erfarede at miste kontrol igennem forløbet. For nogle var dette en lettelse, men for andre var det et problem at acceptere den eksterne hjælp. Begge grupper følte sig kontrolleret af et såkaldt "*cardic regime*", men efter den første behandling begyndte mændene at få en oplevelse af kontrol igen. Disse iagttagelser ligger i forlængelse af den ovennævnte tradition i den forstand at det handler om de individuelle coping stategier. Det der adskiller ham er at han inddrager kønsaspektet, således at det får en større plads i analysen. Han argumenterer for at mændenes reaktioner også hænger sammen med den måde mænd er socialiserede i forhold til deres sundhed og

kroppe. Det sker igennem en proces hvor mændene føler sig overvåget (watched) ikke bare af klinikerne, men også af venner, familie og deres arbejdsplads[40].

Der findes også en dansk undersøgelse med fokus på hjertekarsygdom der er blevet foretaget af cand.comm. Lucette Meillier i ph.d.-afhandlingen: *Sundhedsoplysning og forandring. Mænd, oplysning og forandring af sundhedsvaner*[41]. Hun har foretaget en analyse af 40-årige mænds motiver for ændring af sundhedsvaner og brug af sundhedsoplysning. Baseret på spørgeskemadata og interview har hun været interesseret i at udforme en formidlingsstrategi til mænd om forebyggelse af hjertesygdom. Meillier er fortrinsvis interesseret i afsender/modtagerproblematikker, og mændene analyseres i højere grad som kommunikationsdeltagere end som personer med en kønsidentitet. Hun afdækker dog nogle maskulinitetskonstruktioner i forhold til reaktioner på sundhedsoplysende materiale. Fx skulle bogligt uddannede mænd - ifølge Meillier[42] - være negative overfor sundhedsoplysning, hvorimod mænd med en håndværksmæssig uddannelse hverken er negative eller positive. Men hendes afhandling har ikke hovedfokus på analysen af mændene som konstruktører af en maskulinitet, sygdom og sundhed - de er først og fremmest mænd som er modtagere i et kommunikationssystem, og mændene er også her valgt på grund af incidensen.

En af de undersøgelser hvor den kvalitative forskning på mænd er blevet udført uden fokus på sygdom er blevet udført af sociologen Kenneth Mullen's i bogen: *A Healthy Balance - Galsweigian men talking about health, tabacco and alcohol*[43]. Han har undersøgt hvordan mænd fra Glasgow taler om sundhed, tobak og alkohol baseret på interview med 64 mænd. Undersøgelsen beskæftiger sig især med hvordan klasser og religiøs opfattelse spiller en rolle for de deltagende mænd. Hans analyser af disse mænds alkohol- og tobaksforbrug fokuserer på "*relaxation, ambivalence, control*"[44] og ansvar.

Han inddrager sociale forhold som elementer i sine analyser af deltagernes relation til sundhed. Hans hovedforklaringsmodel hænger sammen med det han kalder den "*kapitalistiske ethos*", der er kendetegnet ved en kombination af arbejde, aktivitet og kontrol. Deltagerne forsøger at skabe en balance mellem kontrol (*control*) og afslappelse (*relaxation*) ved konsumptionen (herunder brugen af alkohol og tobak) over for produktion (arbejde, aktivitet og kontrol) - men det er svært at skabe denne balance. Han skriver:

The dichotomy between control and release seems central to lay health beliefs of Glaswegian men. On the control side we have the stress on responsibility, and this theme was associated with the world of work. There were, however, problems associated with the release side of the dichotomy; although this was associated with the world of comsumption and leisure there was little room for an easy conviviality.[45]

Han konkluderer at hovedbarrieren for at disse mænd kan blive sundere, er deres sundhedsødelæggende adfærd hvor de bruger tobak og alkohol til at slappe af.

Selvom om han hævder at "*Drinking and smoking are strong symbols of male virility and machoismo in Scottish culture*"[46], spiller analysen af maskulinitet og hvordan denne konstrueres i forhold til sygdom og sundhed ingen væsentlig rolle i hans analyse. Og hans sociale analysers fokus er på at deltagerne passivt er fanget af religiøse og klassemæssige forhold. Med hans udgangspunkt (dels metodisk og dels i ønsket om at sige noget om mænd fra et bestemt geografisk område) kommer han ikke ind i deltagernes livsverden i forhold til forbindelser mellem maskulinitet, sygdom og sundhed. Men det er heller ikke hans projekt.

To mindre, men interessante, danske undersøgelser fra foreningen Kræftens Bekæmpelse udkom i 1999. De tog begge udgangspunkt i det forhold at mænd i ringe omfang gør brug af tilbud om information og psykosocial støtte fra den pågældende forening. Dette udgangspunkt var baseret på det faktum at selvom der er næsten lige så mange mænd som kvinder der hvert år får diagnosticeret kræft, ca. 28.000 (1999), så er kun ca. hver femte af de kræftpatienter, der henvender sig til ovennævnte tilbud, mænd. Begge undersøgelser forsøger at inddrage analyser af maskulinitet selvom dette sker i begrænset omfang. Den ene af disse to undersøgelser er baseret på 81 breve, hvorimod den anden er baseret på 12 kvalitative interviews.

Den første af disse undersøgelser er lavet af cand. psych. Susanne Eilenberger Jørgensen: Mænd med kræft - en interviewundersøgelse[47], er en interviewundersøgelse af 12 mænd. Interviewene finder for flertallets vedkommende sted 2 måneder efter diagnosen og tegner ifølge Jørgensen et øjebliksbillede af, hvordan et lille antal mænd med lymfekræft, prostatakræft og testikelkræft forholder sig til deres situation. Formålet med undersøgelsen var at forsøge at afklare, om der var grundlag for at iværksætte yderligere undersøgelser på området. Jørgensen konkluderer:

Interviewmaterialet peger i retning af, at mandlige kræftpatienter reagerer temmelig ens på en række områder, f.eks. den måde, de ønsker at blive informeret om sygdommen på, og den måde, de taler om sygdommen på.[48]

Og videre:
De interviewede mænd spekulerer ikke meget over, hvorfor de er blevet syge, men beskæftiger sig hovedsagligt med, hvordan sygdommen er, hvad behandlingsmulighederne er og lignende konkrete forhold. Der er derfor grund til at antage, at mænd med kræftsygdom oplever at have større behov for en informationspræget og handlingsorienteret indsats end for en følelsesbearbejdende.[49]

Jørgensen konkluderer endvidere at et flertal af interviewpersonerne ikke ønsker at opfatte sig selv som ofre for en sygdom. Behovet for særlig omsorg, når man er syg, omtales udelukkende af de alvorligt syge mænd. Hun ser derimod en tendens til, at interviewpersonerne har behov for at leve videre som før, for så vidt som det er muligt:

Selv de meget syge mænd forsøger således at opretholde kontakten til arbejdspladsen i den periode, hvor de er sygemeldt.[50]

Selvom hun understreger at mennesker med kræftsygdom alle er forskellige og oplever deres situation forskelligt med deres egen individuelle livshistorie som sygdommen er vævet ind, så er der en række fælles træk, som vi bør tage stilling til. Hun slutter rapporten/undersøgelsen af således:

En mand, for hvem det betyder meget at være aktiv og selvhjulpen, kan ikke uden videre påtage sig en passiv "patientrolle". Og hvorfor skulle han også det? En mand, der normalt ikke tillægger det stor betydning at spekulere over tingene eller tale om sine følelser, kan ikke uden videre forventes at få dette behov, fordi han får en kræftsygdom. Forhåbentlig kan denne rapport, som bæres af interviewpersonernes egne udtalelser, være et debatoplæg i den verserende debat om temaet "mænd med kræft".[51]

Den anden undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse er lavet af sociologen Jutta Ølgod: Breve fra mænd med kræft[52] og har samme udgangspunkt som den tidligere undersøgelse, nemlig at meget få mænd henvender sig til Kræftens Bekæmpelse. Hun forsøger at undersøge hvilke ønsker mandlige kræftpatienter har til information og støtte ved at invitere dem til at skrive om hvordan de har oplevet det at få kræft. De har kunnet vælge et emne, som har været særligt vigtigt for dem eller skrive bredt og

eventuelt lade sig inspirere af en medfølgende liste med spørgsmål. Hun konkluderer at de fleste mænd i undersøgelsen får et chok over at få en kræftdiagnose, og efter chokket oplever de et følelsesmæssigt kaos. Hun skriver:

Mændene er ikke forberedte på, at de bliver så påvirkede af de stærke følelser, og de har problemer med at håndtere denne situation. De oplever, at det er meget ubehageligt at være hjælpeløs og i følelsernes vold, og de ser det som et tydeligt tegn på, at de har mistet kontrollen over deres liv og over deres egne reaktioner.[53]

I disse to mindre undersøgelser eller rapporter genfinder vi i mindre form de samme temaer som kontrolproblemet og det problem at nogle mænd har svært ved at være syge. Eilenberger og Ølgod har ikke haft tid og plads til at give en mere fyldestgørende beskrivelse af de forskellige nuancer og de aktive konstruktioner af maskulinitet i forhold til sygdom som deltagerne må antages at have foretaget. Men denne større nuancerede beskrivelse findes i en fjerde dansk undersøgelse. Her har ovennævnte Susanne Eilenberger Jørgensen sammen med psykologerne Bo Jacobsen og Stine Dalsgaard Jørgensen[54] lavet en interviewundersøgelse for at undersøge de psykologiske og eksistentielle dimensioner af det at have kræft. Undersøgelsen skulle afdække, hvordan forskellige personer forholder sig til og lever med deres sygdom, samt indkredse betydningen af den grundlæggende psykiske faktor, livsmod[55].

Ifølge vores undersøgelse er måden at reagere på ofte specifikt forskellig hos mænd og kvinder, væsentlig mere, end vi fra starten havde regnet med.[56]

Derfor kønsopdelte de beskrivelserne af de 33 enkelt personer. Det førte til to kvindegrupper og to mandegrupper. Den ene kvindegruppe, "*de nøgterne*", der tager tingene som de kommer, idet de tager løbende stilling til deres situation – de forholder sig til sygdom på en "*jordbunden måde*"[57]. Den anden kvindegruppe "de søgende" er karakteriseret ved at de igennem deres sygdom har fundet ud af at deres liv skal have ny retning - sygdommen har mobiliseret en trang til tage hånd om eget liv[58].

Den ene mandegruppe, "*de fattede mænd*", er karakteriseret ved at de gennem sygdommen har fundet ud af, at "*de vil leve uanfægtet videre*"[59] det handlede bl.a. om at skubbe de sorte tanker væk. De reagerer med fattethed - til forskel fra deres nærmeste som blev chokerede. Og de opfatter i stor grad sygdom som et udslag af tilværelsens vilkårlighed, og mændene har - ifølge forfatterne - ikke gjort sig mange tanker om hvad der har forårsaget deres sygdom. Flere af mændene understreger at de ikke føler sig syge, og at de "*ikke har gjort det på noget tidspunkt*"[60].

Den anden mandegruppe, "*de rystede mænd*", er - ifølge forfatterne - mere bløde i sindet[61], og de er blevet rystede af sygdom og har fået en følelse af usikkerhed, der har medført en forøget varig følsomhed. Men sygdommen ses for de fleste som negativ og meningsløs. De fleste i denne gruppe har problemer med at få fortalt deres nærmeste, hvordan de har det. En af deltagerne har bl.a. problemer fordi han ville tage hensyn til sin kone.

Undersøgelsen er som det ovennævnte citat kunne signalere ikke fokuseret på kønnet som en forklaringsmodel. Kønnet er en organisationslinie for datamaterialet, men ikke en analytisk kategori. Forskellen konstateres, men en analyse af kønnet inddrages ikke, og interviewene er ikke anlagt til at undersøge hvordan mænd konstruerer sundhed, sygdom og maskulinitet.

Den kvalitative forskning som er beskrevet i dette afsnit giver nogle ledetråde og anslår nogle temaer der er centrale for denne undersøgelse. Johnson & Morse peger på kontroltemaet - det forhold at de interviewede deltagere i hans tolk-

ning forsøgte at genoprette kontrol og gjorde det med såkaldte maskuline opgaver. Ford peger på at interviewdeltagerne i hans analyse igennem deres sygdom blev opmærksomme på deres kroppe. Levys undersøgelse peger på at de mænd han interviewede mistede energi og forsøger at re-normalisere deres situation narrativt. Whites interviewdeltagere følte - tolket således i hans analyse - at de mistede kontrol ved sygdom og følte sig overvåget af klinikere og familie. Meilier beskrev modtager/afsenderproblematikken og pegede på, at bogligt uddannede mænd mere end ikke bogligt uddannede mænd var negative overfor sundhedsoplysning. Mullens interviewdeltagere balancerer i hans analyse mellem kontrol og afslappelse. Hvor afslappelsen sker i form af alkohol og tobak. Samtidig knytter han arbejde og maskulin identitet sammen. Jørgensens undersøgelse pegede på at deltagerne havde et behov for at leve videre som før. Ølgods undersøgelse pegede på at mænd får et følelsesmæssigt chok når de bliver syge. Og endelig pegede Jørgensens, Jørgensens og Jacobsens undersøgelse på to grupper af mænd: de fattede der skubbede sygdom væk og de rystede der følte usikkerhed.

Fælles for 7 af de 9 refererede kvalitative undersøgelser (undtagen Mullens og delvis Meillier) er at de tager udgangspunkt i interviewdeltagernes sygdom og at de derfor centrerer analyse og interview omkring sygdommen. Især er Johnson, More, Levys og Whites forskning centreret omkring hvad man kunne kalde individuelle copingstrategier, hvorimod Jørgensen, Jørgensen og Ølgod i større grad inddrager et bredere hverdagsperspektiv, dog uden at sygdomsperspektivet forlades. Førstnævnte gruppe har udgangspunkt i hjertekarsygdom, hvorimod sidstnævnte har udgangspunkt i kræftsygdom.

5. Den konstruktivistiske forskning

Udover de ovennævnte forskningstilgange til spørgsmålet om mænds sundhed og sygdom, findes der mindst to undersøgelser der her benævnes som den konstruktionistiske forskning. Det drejer sig om bidrag fra socialpsykologerne Addis, Mahalik og Mansfield og sociologen Courtnay.

Addis og Mahalik[62] har identificeret en række socialpsykologiske faktorer der har betydning for den måde mænd og kvinder søger medicinsk hjælp. I artiklen: ""*Why Won't He Go to the Doctor": The Psychology of men's Help Seeking*"[63] har de sammen med Mansfield gennemgået 5 socialpsykologiske begreber som gør sig gældende særligt for mænds måde at opsøge klinisk hjælp: normativitet, egocentralitet, konformitet, reactance[64] og reciprocitet. Artiklen er en teoretisk begrebsudvikling baseret på hvorledes sociale konstruktioner af maskulinitet interagerer med at søge hjælp for såvel psykiske som fysiske problemer.

Normativitet refererer til i hvilken grad en person ser sine oplevelser og adfærd som normal. Addis et al hævder at det er lettere at søge hjælp hvis problemet er normalt. I hvilket omfang man forstår sit problem som normalt afhænger af flere forhold, såsom kendskab til andre med det samme problem, behandlingen af problemet i medierne og maskulin kønssocialisation.

Egocentralitet udtrykker det omfang i hvilket man opfatter at problemet har at gøre med væsentlige kvaliteter ved ens liv. Fx kunne det for en pianist være et stort problem hvis han begynder at få gigt i fingerne. Egocentraliteten er ikke alene afhængig af vores individuelle historie, men hænger også sammen med sociale normer.

Med begrebet konformitet tilsigter Addis et al at vores adfærd i et eller andet omfang betinges af gruppenormer. De skriver:

… men may be disinclined to seek help if

they believe they will be stigmatized for doing so.[65]

De hævder således at hvis en mand befinder sig i en gruppe af - og/eller ser op til en gruppe af - mænd som ikke selv søger hjælp eller nedvurderer det at søge hjælp, så vil denne person selv søge mindre hjælp.

Med det fjerde begreb "*reactance*" beskriver Addis et al det forhold at personer kan opleve deres autonomi eller selvkontrol blive truet. Det kan være lige fra en klinisk undersøgelse til sygeplejerskens spørgsmål til ernæring der kan resultere i "*reactance*".

Det sidste og femte begreb de præsenterer, er reciprocitet. Dette begreb dækker for Addis et al over det forhold at det er lettere at søge hjælp hvis man kan give noget igen:

Reciprocitet allows men to maintain status within an interaction or relationship by avoiding being in a "one-down" position.[66]

Reciprociteten tillader mændene ikke at skylde nogen noget for tidligere hjælp. Den kliniske hjælp ses som en aktivitet med en lille grad af reciprocitet og skulle derfor være sværere at få mænd til at deltage i. Addis og Mahliks artikel er spekulativ og giver et beskedne bidrag og interessen for maskulinitet er kun en mindre del af deres virke. Det står i modsætning til W. H. Courtnay for hvem maskuliniteten er helt central.

Han er en af de første forskere til at påpege sammenhængen mellem maskulinitet og sundhed ud fra en konstruktivistisk tilgang. Han er sociolog og arbejder på McLean Hospital, Harvard Medical School i USA. Udover at han er redaktør på det nystartede (2002) *International Jornal of Men's Health*67, har han også skrevet en af de første amerikanske ph.d.-afhandlinger68 og en lang række væsentlige artikler inden for dette felt. Hans kobling af maskulinitet, sundhed og sygdom adskiller sig fra de andre omtalte typer af forskning.

Han har i artiklen: *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*69 særdeles klart analyseret hvorledes konstruktioner af maskulinitetsformer hænger sammen med sundhed. Hans udgangspunkt er at mænd og kvinder har forskellig sundhedsadfærd på grundlag af de forskellige teorier om femininitet og maskulinitet som de tager fra kulturen70. Køn er ikke en statisk kategori, men er socialt konstrueret71 - produceret og reproduceret – igennem vores handlinger. Samtidig er vores samfund præget af kønsstereotyper om hvad der anses for maskulint og hvad der anses for feminint, og det er i dette felt at vi konstruerer vores kønsidentitet. Igennem vores sociale handlinger skaber vi den person vi er, fx via sport, arbejde og igennem sundhedsadfærd.

Courtenay forsøger at undgå hvad man kan kalde en kønsrolledeterminisme og psykologisk determinisme, hvor sundhedshandlingerne ses som resultaterne af en allerede installeret maskulinitet. Maskuliniteten er for Courtenay aktiv, den skal demonstreres - den skabes hele tiden som en dynamisk og dialektisk størrelse.

Sundhedsrelaterede opfattelser og handlinger forstår Courtenay[72] som en af flere måder at konstruere og demonstrere vores køn på. Det betyder at sundhedsadfærd og sundhedsopfattelser både definerer og skaber kønnet. Sundhed kan således forstås som en måde at differentiere mellem mænd og kvinder, og mellem mænd. Courtenay skriver:

The social practices required for demonstrating femininity and masculinity are associated with very different health advantages and risks.[73]

En af måderne hvorpå mænd - ifølge Courtenay[74] - demonstrerer og konstruerer deres køn, er ved at negligere deres sundhed. Når en mand siger at "*han har ikke været ved læge i årevis*" så beskri-

ver manden dels en sundhedsadfærd, og dels situationerer manden sig i den maskuline arena i forhold til kvinder og til andre mænd. Og Courtenay beskriver videre at mænd på samme måde demonstrerer og skaber maskulinitet når de afviser at melde sig syge på deres arbejde og foretager risikohandlinger. Disse handlinger er altså ikke bare afledt af en maskulinitetsform, men konstruerer aktivt en maskulinitetsform, hvor maskulinitet er defineret i opposition til positiv sundhedsadfærd og positive sundhedsopfattelser. Undertrykkelse af behov og manglende anerkendelse af smerte bliver således et maskulint adelsmærke.

Denne maskulinitetsform hænger for Courtenay[75] sammen med mænds adgang til magt og privilegier. Ved at de demonstrerer hegemonisk maskulinitet, som inkluderer følgende konstruktioner: benægtelse af svaghed eller sårbarhed, at have følelsesmæssig og fysisk kontrol, at fremvise sig stærk og robust, afvise enhver form for hjælp, at fremvise en e-norm interesse i sex og endelig at fremvise aggressiv adfærd og fysisk dominans. Hvis en mand vil deltage i positiv sundhedsadfærd må han negere flere af de nævnte maskulinitetskonstruktioner. På samme måde er kønskonflikten ofte stor hvis han oplever sygdom eller handikap, idet en sådan situation kan reducere en mands status i det maskuline hierarki, ændre magtrelationerne til kvinder og sætte hans maskulinitet i tvivl. Courtenay giver eksempler[76] på situationer hvor mænd har svært ved disse situationer, fx en midaldrende mand som afviste et lettere job for at demonstrere at han stadig kunne arbejde hårdt, og en direktør der skjulte at han gik i dialysebehandling ved at fortælle andre at han deltog i forretningsmøder.

Brug af sundhedssystemet og positive sundhedsopfattelser konstrueres som feminint. Mænds benægtelse af fysiske ubehag, benægtelse af farer og benægtelse af sundhedsbehov er en måde at demonstrere deres maskulinitet på i forhold til kvinder og andre mænd i det maskuline hierarki ifølge Courtenay.

Benægtelsen af sundhed antager forskellige former, alt efter hvilke grupper af mænd der er tale om. Klasse og etnicitet er to af de sociale kategorier som er med til at forme forskellige mænds reaktioner på sundhed. Marginaliserede mænd foretager - ifølge Courtenay[77] - sundhedshandlinger som fx vold og alkoholmisbrug, hvor mænd fra de øvre klasser fx ikke tager tid til at gå til lægen og arbejder for meget. Han nævner et eksempel på maskulinitetsformer i landbruget i Wisconsin (USA), hvor det viser sig at landmænd kan gå op til fra 2 til 24 timer med en arbejdsskade før de henvender sig til en læge. Han fortæller om en landmand der fik sin finger voldsomt i klemme i høstmaskinen. Landmanden hev den ud og pakkede den ind i et håndkæde og færdiggjorde dagens arbejde hvorefter han henvendte sig for at få hjælp. En særlig maskulinitetsform blandt Wisconsinlandmænd omkring det at være uafhængig, selvhjulpen og selvforsynende skulle give sig udslag i en særlig skrap konstruktion af usund maskulinitet.

De samfundsmæssige institutioner som mænd bevæger sig i er, ifølge Courtenay[78], også med til at skabe mænds sundhedsadfærd og sundhedsopfattelse. Institutionerne er ikke primære i forhold til vores handlinger, de genskabes også konstant af de handlinger som vi udfører, og dermed bekræfter og genskaber vi dem. Et eksempel på en sådan institution er for Courtenay lønarbejdet. Mænd udfører ifølge Courtenay det mest farlige arbejde, og selvom om de kun udgør ca. halvdelen af arbejdsstyrken, udgør de hovedparten af arbejdsulykkerne i USA (for Danmark er mønstret det samme: 27909 mænd ud af i alt 43694 arbejdsulykker i 200179).

Sundhedssystemet er en anden institution, der er partner i konstruktionen af

maskulinitet. Med en opdeling hvor fx sygehusenes institutionelle ledelse fortrinsvis består af mænd (som læger), og det personlige plejearbejde varetages af plejegrupperne, der er kvinder, konstrueres en særlig maskulinitet og femininitet i USA (mønsteret er det samme i Danmark[80]). Maskulinitet konstrueres socialt som teknisk og dominant, og femininitet er omsorgsgivende og personlig.

Det kønnede sundhedssystem kombinerer Courtenay med mænds brug af dette. Ifølge Courtenay[81] er amerikanske mænd mindre indlagt end kvinder på hospitalet, og mænds besøg hos lægen er ikke blot færre, men også kortere, og de modtager færre ydelser end kvinder82. De får færre og kortere forklaringer, som er simplere og mere tekniske. Mænd bliver konstrueret som et mindre omsorgskrævende køn end kvinder. Det får Courtenay til at tale om en konstruktion af mænd som det stærke og raske køn, mens kvinder bliver konstrueret som det syge køn. Kvinder går mere til læge og har i forhold til mænd et såkaldt større forbrug af sundhedsydelser. Kvinder konstrueres således i den maskuline optik som mere syge og mere svage. Courtenay understreger at det er således det konstrueres, men at det måske ville være sundere for mænd ikke at konstruere sig på denne måde og anvende sundhedssystemet i højere grad.

Kvindernes konstruktioner af femininitet fører, ifølge Courtenay, kvinderne ind i positive sundhedsopfattelser og sundhedsadfærd. Hvorimod:

*By successfully using unhealthy beliefs and behaviours to demonstrate idealised forms of masculinity, men are able to assume positions of power - relative to women and less powerful men - in a patriarchal society that rewards this accomplishment. By dismissing their health needs and taking risks, men legitimise themselves as the "stronger" sex. In this way, men's use of unhealthy beliefs and behaviours helps to sustain and reproduce social inequality and the social structures that, in turn, reinforce and reward men's poor health habits.*83

Courtenays kobling af maskulinitet, sundhed og sygdom danner i modificeret form grundlaget for denne undersøgelse. Man kan kritisere Courtenay's kobling på flere områder. For det første tildeler han maskuliniteten den aktive rolle og sygdom/sundhed den passive rolle. Mænd konstruerer således - ifølge ham - altid sundhed og sygdom på grundlag af vores opfattelser af maskulinitet. Men kan det andet ikke også være tilfældet? Hvor vi på baggrund af vores erfaringer med sundhed og sygdom skaber os som mænd – skaber en maskulinitet? Kunne man ikke forstille sig at en optagethed af sygdom og sundhed - hvor disse elementer er væsentlige i mænds livsverden førte til bestemte maskulinitetsformer? At det måske forekommer sjældnere - er ligegyldigt, i den forstand at denne giver den videre analyse flere tolkningsmuligheder. Det er vigtigt at holde fast i denne kategoriale mulighed.

For det andet tager Courtenays betoning af magt og privilegier som et element i konstruktionen af den kulturelle maskulinitet ikke højde for motiverne bag de personlige konstruktioner af maskulinitet og sundhed/sygdom. I hvert fald ikke forstået som magt og privilegier i den makrokulturelle forstand. En syg mand der konstruerer sig hegemonisk maskulint får ikke nødvendigvis magt og privilegier ud af denne konstruktion, men tværtimod taber han måske ved dette - han mister måske sit arbejde fordi han ikke bliver behandlet for en sygdom der kunne have været behandlet let og enkelt tidligt.

Konstruktionerne giver flere tolkningsmuligheder end Courtenay åbner for. Selvom en mand fx konstruerer sig som familiens krumtap og ikke taler om sine bekymringer ved sygdom, fordi han ikke vil gøre familien nervøs (og selvfølgelig

kan de være nervøse alligevel) kan man tale om at han fastholder familien i en fastlåst situation - i et magtgreb. I den forstand udøver han magt. Men magten kan ikke tolkes som entydigt negativ. Magtbegrebet er i dette eksempel mikrokulturelt, og det kan tolkes såvel positivt som negativt. Måske vil familien - det er en tolkningsmulighed - i det sidste eksempel ende i en bekymringskultur - der ville passivisere den. Courtenay har ikke øje for dette mikrokulturelle element. Courtenay har ligeledes en tendens til at operere med et makrokulturelt magtbegreb og entydigt se dette som negativt. Den makrokulturelle magt kan også tolkes positivt i den forstand at man kan tolke den hegemoniske maskulinitets magtbegreb som en krumtap i en kultur som er yderst produktiv. Maskulinitet kan tolkes mere åbent end Courtenay ligger op til.

Courtenay karakteriserer det vestlige samfund som patriarkalsk. Det mener jeg er en forkert karakteristik. De kønslige magtrelationer er mere komplicerede. Man kan modificere hans udsagn til at mænd med hegemonisk maskulinitet tænker samfundet som patriarkalsk. Samtidig kan den kønslige arbejdsdeling omkring sundhed og sygdom (med manden som den usunde og stærke og kvinden som den sunde og svage) også tolkes som feminin magtstrategi.

Det er ligeledes væsentligt at bemærke at Courtenay taler om adfærd - sundhedsadfærd og sygdomsadfærd. Hans perspektiv er fx ikke mænds livsverden.

Courtenays indkredsninger af maskulinitet, sundhed og sygdom med de ovenfor omtalte kritik punkter er dog et af de bedste bud på forskningsmæssige koblinger pt. af maskulinitet, sundhed og sygdom. Men især refleksionerne over maskuliniteten må spille en helt central rolle for fremtidig forskning.

6. Opsummering

En række heterogene teorikomplekser er blevet gennemgået. Denne gennemgang af specifikt udvalgt litteratur der relaterer sig til mænds sundhed og sygdom vil jeg resumere.

Rolleforskning er et af de analytiske udgangspunkter der har sat fokus på forbindelsen mellem maskulinitet, sundhed og sygdom. Den kritiseres fordi rollebegrebet er fikseret og ikke lægger op til at kunne give indsigt i de magtforskydninger og kompleksiteter som maskuliniteten gennemgår og forandres i. Mænd bliver opfattet som mere eller mindre passive ofre for en socialisering som de ikke har nogen andel i, og dynamikken i forhold til hvorfor mænd gør som de gør i relation til sygdom og sundhed er ude af det analytiske fokus. Det er faste rolleidentiteter eller psykologiske impulser eller træk, analysen baseres på.

"Type-A"-forskningen blev ligeledes gennemgået, og ligesom Rolleforskningen er der her også tale om en forskningstilgang, der såvel nationalt som internationalt har givet omfattende videnskabelige bud på forbindelsen mellem sundhed, sygdom og maskulinitet. Der blev argumenteret for at denne forskning med dens psykometriske måling har et grundlæggende problem i relation til at konceptualisere individet og dettes kønsidentitetsform som led i en kultur. Denne forskning er centreret om at identificere træk ved personen og ikke hans (eller hendes) situation. På trods af "type-a"-adfærdsforskningen er blevet sofistiskeret udvidet vil denne forsknings stadig være fokuseret på træk ved individet og ikke træk ved dets hverdag - livsverden og situation. Denne forsknings analytiske udgangspunkt afvises ligesom Rolleforskningens som et problematisk analytisk udgangspunkt idet kønnet forudsættes allerede at være installeret og uforanderligt. Det er således ikke noget der skabes - konstrueres - igennem de situationer personen bringes - og bringer sig selv - i. Rolleforskningen giver ingen eller kun en ringe indsigt i hvorledes mænd opfatter og

giver mening til sundhed og sygdom. Men dette gør den kvalitative forskning.

Den kvalitative forskning som blev gennemgået er af speciel interesse for dette projekt, fordi de er undersøgelser med forskellige former for interview hvoraf flere havde en undersøgelse af interviewdeltagernes livsverden som mål. Den giver nogle ledetråde og anslår nogle temaer der er centrale for denne undersøgelse: forsøg på at genoprette kontrol, at sygdom fører til øget kropsopmærksomhed, forsøg på at re-normalisere sin situation, tab af kontrol ved sygdom, følelse af overvågning fra klinikere og familie, forhold til sundhedsoplysning, balancering af kontrol og afslappelse, behov for at leve videre som før, følelsesmæssige chok ved sygdom, sygdom skubbes væk og følelsen af usikkerhed.

De kvalitative undersøgelser tog overvejende udgangspunkt i sygdom (kræft- og hjertekarsygdom) og fokuserer deres analyser og interview omkring sygdommen. Selvom om især den nævnte kvalitative kræftforskning breder sit perspektiv (livsverdensperspektiv) videre ud end sygdommen, anvender ingen et fokus på deltagernes konstruktioner af sundhed, sygdom og maskulinitet. Maskulinitetsanalysen er fraværende. Maskulinitets-konstruktionsproblematikken er i fokus i næste slags forskning.

Til slut gennemgik jeg den konstruktivistiske forskning. For den konstruktivistiske forskning er køn ikke en statisk kategori, men er socialt konstrueret - produceret og reproduceret - igennem vores handlinger. Igennem vores sociale handlinger skaber vi den person vi er, fx via sport, arbejde og igennem sundhedsadfærd. Denne konstruktivistiske tilgang undgår Rolleforskningen og "Type A"-forskningens kønsrolledeterminisme og psykologisk determinisme, hvor sundhedshandlingerne ses som resultaterne af en allerede installeret maskulinitet. Maskuliniteten i den konstruktivistiske forskning er aktiv, den skal demonstreres - den skabes hele tiden som en dynamisk og dialektisk størrelse.

Den konstruktivistiske forskning i form af Courtenay kritiserer jeg på flere områder. For det første tildeles maskuliniteten den aktive rolle og sygdom/sundhed den passive rolle. For det andet tager Courtenays betoning af magt og privilegier som et element i konstruktionen af den kulturelle maskulinitet ikke højde for motiverne bag de personlige konstruktioner af maskulinitet og sundhed/sygdom. Konstruktionerne giver flere tolkningsmuligheder end Courtenay åbner for. Magt kan ikke tolkes som entydigt negativ.

Courtenay har ligeledes en tendens til at operere med et makrokulturelt magtbegreb og entydigt se denne magt som negativ. Det er et problem for Courtenay at hans karakteristik af det vestlige samfund er patriarkalsk.

Courtenay fokusering på adfærd - det være sig sundhedsadfærd og sygdomsadfærd, begrænser hans teori i forhold til at forstå mænds situation hvor de også har handle-muligheder.

Det er derfor fortsat uafklaret hvorledes mænd som mænd omgås sundhed og sygdom - hvorledes de konstruerer maskulinitet, sundhed og sygdom i et livsverdensperspektiv. På den ene side har den kvalitative forskning i nogen udstrækning undersøgt mænds livsverden, men forholder sig ikke til konstruktionen af maskulinitet. På den anden side har den konstruktionistiske forskning analyseret mænds forhold til sundhed og sygdom på basis af hvordan mænd konstruerer sig som mænd, men dette har været gjort ud fra et begrebsteoretisk og statistisk udgangspunkt langt fra et livsverdensperspektiv.

(Fodnoter)

[1] Denne artikel er delvist baseret på min undersøgelse: Ronkedorfænomenet -

konstruktioner af sundhed, sygdom og maskulinitet. 2004. 634 sider.

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet. Dele af afhandlingen vil kunne lånes på Syddansk Universitets bibliotek eller købes i lettere populariseret bogform: Mænd, sundhed og sygdom, Forlaget Klim, 2006.

[2] S. Kraemer: *The fragile Man*. BMJ 2000; 321:1609-1612.

[3] Det er blevet indvendt at denne beskrivelse baserer sig på det vi kender til af embryoner de sidste 8 måneder af graviditeten. Vi ved ikke noget om tab af embryoner den første måned. Her er det muligt at kvinden - uden at lægge mærke til det - taber flere kvindelige embryoner.

[4] L. Castagnetta et al.: *A role for sex steroids in autoimmune diseases: a working hypothesis and supporting data*. I Ann N Y Acad Sci 2002; 966:193-203.

[5] S. Chitnis et al.: *The role of X-chromosome inactivation in female predisposition to autoimmunity*. I Arthritis Res 2000; 2(5): 399-406.

[6] B. Peterson: *Kønnet - en vigtig parameter inden for lægevidenskaben*. I Ugeskrift for Læger, 155 pp.608-612.

[7] Pollard, T.: *Sex, gender and cardiovascular disease*. I: *Sex, Gender and Health*. Redigeret af T. Pollard & S. Brin Hyatt. Cambridge University Press, Cambridge.

[8] K. Christensen: *Hvorfor ældes vi forskelligt?* Gyldendal, 2000.

[9] Christensen K., Kristiansen M., Hagen-Larsen H., Skytthe A., Bathum L., Jeune B., Andersen-Ranberg K., Vaupel J. W., Ørstavik K. H.: *X-linked genetic factors regulate hematopoietic stemcell kinetics in females*. I Blood 2000;95:2449-2450.

[10] Harrisons, Chins og Ficarrotto: *Warning: Masculinity may be dangerous to your health*. I *Mens Lives*, red. M. Kimmel & M. Messner, 1992 (1989), MacMillanPublishing Company, New York pp.271- 285.

[11] Harrisons, Chins og Ficarrotto. 1992. p.272.

[12] Ingrid Waldron: *Trends in gender differences in mortality: relationships to changing gender differences in behaviour and other causal factors*. I *Gender Inequalities in Health*, redigeret af Ellen Annendale og Kate Hunt, Open University Press, 2000 & Ingrid Waldron: *Contributions of Changig Gender Differences in Behavior and Social Roles to Changing Gender Differences in Mortality*. Pp. 22-46 i *Men's Health and Illness*, Donald Sabo & Frederick Gordon (redaktører) 1995, Sage Publications, Carlifornia, USA 1995, Sage Publications, Carlifornia, USA.

[13] Judith Stillion: *Premature Death Among Males*. Pp. 46-68 i *Men's Health and Illness*, Donald Sabo & Frederick Gordon (redaktører), 1995, Sage Publications, Carlifornia, USA

[14] I. Waldron: *Why do women live longer than men?* I *Journal of Human Stress*. 1976, nr. 2, pp.1-13.

[15] Waldron, 2000, p.150.

[16] Waldron, 2000, p.153.

[17] C. Lee & G. Owens: *The Psychology of Men's Health*, Open University Press, Philidelphia, USA, 2002.

[18] C. Lee & G. Owens. 2002. P.13.

[19] C. Lee & G. Owens. 2002. P.116.

[20] C. Lee & G. Owens. 2002. P.17.

[21] V. S. Helgeson: *Masculinity, men's roles, and coronary heart disease*. Pp. 68-105 i D. F. Sabo, F. Donald, D.F. Gorden et al(red.): *Men's Health and Illness: Gender, Power, and the Body*. Thousand Oaks, Carlifornia: Sage, 1995.

[22] B. R: Strickland: *Sex-related differences in health and illness*. I *Psychology of Women Quaterly*, 12, pp.381-399. 1988.

[23] Helgeson, 1995, p.68.

[24] Helgeson, 1995, p.69.

[25] Friedman, M & Rosenman, R. H: *Type A behavior and your heart*. 1974, Knopf, New York.

[26] Rosenman, R.H., Friedman, M, Brand, R. J., Jenkins, C. D., Straus, R. & Wrum, M.: *Coronary heart disease in the western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8-1/2 years*. I Journal of the American medical association, 233, pp. 878-877, 1976.

[27] Thoreson, C. E. & Powell, L. H.: *Type A Behavior pattern: New perspectives on theory, assessment, and intervention*. I Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 595-604, 1992.

[28] Cohen, L., Ardoen, R. C. & Sewpersad, K. S.: *Type A behavior pattern as a risk factor after mycocardial infarction: a review*. I Psychology and Health 12: 619-623, 1997.

[29] V. S. Helgeson: *The role of masculinity in coronary heart disease*. Ph.D.-afhandling. University of Denver. Denver. 1987.

[30] Helgeson, 1987, p.81.

[31] Peter Elsass: *Sundhedspsykologi*, Gyldendal, 1992, 1993, p. 135.

[32] Elsass, 1993, p.136

[33] Se bl.a. M. Blaxter: *The cause of disease: women talking*. I *Social science and Medicine*, nr. 17 (2), 1983, pp. 59-69. Således er kønsskemaet også blevet rekonstrueret i forskningsprocesserne.
R. Pill og N. C. H. Stott: *Concepts of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class mothers*. I *Social science and Medicine*, 1982, nr. 16, 1982, pp. 43-52.

[34] D. Locker: *Symptoms and Illness: The Cognitive Organisation of Disorder*. Tacistock, London, 1981, p.24 - fodnote. Og M. Calnan og B. Johnson: *Health, health risks and inequalities: an explanatory study of women's perceptions*, p.57. *I Sociology of Health and Illness*, nr. 7 (1) pp55-69.

[35] J. L. Johnson & J. M. Morse: *Regaining control: the process of adjustment after myocardial infrakt*. I Heart and Lung 19(2), pp. 126-135, 1990.

[36] J. S. Ford: *Living with a history of heart attack: a human science investigation*. I Journal Advanced Nursing 14, 173-179, 1989.

[37] S. M. Levy: *The experience of undergoing a heart attack: the construction of a new reality*. I Journal of Phenomenological Pscychology 12, pp.153-171, 1981.

[38] Levy, , p.158.

[39] A. K. White: *Men Making sense of their chest pain*. PhD-afhandling, University of Manchester, 2000.

[40] White, 2000, p.271.

[41] Lucette Meillier: *Sundhedsoplysning og forandring. Mænd, oplysning og forandring af sundhedsvaner*, Århus Universitet, 1994.

[42] Miellier, 1994, p.42.

[43] Kenneth Mullen: *A Healthy Balance–Galsweigian men taltking about health, tabacco and alcohol*, 1993, Avebury.

[44] Mullen, 1993, p.174.

[45] Mullen, 1993, p.176.

[46] Mullen, 1993, p.177.

[47] Susanne Eilenberger Jørgensen: *Mænd med kræft - en interviewundersøgelse*, 1999, Kræftens Bekæmpelse.

[48] Jørgensen, 1999, p.43.

[49] Jørgensen, 1999, p.43.

[50] Jørgensen, 1999, p.43.

[51] Jørgensen, 1999, p.44.

[52] Jutta Ølgod: *Breve fra mænd med kræft*, 1999, Kæftens Bekæmpelse.

[53] Ølgod, 1999, p. 121.

[54] Bo Jacobsen, Stine Dalsgaard Jørgensen og Susanne Eilenberger Jørgensen: *Kræft og eksistens - om at leve med kræft*. Dansk Psykologisk Forlag, 1998.

[55] Jacobsen et al., 1998, p.283.

[56] Jacobsen et al., 1998, p.12.

[57] Jacobsen et al., 1998, p.31.

[58] Jacobsen et al., 1998, p. 116.

[59] Jacobsen et al., 1998, p. 62.

[60] Jacobsen et al., 1998, p. 67.

[61] Jacobsen et al., 1998, p. 87.

[62] Addis, M. E. & Mahalik, J. R.: *Men, masculinity, and the context of help seeking*. I American Pscychologist, 58(1), pp.5-14, 2003.

[63] Addis, M. E., Mahalik, J. R. & Mansfield A. K: *Why Won't He Go to the Doctor*: *The Psychology of men's Help Seeking*. *I International Journal of Men's Health*. Vol.1. no.2., pp.93-109, 2003.

[64] Jeg har ikke kunnet finde en ordret oversættelse af begrebet "reactance" og anvender derfor det oprindelige amerikanske udtryk. Addis, Mahalik & Mansfield, 2003, p.102.

[65] Addis, Mahalik & Mansfield, 2003, p.101.

[66] Addis, Mahalik & Mansfield, 2003, p.103.

[67] *International Jornal of Men's Health*. ISSN: 1532-6306.

[68] Will H. Courtenay: *Better to Die than Cry? A Longitudinal and Constructionist Study of Masculinity and the Health Risk Behaviour of Young American Men,* Ph.d.-dissertation, 1998.

[69] Will H. Courtenay: *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*, pp.1385-1401 I Social Science & Medicine, vol. 50, nr.10, 2000.

[70] Courtenay, 2000, p.4.

[71] Herhjemme har især psykologen Dorte Marie Søndergaard argumenteret for kønnet som en social konstruktion i doktorafhandling: *Tegnet på kroppen. Køn: Koder og konstruktioner blandt unge voksne i Akademia*, 1995, Universitetet Oslo. Hun anlægger ikke et sygdoms- og sundhedsperktiv.

[72] Courtenay, 2000, p.5.

[73] Courtenay, 2000, p.5.

[74] Courtenay, 2000, p.6.

[75] Courtenay, 2000, p.6.

[76] Courtenay, 2000, p.7.

[77] Courtenay, 2000, p.10.

[78] Courtenay, 2000, p.13.

[79] Danmarks Statistik: *Statistisk årbog*, 2003, p.195.

[80] Danmarks Statistik: *Statistiske efterretninger*, 2001, nr. 23.

[81] Courtenay, 2000, p.15.

[82] De samme mønstre gør sig gældende for Danmark som vist i kapitel 1. Courtenay tager ikke højde for graviditet og kønsspecifikke sygdomme.

[83] Courtenay, 2000, p.17.

Motivation og særlige problemstillinger for overvægtige mænd

Af Psykolog Hanne Jensen, Psykologisk og Psykosocial Forskningsenhed, afsnit 3341, Rigshospitalet.
E-mail: hanne.olsen@rh.regionh.dk

Bevæger man sig rundt i forskningslitteraturen om overvægt og fedme, så ser man et meget vidtspændende og komplekst billede af problematikken. Diagnosen "svær overvægt" stilles nemt ved simpel udregning af BMI1 eller taljemål. Til gengæld er de underliggende årsagssammenhænge ikke fuldt ud forstået, om end der er konsensus om, at udviklingen af overvægt indgår i en kompleks sammenhæng mellem biologiske, genetiske, fysiologiske, sociale og psykologiske faktorer. Effektive behandlingsmuligheder med langtidsholdbare vægttab er meget få. I øjeblikket er der kun dokumenteret effekt for maveoperation, men følgevirkninger på sigt er ikke kendte. Dertil kommer, at forekomsten af svær overvægt er størst blandt lavindkomstgrupper og dermed også er knyttet til social ulighed.

Den psykologiske overvægtsforskning har lidt under, at man ikke altid har haft specifikke overvejelser om køn, og om de særlige måder mænd og kvinder tænker og agerer på. Kønsforskelle er centrale, da vi ved, at mænd og kvinder tænker forskelligt om deres overvægt. Svært overvægtige mænd opfatter ofte sig selv som "ikke-overvægtige" (1). Det samme gør sig gældende for kvinder men i meget mindre omfang. Til gengæld påtager mænd sig ansvaret for deres vægt og tilskriver det deres livsstil (1,2,3), hvor kvinder i højere grad psykologiserer og forklarer deres vægt ud fra nogle omstændigheder, der ligger uden for dem selv (3). Mænd tænker over, hvordan overvægten påvirker deres seksualitet (1,4), og vi ved, at kvaliteten af sexlivet hos svært overvægtige mænd og kvinder er forringet, mest hos kvinderne (5). Svært overvægtige kvinder har en øget risiko for depression (6), hvorimod moderat overvægt hos mænd ser ud til at have en forebyggende effekt i forhold til depression (7). Disse kønsforskelle har stor betydning for den måde, vi kommunikerer med de svært overvægtige mænd og kvinder på om deres overvægt og i særdeleshed for den måde, forebyggende og behandlende tiltag planlægges (1).

Motivation og svært overvægtige mænd

I 2004 gennemførte Psykologisk og Psykosocial Forskningsenhed på H:S Rigshospitalet en interviewundersøgelse af overvægtige mænd. Formålet med undersøgelsen var at beskrive psykologiske problemstillinger for denne gruppe mænd. På det tidspunkt da undersøgelsen startede, var der publiceret meget lidt forskning om overvægt set i et kønsperspektiv. Denne artikel er skrevet på baggrund af den viden undersøgelsen har skabt (1,2,4,8,9,10), og beskriver nogle af de aspekter, der særligt knytter sig til motivation og overvægtige mænd.

Et centralt tema i undersøgelsen var mændenes opfattelse af motivation i forhold til deres vægt. Andre undersøgelser har vist at en vigtig motivationsfaktor for mænd til at starte livsstilsforandring er udsigten til at få bedre sundhed og undgå sygdom (11). Det viste sig, at det var præcist det de over-

vægtige mænd i vores undersøgelse gav udtryk for: såfremt de begyndte at få følgesygdomme af overvægten, ville de gøre noget ved deres vægt. Men derefter blev billedet temmelig uskarpt og flimrende. Det viste sig, at de fleste mænd allerede havde følgesygdomme af overvægten - fx dårlige knæ, for højt blodtryk, sukkersyge - men de opfattede det ikke som følgesygdomme af overvægten. Mændene manglede, eller undgik at lave, en kobling mellem eget helbred og risici for sygdomme (1,2).

Ligeledes ser der ud til, at mændene manglede en kobling mellem eget helbred og vægt. Mange overvægtige mænd mener ikke, at de er overvægtige. De undervurderer simpelthen deres egen vægt. En undersøgelse viser at halvdelen af overvægtige og svært overvægtige mænd mener, at de ikke vejer for meget. Ser vi udelukkende på gruppen af svært overvægtige mænd (BMI>30) så mener 1 ud af 10, at de ikke vejer for meget. I vores undersøgelse kom dette til udtryk ved at mændene brugte ord som "trivelig" og "rund", når de skulle fortælle deres vægt. Ord som "overvægtig" eller "fed" blev ikke brugt (1,10).

Disse manglende koblinger mellem opfattelse af vægt og helbred, har betydning for sundhedsarbejdet, da disse sandsynligvis kan fungere som en barriere for motivation (1,2)

Dels fordi en manglende bevidsthed eller erkendelse af vægten og dens betydning, ikke giver et grundlag for motivationsarbejde og dels fordi vi ved blot at spørge den overvægtige mand om hans motivation, ikke nødvendigvist får et retvisende billede. Anden forskning har vist, at det er primært konkrete handlinger, der kan bruges til at forudsige, om en klient forandrer sig (14). Så motivation vurderes bedst ud fra hvad man gør, og ikke hvad man siger.

Ansvar og frihed til at vælge

Ifølge motivationsteori skabes eller øges motivation gennem forståelse. Når forståelse kan udgøre grundlaget for forandring, er det fordi forståelse er et udtryk for anerkendelse (12,14). Inden for en systemisk teoriforståelse er anerkendelse den største mentale kraft overhovedet. Hele selvets eksistens er betinget af forståelse og anerkendelse. Forandringen sker ved, at man lytter anerkendende. Ved at anerkende (hvilket ikke betyder man er enig i eller billiger synspunkterne) formidles det budskab, at man har et ønske om at forstå den andens perspektiv. Det paradoksale er, at accept af dens andens perspektiv gør ham fri til at vælge et andet (og bedre) perspektiv (12).

Dette aspekt af motivation gælder både mænd og kvinder, men måske er det særligt vigtigt for mænd. Af vores undersøgelse (1) og også andre undersøgelser (3,11), så viser det sig at overvægtige mænd i høj grad tager ansvar for egen vægt. Det er tydeligt, at her træder mændenes behov for at være uafhængige frem. Mændenes villighed til at påtage sig ansvaret for egen vægt, ser dog ikke ud til at have betydning for deres handlekraft i forhold til at gøre noget ved overvægten (1,2).

Det bør nævnes, at placeringen af ansvar for overvægt, er et særligt vanskeligt felt inden for det psykologiske overvægtsområde. På den ene side er der en stor risiko ved at udelukkende at betragte svær overvægt som et personligt anliggende, hvor den enkelte borger overvejende har ansvaret for sin egen (over)vægt. Denne individualisering af overvægtsproblemet har nemlig omfattende psykologiske og sociale konsekvenser (blandt andet med selvværd, identitet og risiko for social isolation og ensomhed), da den understøtter den stigmatisering der sker af svært overvægtige personer (8,13). På den anden side er netop personligt ansvar et væsentligt element i motivation for forandring, og i den enkelte persons tillid til at kunne mestre sin egen livssituation (14). Dette er et dilemma man forsat

arbejder med at tolke, og som sandsynligvis vil være en kilde til debat indtil mere specifikke årsagssammenhænge er afklarede.

Seksualitet

Ingen af mændene i undersøgelsen mente, at deres seksualitet var påvirket af deres vægt, når de blev direkte adspurgt. Alligevel viste det sig i løbet af interviewene, at svaret ikke var så entydigt og overensstemmende, som mændene gav udtryk for. Forklaringer og bekymringer varierede fra mand til mand, og også i det enkelte interview opstod der forskelle i løbet af samtalen. Dermed kom det direkte svar til at stå i kontrast til selv interviewets indhold. I løbet af interviewet gav mændene udtryk for tanker om deres potens, deres forhold til kvinder og deres position i forhold til andre mænd (1,2). Det traditionelle mandebillede af mandlig status, som knyttet til fysisk styrke, og dermed også til fysisk størrelse er under forandring, og det afspejlede sig i mændenes bekymringer om deres tiltrækningskraft. Det er ikke længere kun statusgivende at være en kraftig (og overvægtig) mand (4).

Udover et traditionelt mandebillede i forandring, så kan mændenes varierende forklaringer også til en vis grad forstås ved at se på studier, som falder ind under socialpsykologien, og handler om stigmatiseringen af overvægtige i samfundet, bl.a. på arbejdsmarkedet, i sundhedsvæsnet og i personlige relationer [13]. Der er ikke noget positivt ved at være overvægtig - hverken for mænd eller kvinder. Dette ser ud til at hænge sammen med at stigmatiseringen er knyttet til en overbevisning om, at ansvaret for overvægt primært ligger hos den enkelte. Ved at individualisere ansvaret af overvægt, så bliver overvægten i psykologisk forstand et billede på, at den overvægtige mand (eller kvinde) mangler kompetencer fx kontrol eller viljestyrke, som generaliseres til andre aspekter af livet.

Motivation gennem dialog

På trods af dette, så gør mændenes ikke deres overvægt til et problem i samtalen. Mænd "psykologiserer" ikke deres overvægt i samme udstrækning som kvinder (3). Derimod forsøger de at forstå sig ud fra en positiv og accepterende måde (1,2). Denne form for håndtering af overvægt er tæt vævet ind i mandens forståelse af sig selv som mand, og som ansvarlig for sin vægt.

Denne forståelse (eller fortælling) kan bruges som et udgangspunkt for den professionelle samtale, der har til formål at motivere manden til livsstilsforandringer. Ved at fokusere på særlige temaer, som er betydningsfulde for mænd, kan samtalen bruges som et aktiv redskab til motivation. Vores undersøgelse antyder, at direkte trusler mod helbredet og risiko for følgesygdomme af overvægt ikke er stærke nok motivationsfaktorer for mange overvægtige mænd. Til gengæld ser det ud til at seksualitet, den mandlige selvopfattelse og ansvar er tre temaer, der har særlig betydning for den overvægtige mand. Tre temaer, der måske kan åbne en vej til motivation, hvis den overvægtige mand får lejlighed til at tale om dem.

Litteratur

1. Olsen H og Madsen SA. Den mand lige patient og lægesamtalen om overvægt. Månedsskrift for praktisk lægegerning 2006;84:543-550.
2. Olsen H og Madsen SA. At tale om overvægt med din mandlige patient. Rigshospitalet 2005.
3. Lindelof A. Mænd æder - kvinder psykologiserer. Sygeplejersken 2005;10:40-43.
4. Olsen, H. og Madsen, SA (2005). Mænd, overvægt og seksualitet. Adipositasforeningens Nyhedsbrev 2.
5. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Østbye T, Gress RE og Adams TD. Obesity and sexual quality of life. Obesity 2006;14:472-479.

6. Linde JA, Jeffery RW, Levy RL, Sherwood NE, Utter J, Pronk NP and Boyle RG. Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and de pression in overweight men and women International Journal of Obesity 2004;28:418--ð425.

7. Zhang, J.Association of body mass index with suicide mortality: a prospective cohort study of more than one million men. American Journal of Epidemiology 2006;164:398-403.

8. Madsen SA, Grønbæk H og Olsen H. (2006) Psykologiske aspekter ved overvægt. Ugeskrift for læger 2006;168:194-196.

9. Uddannelse i Kommunikation og Dialog med Mænd. Kompendium med fokus på mænds sundhed og syg domme. Redigeret af H. Olsen, J. Gram og S.A. Madsen, Rigshospitalet, 2007.

10. Olsen, H. og Madsen, S.A. (2007) Motivation for change in health behaviour in Obese men. Journal of Men's Health and Gender, 2007;4:3:363

11. Hankey, C.R; Leslie, W.S. and Lean, M.E.J. (2002) Why loose weight? Reasons for seeking weight loss by overweight but otherwise healthy men. International Journal of Obesity 2002;26, 880-882.

12. Fog, J. (1998) Saglig Medmenneskelighed. Grundforhold i psykoterapien. København. Hans Reitzels Forlag.

13. Puhl RM og Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. Obesity 2006;14(10):1802-1815.

14. Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47:9:1102-1114.

Hanne Jensen er psykolog ved Psykologisk og Psykosocialforskningsenhed på Rigshospitalet. Hun beskæftiger sig med de psykologiske aspekter af overvægt med et særligt fokus på køn og alder. Bestyrelsesmedlem i Selskab for Mænds Sundhed, og indgår i Netværk for Samfundsvidenskabelig forskning i overvægt.

Korrespondance: Psykolog Hanne Jensen, Psykologisk og Psykosocial Forskningsenhed, afsnit 3341, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9 2100 København Ø.

e-mail: hlvo@get2net.dk
hanne.olsen@rh.dk
www.psyksoc.rh.dk
www.sundmand.dk

(Fodnoter)

[1] BMI >= 30 defineres som svær over vægt (eller fedme) ifølge Sundhedsstyrelsen og WHO

Netværksforum - for akademiske sygeplejersker på Fyn

Af Anne-Mette Graubæk, lektor, cand.cur. og Kirsten Honoré, lektor, cand.cur. , Sygeplejerskeuddannelsen i Odense, CVU Lillebælt

I foråret 2006 blev der etableret et netværk for akademiske sygeplejersker på Fyn, som udløber af nogle temadage på Sygeplejerskeuddannelsen i Odense. En af temadagsgrupperne arbejdede med idéer til videndeling, som bevirkede at et par undervisere tog initiativet til at starte netværket.

Der blev annonceret i tidsskriftet Sygeplejersken, i Dansk Sygeplejeråds amtskredsblad, samt hos en række nøglepersoner, og cirka 25 interesserede mødte op til det første møde. Siden er der blevet holdt kvartalsmøder, hvor der hver gang er oplæg fra to af netværkets medlemmer og efterfølgende diskussion. Møderne afsluttes med buffet og "netværking". Temaerne for oplæg tager afsæt i egne kandidat-/masterprojekter eller egne udviklingsprojekter. Der har f.eks. været følgende indlæg: AMI-patienter og livsstilsændringer, psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker på modtagelse/skadestuer og plejehjem, medicingivning - en selvstændig opgave for sygeplejersker?, magnethospitaler samt evidensbaseret viden.

Netværket er løst struktureret, idet der ikke er bestyrelse eller medlemskontingent. Der er i øjeblikket tilmeldt cirka 50 i netværket, og der er en vedvarende tilgang af nye. De to igangsættende undervisere tager sig af at foretage aftaler med de kommende møders oplægsholdere ud fra de områder, der omtales på møderne. Møderne afholdes i mødesalen på CVU Lillebælt i Odense, og annonceres via http://cvsu.dk under rubrikken: Videncenter.

Noter fra konference

"6th. International Research and Development Conference: Knowledge in Nursing and Nursing Education", afholdt af Jysk CVU og Udviklingsinitiativet for Sygeplejerskeuddannelsen 22. - 24. august 2007.

Af Helle Svenningsen, Klinisk Sygeplejespecialist, MKS, Anæstesiologi-intensiv, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Den årligt tilbagevendende konference havde atter flere internationale personligheder på programmet - og blev krydret med mindre indslag fra nær og fjern i parallelle sessioner. Et kendt opsæt - men alligevel ret anderledes i år. Dels blev lokaliteterne lavet om fra de store auditorier på Århus Universitetshospital, Skejby til det betydeligt mindre JCVU (Sygeplejeskolen i Århus) - dels var der færre deltagere (max 100) end jeg tidligere har oplevet. Der var siddepladser nok i auditoriet - men alt for lidt luft. Et problem med ventilationsanlægget gjorde deltagelsen til en prøvelse både for tilhører og oplægsholdere især på tredje dagen.

Konferencen vil tydeligt vis gerne rumme både sygeplejeuddannelsen og selve den kliniske sygeplejefaglige udvikling - og en hel del der i mellem. Efter de indledende ord af arrangørerne talte Professor Rebecca Spirig fra Basel Universitet om det samarbejde, det er lykkedes dem, at opbygge i den tysktalende del af Schweiz mellem det akademiske miljø og klinisk praksis. De har gensidigt forpligtet sig til at arbejde med den akademiske uddannelse, forskning og klinisk ekspertvirksomhed. Spændende model som vi vel kan forvente os en del af fremover.

Efter 3 sessioner i 2 spor med hver sit hovedtema, kom Professor Peter Jarvis, Surrey Universitet, England og delte sine tanker vedr. ekspertise med os: måske er "kompetent" det laveste niveau vi skal forvente os af sygeplejerske uddannelsen - det er ”ekspertise” vi skal gå efter - hvilket dog har været politisk ukorrekt i en periode. Som P. Benner tidligere har beskrevet er 25 års erfaring ingen garanti for ekspertvirksomhed - og Jarvis hævder at læring først sker når vi ikke ved hvad vi skal gøre - men så lærer hele personen til gengæld også.

Jarvis bad os tænke over bare én situation hvor omsorg (care) ikke er en fordel… ingen bød ind med noget - så der var nok flere der som jeg heller ikke kunne komme i tanke om det. Jarvis mener, som ikke-sygeplejerske der dog har arbejdet meget med sygeplejersker, at det at lære sygepleje er "to learn to be concerned for your fellow human beings" og illustrerede det yderligere med dette citat:

"Your clients don’t care how much you know - until they know how much you care"

(Af Maister i Daloz et al 1996, p25)

Således klogere var der mulighed for diskussion, og programmet sluttede med reception ved Århus Kommune på AROS - hvor skitserne til Dronningens gobeliner hang i kælderen. Så fik jeg endelig (trods jeg er indfødt og bosiddende århusianer) set det museum indefra - det kan anbefales.

Tirsdag morgen var professor Karin Dahlberg fra Växjö Universitet foran tavlen for at sætte spørgsmålstegn ved brugen af evidens i Evidens Baseret Sygepleje(mens vi så på billeder af hendes smukke heste). Hun fremkom med et meget beskrivende eksempel på, hvordan en tilfredsheds score kan ændre sig markant, når omstændighederne pludselig ændrer sig for patienten. Dahlbergs mål for oplægget var at rette vo-

res opmærksomhed mod de udfordringer både kvalitativ og kvantitativ forskning står med - og at alle forskningsresultater bør være objektive, valide og generaliser bare - uanset metode – samt at ingen af metoderne helt kan undvære den anden. Desuden mindede hun os om at sygepleje ikke foregår i et vakuum - men netop midt i livet.

Efter ca. 1,5 times workshop, der nu kørte i tre spor med fire oplægsholdere i hver, så og hørte vi om samarbejdet mellem Tasmanien, Sydney og Jylland om bl.a. udvekslingen af sygeplejestuderende. Der blev efterfølgende tid til netværksdannelse og/eller rundvisning på sygeplejeskolen, hvor de studerende ser ud til at have rigtig gode rammer.

Efter endnu en kaffepause kom det der for mig blev konferencens højdepunkt: Dr. Josepha Campinha-Bacote talte om transkulturel sygepleje. Sjældent har jeg oplevet en mere farverig (men ikke sort - skulle vi blive klogere på senere) performer - hun var utrolig levende - og med stærke budskaber, der gik rent ind hos mig. Bacote er tydeligvis meget inspireret at Madeleine Leininger - men også af rigtig mange andre som hun fint redegjorde for. Bacote har udarbejdet - og arbejder stadig på en model vedr. kulturel kompetence - og tydeliggjorde via den, hvor lidt vi (eller i hvert tilfælde jeg) tænker i kulturelle kompetencer. Hun fik i den grad aktiveret salen ved sine spørgsmål, og insisterede - også når det begyndte at blive svært - på svar. Det er svært at beskrive hvad det egentlig var hun gjorde - men hun flyttede noget i os. Dagens afslutning var for en dels vedkommende rundvisning og middag i den gamle by - hvilket jeg dog havde fravalgt.

Tredje og sidste dag på konferencen blev indledt med John Paley fra Skotland, der underholdt med at han hverken var skotte eller sygeplejerske. Til gengæld fortalte han om forskellige læreprocesser i hjernen - "System 1 og 2", hvor langt det meste forgår i system 1(autonomi, initiativ, holistisk tænkning mm), mens evidensbaseret læring foregår i System 2. For at fremme læringen mellem de 2 systemer er der 5 ting vi kan gøre:

- Uddannelse
- Audit
- Reminderes, "post it"
- Specificere budskaber til de enkelte afdelinger
- Tværfaglighed/teambeslutning

Nancy Donaldson kom med sine tanker vedr Evidence-based-practice – bl.a. andet balancen vedr. involvering af patienten. Fx diskuterer vi ikke med patienten om et iv kateter skal lukkes med heparin eller NaCl - det er noget vi forventes at vide mest om! Hendes erfaring er at ændringer af praksis der skal føre til EVP bør starte i det små - og så skal vi forvente at det tager 17 år fra forskningsresultaterne er klar til brug i praksis og til de rent faktisk bliver brugt i praksis…!

Efter en lidt tam paneldebat Paley, Donaldson og Mayer kom Helle Plough Hansen og gav os på sit specielle stille men insisterende, speedsnakkende sprog sine tanker vedr. EDB - et must eller mantra. Med andre ord: for hvis skyld skal sygepleje evidensbaseres? På dette tidspunkt var min koncentration desværre dalende - men der kom givetvis guldkorn…

Generelt var en af fordelene ved det lave deltager antal, den derved mere oplagte mulighed for at stille spørgsmål fra salen til både inviterede oplægsholdere og på workshopene - hvilket ofte blev benyttet.

De sessions jeg nåede at høre var af meget varierende kvalitet - hvilket vel er en del af charmen. Personligt havde jeg udbytte af mit lille bidrag, dels fordi det er sundt at springe ud i engelsk, dels fordi der efterfølgende blev knytte flere kontakter, jeg helt sikkert vil få stor glæde af. Så har du noget på hjertet - så glem ikke at sende en abstrakt af sted - det er

slet ikke så skræmmende endda - slet ikke bagefter J

De 6 postere blev der rig lejlighed til at se på - idet de hang fremme og let tilgængeligt under hele konferencen -men det havde nu været sjovere hvis der havde været "kamp om pladsen".

Forplejning mm var udmærket - men der er trods få hundrede meter langt fra Sygeplejeskolens kælder til Skejby sygehus gæstekantine - især mentalt… Og havde jeg vidst at jeg skulle ende med at skrive disse linier - havde jeg nok været opmærksom på en anden måde - og helt sikkert taget mere læselige noter!

At sætte kritik til diskussion

Bestyrelsen FASID v/ Stinne Glasdam, Kirsten Beedholm Poulsen, Lisbeth Hybholt, Mette Spliid Ludvigsen, Vibeke Lorentzen, Helle Mathar og Kirsten Frederiksen

I anledning af at en konkret anmeldelse i sidste tidsskrift har vakt reaktioner blandt en af FASID's medlemmer og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, har FASID's bestyrelse besluttet at sætte fænomenet kritik til diskussion dels internt i bestyrelsen, dels eksternt blandt medlemmerne.

Lad os starte med et neddyk i FASID's strategi (se www.fasid.info), hvor der bl.a. står, at "*FASID ser en fare for, at én bestemt model for forskning og udvikling i stigende grad vil bemægtige sig domænet og som sådan fremstå som modellen for legitim videnskab, forskning og forskningsadfærd.*", og "*FASID ser det som helt afgørende for en fortsat udvikling af en stærk, kvalificeret videnskabelig tradition i og om sygepleje, at der vedvarende stilles krav til os selv og hinanden om at være med til at stimulere og kvalificere de videnskabelige og akademiske aktiviteter omkring dette.*". Dette betyder helt konkret, at bestyrelsen ser det som sin opgave at skabe rum for, at alle paradigmer og positioner kan komme til orde og til debat. Bestyrelsen ønsker med andre ord ikke at fremhæve bestemte positioner inden for sygeplejevidenskab på bekostning af andre, men at arbejde for at stimulere akademisk og videnskabeligt arbejde generelt gennem seriøs, kvalificeret og kreativ kritik. Derfor har vi gennem de sidste år arbejdet på at styrke FASID som et konstruktivt, kritisk forum, der kan danne udgangspunkt for diskussion og refleksion i forhold til udviklings- og forskningsarbejder samt akademisk tænkning. Dette bl.a. ved at udgive FASID's tidsskrift fire gange om året med artikler og anmeldelser. Intensionen med tidsskriftet er at "*komme med anderledes og "skæve" vinkler på kendte pro-blemfelter, det vil sige at lufte tanker og spørgsmål, der kan kvalificere til yderligere tanker. Kreativitet og idérigdom i sprog og stil skal have lov at blomstre her*".
(se www.fasid.info).

De to reaktioner, som bestyrelsen og redaktionen har modtaget, har givet os anledning til at diskutere, om vi skal ændre i den redaktionelle procedure i forhold til tidsskriftets produkter. Proceduren har indtil videre været, at alle forfattere i udgangspunktet har fået tilbagemeldinger og kommentarer på artikler og anmeldelser. Oftest er der foretaget en del justeringer på baggrund af disse tilbagemeldinger, inden teksten bliver publiceret i tidsskriftet. Bestræbelsen har været at give tilbagemeldinger på artiklernes og anmeldelsernes analytiske niveau samt formidlingsmæssige og sproglige elementer, men ikke deres indhold og synspunkter. Endvidere er der - bl.a. i lyset af ønsket om at bringe anderledes og "skæve" vinkler på kendte problemfelter - grænser for, hvad redaktionen kan stille af krav til et produkt. Som sådan betragter vi i sidste ende forfatterne til artiklerne og anmeldelserne, der bringes i tidsskriftet, som ansvarlige for deres tekster.

I lyset af bestyrelsens ønske om at fremme et konstruktiv, kritisk forum for videnskab inden for sygepleje vil bestyrelsen og dermed også redaktionen for tidsskriftet dog fremover skærpe opmærksomheden på, at teksterne fokuserer på at diskutere saglige og faglige forhold eller - i tilfælde af at der kan være uklarhed om, hvorvidt analyserne vedrører generelle eller personlige forhold - at indskærpe overfor forfatterne, at det er vigtigt, at de klargør deres analytiske refe-

renceramme og tydeliggør teksten, så eventuelle uklarheder desangående udviskes.

Efter aftale med skribenten bringes her i tidsskriftet den ene reaktion på den konkrete anmeldelse. Den anden reaktion har vi, trods ihærdige forsøg, desværre ikke fået grønt lys til at bringe, skønt den for os at se indeholdt sobre vurderinger og væsentlige synspunkter og som sådan kunne være en måde at åbne op for en diskussion og dialog blandt FASID's medlemmer. Reaktionerne har givet bestyrelsen anledning til refleksioner og til spørgsmål, hvis svar ikke umiddelbart er givet, men som kunne være udgangspunkt for interessante overvejelser og diskussioner: Hvad vil det sige at være et akademisk, kritisk forum? Hvad er kritik? Hvordan kan man give kritik/anmelde? Hvor går grænsen for, hvad der kan siges og ikkesiges? Hvordan kan man gå i dialog omkring anmeldelser? I de kommende numre af tidsskriftet lægges hermed op til en dialog og diskussion om kritik som fænomen, begreb og metode, som vi håber, at medlemmerne vil være med til at udfolde fra forskellige perspektiver. I forlængelse heraf har vi endvidere besluttet, at FASID's næste temadag d. 12. marts 2008 kommer til at handle om akademisk kritik. Vi håber, at I læsere vil tage imod invitationen til at deltage i en generel undersøgelse og debat af dette fænomen og dets rolle inden for sygeplejevidenskab. Pennen gives hermed videre.

Kommentar

til "Doktorgrad i sygepleje - en grad, der ikke findes..." af Karin Anna Petersen

Kirsten Lomborg, Leder af Afdeling for Sygeplejevidenskab. Institut for Folkesundhed. Det Sundhedsvidenskabelig Fakultet. Aarhus Universitet

Anmeldere må mene præcis hvad de vil, men bør holde sig til sagen – i dette tilfælde anmeldelse af en videnskabelig afhandling. Tidsskriftsredaktører er garanter for hvad der publiceres, og når det drejer sig om et tidsskrift som henvender sig til akademikere, må man forvente et ordentligt indholdsmæssigt niveau.

Afdeling for Sygeplejevidenskab tager afstand fra den tendentiøse tekst Karin Anna Petersen under betegnelsen "anmeldelse" har fået publiceret i *Tidsskrift for akademiske sygeplejersker* Nr. 3, Juli 2007. Afdeling for Sygeplejevidenskab har hidtil haft den praksis at levere anmeldereksemplarer af vore videnskabelige publikationer til tidsskriftet. Inden vi beslutter, om vi fremover vil følge denne praksis, efterlyser vi FASID's retningslinjer for og redaktionelle sagsbehandling ved anmeldelser i *Tidsskrift for akademiske sygeplejersker.*

At leve med uhelbredelig sygdom

- at begrænse dødens invasion og fremme livsudfoldelsen i tid og rum. Ph.d.-afhandling av Karen Marie Dalgaard.

Af Lizbeth Engström, doktorant, Pedagogiska Institutionen, Uppsala Universitet

Syftet med ph.d.-avhandlingen är att utveckla ny kunskap om hur obotligt sjuka människor och deras närstående upplever och hanterar ett obotligt sjukdomsförlopp i samspel med den professionella omsorgen under inflytande av olika kontextuella betingelser. Det är komplexiteten i det kontextuella samspelet mellan patienten, den närstående samt den professionelle författaren önskar få veta något om. De professionella avgränsas till sjukvårdspersonal såsom sjuksköterskor, andra vårdgivare, socialassistenter och de närstående avgränsas till den äkta makan/maken. De kontexter som studerats är det privata hemmet, en hospiceavdelning samt ett hospice. Detta fält är förhållandevis outforskat varför författaren valt att göra en explorativ, empirisk undersökning.

Hur den moderna till den senmoderna döden vuxit fram parallellt med socialpolitiska strömningar samt den framväxande omsorgsforskningen i Danmark redogör författaren för inledningsvis. Begreppet senmodern hämtar författaren från sociologen Anthony Giddens. Den moderna döden karakteriserades av tabun, institution, medicinska implikationer, kontroll och professionellt expertvetande medan den senmoderna döden står för öppenhet, det privata hemmet, sociala implikationer, accepterande, informell omsorg och lekmannakunnande.

Författarens forskningsstrategi är baserad på en modifierad variant av Grounded Theory med fokus på sociala processer och förlopp. Dalgaard motiverar sitt val av metodologisk strategi med bl.a. att Glaser & Strauss 1967 utvecklade Grounded Theory i samband med studier av döende på sjukhus i USA. Författarens ambition har inte bara varit att utveckla ny kunskap utan också att den ska vara teorigenererande. Det genomförda fältarbetet omfattar deltagande observation, formella och informella intervjuer. Dokument som journalanteckningar och brev har studerats och patienters, närståendes och sjuksköterskors berättelser om död och döende har analyserats. Här har författaren inspirerats av Hammersley & Atkinsson (1998) och Spradley (1980). Som läsare får man ta del av hur Dalgaard som forskare tänkt och hanterat de forskningsfrågor och problem hon brottats med samt hur hon avgränsat och hanterat själva processtänkandet.

För att formulera relevanta frågor då samspelet mellan aktörerna studerats kontextuellt har författaren inspirerats av Martinsens omsorgsfilosofi, Goffmans mikrosociologiska teorier samt Giddens analyser om dynamik i det senmoderna samhället. Utifrån dessa tre perspektiv studerades och analyserades sociala relationer som moraliska, stabila och dynamiska. Intervjuerna fokuserades kring tre huvudteman, fokus på förändringar i aktörernas situation som deltagare i ett obotligt sjukdomsförlopp, fokus på förändringar i det sociala rummet med fokus på samspelet mellan de obotligt sjuka, deras närstående och sjukvårdspersonalen samt fokus på de nära kontextuella betingelserna.

Personlig kännedom samt den egna

erfarenheten som sjuksköterska inom palliativ vård, menar Dalgaard var nycklarna till att få komma ut på fältet och genomföra undersökningen. De människor som underlättade tillträdet till fältet kallar hon för portvakter. Författaren har hämtat inspiration från Wadell (1991), vilken framhäver vikten av att inta flera roller ute på fältet för att få tillgång till olika data samt vinna tillit och förtroende på fältet. Att fältet bestod av synnerligen sårbara människor i oerhört sårbara situationer är något som författaren genomgående framhäver i avhandlingen. Fältarbetet genomfördes under ca ett och halvt år. Situationer där sjukvårdpersonal, de sjuka och deras närstående var samtidigt t.ex. i vårdsituationer, samtal, ronder valdes ut. Vid urvalet av informanter var ett av kriterierna att den sjuke skulle veta om att han var obotligt sjuk. Hur fältarbetet genomfördes är mycket noggrant beskrivet vilket också varit författarens ambition för att ge läsaren möjlighet till egen värdering.

Den empiriska undersökningen presenteras i tre delar; dödens scenario, dödens koreografi och dödens scenografi. I den första delen, dödens scenario har författaren identifierat tre olika strategier som uppdagats hos de äkta paren efter att den ena hälften erhållit diagnosen obotligt sjuk. De tre strategierna är dels "kontroll av sjukdomen" där de söker efter behandlingsalternativ för att hålla sjukdomen borta och stilla. Den andra strategin benämns "engagemang i livet" vilket innebär att man försöker leva ut sitt liv så mycket som möjligt. Man reser och gör det man alltid velat och gör det man inte tidigare hunnit med. Den tredje strategin är "resignation" där den sjuke ger upp och går in i en passivitet. I den andra delen, dödens koreografi koncentreras innehållet till det triadiska samspel mellan den sjuke, den närstående samt sjukvårdspersonalen. Här görs en spännande utläggning om platsen som man har, som man tar, som man inte tar och platsen man tilldelas i samspelet, vilket gäller för samtliga aktörer. Här blir det tydligt hur professionell, formell omsorg förenas och samverkar med informell omsorg på olika villkor. Att den sjuke patienten är i centrum betyder i praktiken att friska närstående inte har en naturlig plats i samarbetet runt och med patienten. I den tredje delen, dödens scenografi knyter författaren an till en livsfilosofisk teori (Thomassens, 1999) om tid. Tiden samverkar med kontexten vilken har betydelse för den omsorg som utövas av både sjukvårdspersonal och närstående.

Avslutningsvis presenterar Dalgaard sitt försök till teoriutveckling, en praktiknära substantiell integrerad kontextuell teori om hur obotligt sjuka människor och deras äkta hälfter lever med obotlig sjukdom. Författaren menar att det är en tentativ teori som både kan och bör utvecklas.

Dalgaards ph.d.-avhandling är en empirisk avhandling där författaren fått möjlighet att komma dem hon studerat in på livet. Empiriskt är avhandlingen så nära att vissa delar blir nästintill intima. Men eftersom författaren är så medveten om den sårbarhet som hennes informanter befinner sig i hanterar hon skickligt rollen som sjuksköterska och forskare på fältet. Det är genuin och värdefull kunskap som här blir synligt i det triadiska samspel vilket försiggår överallt där vård och omsorg utövas. Avhandlingen är dock något svårläst eftersom den omfattande teoridelen i början kräver sitt engagemang. Teoridelen är också omfångsrik och innehåller så många aspekter och delar att det ibland blir svårt att hålla ihop helheten. Trots det rekommenderas avhandlingen varmt till all sjukvårdspersonal men även till läkar-, och sjuksköterskestudenter, vilka torde ha stor glädje av och användning för dess innehåll inom framtidens sjukvård och då palliativ vård i synnerhet.

Uddannelse til professionsbachelor i sygepleje.

- En kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes læreprocesser under klinisk uddannelse i psykiatri. Linda Kragelund, Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag 2006.

Af Hanne Franklin, sygeplejerske, cand. pæd.psych., underviser på Sygeplejerskeuddannelsen København.

Bogen er en lettere redigeret version af Linda Kragelunds ph.d. afhandling, som bygger på en kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes læreprocesser under klinisk uddannelse i psykiatri. Formålet med det 3½ år lange forskningsprojekt var at beskrive og forklare sygeplejestuderendes læreprocesser under den kliniske uddannelse i psykiatri. Herigennem vil forfatteren opnå forståelse af, hvad der karakteriserer læreprocesserne med henblik på at optimere læring i praksis, blandt andet ved at afdække uudnyttede læringspotentialer.

Forskningsprojektet består af en kvalitativ empirisk undersøgelse med blandt andet interview af 11 sygeplejestuderende og en teoretisk analyse af læringsteori (Jarvis) samt teori om hverdagsliv (Heller), hverdagsbevidsthed (Leithäuser) og totalinstitutioner (Goffmann).

Linda Kragelund viser med bogen, at der er gode muligheder for at forbedre sygeplejerskers uddannelse i psykiatrien og rammer derfor højaktuelt ned hvor den nye nationale studieordning er under implementering. Bogen kan derfor med fordel inddrages i uddannelsesplanlægningen både regionalt og lokalt i CVU'er og på uddannelserne.

Med interesse i uddannelsesplanlægning som helhed og i det psykiatriske felt i særdeleshed, har jeg med interesse læst bogen og har følt mig indenfor bogens målgruppe. Den har helt sikkert været spændende læsning, men traditionen med at udgive en bog som en *lettere* omskrivning af et ph.d. projekt finder jeg stiv og utilgængelig i formen. Der ligger et ph.d. projekt, som er udtryk for et meget grundigt og omhyggeligt samt ekstremt tidskrævende arbejde og man kan jo gå til afhandlingen, hvis man for eksempel specielt er interesseret i forskningsgrundlaget. Men en bog, som kun er en lettere omskrivning, får ikke nødvendigvis nye læsere, da formidlingsformen stadig er meget tung. Anker Brink Lund, professor i medieledelse CBS har tidligere forsket i hvordan sundhedsfaglig viden formidles og siger i *Et slag for den faglige formidling og fagkritikken* (interview i Tidsskrift for Akademiske Sygeplejersker, Nr. 3, juli 2007) at kommunikation og formidling generelt underprioriteres i forskningsmiljøet. Alt for ofte er det baseret på afsenderperspektiv - formidlingen indad i faget og at blive taget alvorligt i det etablerede akademiske miljø. Ja, jeg kunne savne et tydeligere modtagerperspektiv i bogen - at der var lagt mere vægt på formidlingsdelen, så flere kunne få gavn af, at få øje på læringspotentialerne i klinisk praksis. Bogen kunne have interesse for alle der vejleder i forhold til klinisk uddannelse på professionsuddannelserne, hvor interaktion mellem mennesker er en væsentlig del af arbejdet.

I afhandlingens metodeafsnit behandler Linda Kragelund interessante problematikker og dilemmaer i forhold til forforståelse, rollekonflikt og organisatoriske forhold, der er specielt forbundet med at gennemføre forskning i en institution, hvor forskeren i forvejen er ansat. Som psykiatrisk sygeplejerske ansat i organisationen kan forforståelsen

af feltet betragtes som et nødvendigt afsæt for at få ny viden, men det kan også give "blinde pletter", som kan stå i vejen for produktion af ny viden. En måde at håndtere denne forskersubjektivitet på er, at forskeren bringer egne refleksioner over brug af forsvarsmekanismer ind i forhold til at håndtere rollekonflikter: Den nye rolle, som forsker i feltet, i forhold til den kendte formelle rolle, som uddannelseskoordinator. Denne brug af den psykodynamiske referenceramme giver ligeledes gode bud på, hvordan brugen af forsvarsmekanismer kan analyseres og derved afdække forskerens egne konflikter, parallelkonflikter mellem fagfællesskaberne og en grundlæggende konflikt - modstand hos sygeplejerskerne ved at blive "kigget over skuldrene".

Et helt centralt omdrejningspunkt i bogen er Peter Jarvis' læringsteoretiske begreb *disjuncture* (splittelse), som inddrages i analysen og videreudvikles til en kategoriseringsmodel for sygeplejestuderendes læreprocesser. Disjuncture forsøger at indfange den splittelse, der kan opstå i sociale situationer, som det enkelte menneske kan stå i. Det er karakteriseret ved forskellige grader af splittelse mellem personens biografi, der er summen af vedkommendes erfaringer (kognitivt bearbejdede bevidste og ubevidste oplevelser) og vedkommendes oplevelse af situationen. Hvor der er disjuncture, bliver vi usikre på, hvordan vi skal handle og bliver derved tvunget til at stille spørgsmål om ”hvorfor” og "hvordan" for at skabe eller opretholde mening i tilværelsen. Et interessant aspekt der fremhæves er, at det ikke altid er åbenlyst for den, der agerer, at der er splittelse mellem personens biografi og den sociale situation, vedkommende befinder sig i, mens det kan være åbenlyst for personer i vedkommendes omgivelser. Ved at vejlederne i projektet stillede spørgsmål til situationer, som de studerende tog for givet, skabtes disjuncture og på den måde genererede vejlederne ikke-rutine situationer for de studerende - herved ændres potentielle læresituationer fra ubevidste til bevidste og implicitte mål vedrørende professionel socialisering bliver eksplicitte. De studerende var altså ikke selv opmærksomme på disjuncture i konkrete sociale situationer, men blev det via deres kliniske vejledere.

På psykiatrisk afdeling indeholder døgnrytmen hverdagsaktiviteter som at købe ind, dække bord, lave mad som egentligt er velkendte for de studerende, men fordi konteksten er anderledes - psykiatrisk, bliver der tale om *pseudo-hverdagslivsaktiviteter*, som er et andet begreb bogen bidrager med. Det er aktiviteter, som hverken patienter eller studerende kan udføre på en taget-for- givet maner. Patienterne fordi de ikke er i stand til at anvende deres forsvarsmekanismer konstruktivt og de studerende, fordi den psykiatriske kontekst bevirker, at deres hverdagsviden ikke slår til, da de endnu ikke har tilegnet sig de kollektive professionelle rutiner. Gennem ageren i disse pseudo-hverdagsaktiviteter og ved at fokusere på læreprocesserne indenfor disse, får de studerende mulighed for at tilegne sig normer, regler og holdninger gældende for det psykiatriske felt samt mulighed for at tilegne sig viden og færdigheder i forhold til at udøve psykiatrisk sygepleje. Her peger Linda Kragelund på et godt læringspotentiale - at de sygeplejestuderende tilegner sig relevant faglig viden når de er sammen med patienter i dagligdags situationer og at de kan få en meget bedre uddannelse i psykiatrien ved, at der via de erfarne medarbejdere skabes en større bevidsthed om disse læreprocesser.

Hovedbudskabet i bogen er, at både studerende og de kliniske vejleder skal være opmærksomme på, at situationer som af alle antages for at være rutine situationer gennem denne analyse viser sig at være ikke-rutine situationer. De stu-

derende står i potentielle læresituationer, når de interagerer alene med patienter. Styrken er at der tydeligt peges på, at i en række af de dagligdags rutinemæssige opgaver som sygeplejersker udfører, at give medicin, at hjælpe patienter med at få mad osv., ligger der oversete læringsmuligheder, som bare venter på at blive udnyttet. På baggrund af dette argumenterer Linda Kragelund for, at målet må være, at der udvikles kliniske uddannelsesmiljøer, hvor individuelt og kollektivt ubevidst potentielle læresituationer for sygeplejestuderende bliver transformeret til individuelt og kollektivt bevidste læresituationer. Dermed vil det være muligt at optimere og forbedre læring i praksis væsentligt og kommer der dette ud af det, har bogen vist sin berettigelse.

Denne bog bidrager således med resultater, der føjer nye begreber og metoder til udvikling af den kliniske del af sygeplejerskeuddannelsen og jeg kan anbefale, at den anvendes i forhold til implementeringen af den med spænding ventede nye nationale studieordning.

Til forsvar for kritikken

Rasmus Willig, Hans Reitzels Forlag, 2007

Af Bent Olen, ph.d., mag. art, lektor i pædagogik ved CVU Vest i Esbjerg.

Rasmus Willigs (RW) bog er en lettere omskrivning af den ph.d.-afhandling, der blev forsvaret ved det samfundsvidenskabelige og økonomiske institut på Roskilde Universitetscenter i 2006.

Bogen præsenteres gennem enkelte betragtninger over RW's projekt, som en mere detaljerede indholdsbeskrivelse endte med at vige for. Det siger måske i sig selv noget om bogen, at dens mangfoldighed og ambition ikke lader sig fortælle i kort oversigtsform, og at projektet kan vække en opmærksomhed. Det er ganske overvældende at blive konfronteret med RW's ambition. Ikke alene gennemgås en række socialfilosofiske og sociologiske undersøgelser af samfundskritikkens vilkår, den munder også ud i et egentlig program for en emancipatorisk indrettet kritik.

Det kan måske undre, at et arbejde som RW's, der er så socialfilosofisk indrettet, forsvares ved et samfundsvidenskabeligt og ikke et filosofisk fakultet. Oven i er det et programarbejde, der vil anvise en vej for en kritisk sociologi med ønsket om, at sociologien må blive en megafon, et medie for grupper i samfundet, hvis stemme anses for at være for spag til at blive hørt. Sådanne programerklæringer, hvor en historisk institution - her sociologien - skal sættes i bevægelse i andres tjeneste af dens legitime repræsentanter er en temmelig kendt figur. Det er her på forhånd udpegede undertrykte grupper, der skal tilbydes en sådan stemmeforstærker, at de lader sig høre, hvor de rådende og privilegerede er positioneret. Det programmatiske varsel i bogens titel er ganske sigende, men alligevel er indholdet i dens ærinde ikke et forsvar for kritikken.

For sociologien skal nemlig sættes i bevægelse for et aktivt program, hvor samfundskritikken skal sættes i emancipationens tjeneste. Kritikken skal sættes ind, hvor forhold i samfundet ikke giver mennesket tilstrækkelige betingelser for at opnå anerkendelse. Med "anerkendelse" kan linien anes som bearbejdelser af det seneste grenskud på Frankfurterskolens træ, den tyske socialfilosof Axel Honneth, direktør på det historisk berømte Institut für Sozialforschung i Frankfurt. Honneth blev for alvor kendt her hjemme med bogen "Behovet for anerkendelse" og senere med det egentlige værk "Kampen om anerkendelse, Sociale konflikters moralske grammatik" fra 2006, oprindeligt udgivet i 1992. "Anerkendelse" skal ikke forstås på nogen spontan og hverdagslig måde, men er hovedbegrebet i en omfattende og abstrakt teorimodel, der bl.a. skal tjene til at diagnosticere samfundets sociale og individernes subjektive sundhedstilstande, som en historisk funderet samtidsdiagnose over anerkendelsesbetinger. Det er typisk her og bogen igennem, at man fra den position, som RW aktivt deler med Honneth, allerede i udgangspunktet går til det sociale med "diagnose" som var det en indlagt syg patient.

I bogens sidste kapitel opstiller og følger RW ti trin, der skal bringe en kritisk teori i kontakt med det, kritikken søger som sin genstand, mundende ud i et bud på en fremtidig kritisk teori. Ambitionen er en kritik, der, som det hedder på side 166, vil "*være langt mere empirisk informeret*". Det er imidlertid ikke helt klart, hvad der præcis skal forstås ved en "*empirisk informeret*" kritisk sociologi, og i min læsning kommer jeg også til at lede forgæves i programkapitlet. Det hele er bygget op på en antropologisk tese, der undersøger de "*uforanderlige forudsætninger for menneskets foranderlighed*", hvor RW hævder,

at ethvert subjekt besidder en form for naturalistisk eller essentiel kritisk "*evne*", som det hedder på side 169.

Denne "*impuls*" gøres til den grundlæggende forudsætning for menneskelig eksistens, altså en ahistorisk "kraft". Allerede her tøver jeg med at følge med videre, godvilligt. - Men her fra fortsætter det derudaf over Honneths begreb om uretsbevidsthed, over dennes begrundelsesstrategier, Honneth versus Habermas, videre til programerklæringen for en kritisk teori, over kritikkens mulige modsætninger og endeligt til en præcisering af de opgaver, der skal løses, for at programmet kan få et teoretisk og empirisk indhold. Hvordan alt det går for sig, hvordan ræsonnementerne logisk binder det hele sammen, skal jeg ikke vurdere, for det ser jeg mig ikke i stand til på de præmisser, der lægges frem, hvilket udmærket kan bero på min ukyndighed.

Det forekommer mig, at RW's projekt munder ud i et program, der på en måde er ikke-refleksivt. Den emancipationssøgende eller - tilbydende kritik er en praksis, nogen tænkes at udføre. Men det er lagt perspektivblindt op, da hele programmets konstruktion ikke synes at give nogen adgang til sit eget sociale vilkår; det forekommer mig, at kritikeren må forblive socialt hjemløs, en samaritan eller et åndeligt forsyn med et pludseligt monopol på det gode. Og her kender ingen mere forskellen på frigørelse og formynderi.

Det er paradoksalt at ville sætte sociologien i bevægelse alene som en kritisk emancipatorisk institution uden at bevæge sig ind i sociologiens og sociologernes "værksted", uden stort set at behandle, hvad der bedrives her, nemlig en videnskabelig praksis. Bogens referencer til "empiri" synes at være erstatningen her for. Sociologien behandles typisk socialfilosofisk og som teoretisk teori - måske det kunne have været nyttigt med et tidligt kapitel med et håndfast greb om forholdet mellem filosofi og sociologi i de positioner, der leder hen til programmet.

De første seks kapitler er gennemgange af en række kritikbegreber og -positioner, hvor RW foreløbig standser op og tager fat i begrebet om anerkendelse og i Honneths kritiske teori. Mens det hele er formidlet med en helt igennem suveræn klarhed, får læseren dermed et meget tilgængeligt indblik i både klassiske og nyere undersøgelser af samfundskritikkens praksis og dennes skiftende vilkår. Det aller sidste afsnit i kapitel seks er en lille perle om "neoliberalisme", hvor RW opstiller og bearbejder tesen om, at dette samfundsvilkår ikke alene skaber flere selvrealiseringmuligheder, men også gør disse muligheder tvungne.

Hele projektet er sensitivt over for sin tradition: den kritiske teori fra Horkheimer og frem efter. I traditionen har der lige fra start af været en form for operativ konstans, ikke en antropologisk, men knyttet til "natur", dels hos Freud, og dels hos Marx sådan som bl.a. Alfred Schmidt har undersøgt det. Efterfølgende kan man godt efterspørge et kapitel, der fulgte en bestemt linie i denne kritiktradition, nemlig hvordan et emancipatorisk minimum eller lignende løsninger er blevet formuleret og omformuleret inden for traditionens godt 70 årige historie. Om det kunne have gjort noget ved hele projektet, har jeg ingen egentlig anelse om, det er sikkert en blindgyde. Men det forekommer mig, at der her måske ville være mere at byde på end en antropologisk tese om "kritiske evner"?

Hvad kan "*Til forsvar for kritikken*" tilbyde mellemuddannelserne og de erhverv, de er forbundet med? På sin vis er "kritik" i allerbredeste forstand som utilfredshed, overbevist tilfredshed, teoretiske positioneringer og aktive forestillinger om det bedre, hverdagsforeteelser i en løbende strid mellem dem,

der rør på sig. De samme erhverv og uddannelser har tillige på hver deres måde været leveringsdygtige i deres bud på, hvordan "den anden" - patienten, klienten, barnet, den handicappede - burde beskyttes, behandles og beriges. "Kritik" er derud over en indbygget logik i den måde, human-, samfunds- og naturvidenskabelig viden produceres på, for slet ikke at tale om, hvordan forskningens institutioner fungerer internt og eksternt. Sådanne videnskabelige vidensformer indgår sammen med så meget andet også i mellemuddannelsernes egen udrustning, endskønt omfang og karakter ikke kan fortælles i én sætning. Så jo, "kritik" er en allesteds nærværende social og diskursiv praksis. Men at ville have statslige udannelsesinstitutioner som mellemuddannelserne og andre, der har "loyale embedsmænd" - sygeplejersker, pædagoger, lærere, læger m.fl. - som output, i bevægelse for anerkendelsens emancipationsprojekt, rejser flere modsætninger, end det giver mening. Blot påmindelsen om uddannelsessystemets driftsikre måde at reproducere en dominerende legitim kultur på og tillige reproducere afstandene mellem de sociale klasser kan antyde, at det nok ikke er her, emancipationens vugge har sin oplagte plads.

Men måske er der analytiske elementer i hele dette anerkendelsesprojekt, der kan få øje på, hvordan social-, sundheds- og uddannelsessystemerne kan have deres måder at skabe, påtvinge og formøble selvrealiseringmuligheder på. Det kræver imidlertid noget så gammeldags som at tvinge en skelnen ned imellem "er" og "bør", mellem en oplyst rationalitet og en praktisk moral. Det dør kritikken ikke af, men er måske snarere dens overlevelseschance?

"Guidet Egen-Beslutning"

- som arbejdsmetode i sygeplejen til forældre med for tidligt fødte børn

Anmeldelse af: Familiecentreret pleje i en højintensiv neonatalafdeling. Kandidatspeciale af Janne Weis. Udgivet af Afdelingen for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. 2006

Af Susan Ptak Rasmussen, ph.d. stud., sygeplejelærer ved CVU Syd, Sygeplejerskeuddannelsen i Næstved

Forfatteren beskriver i sin indledning, at specialet handler om mellemmenneskelige relationer imellem forældre til for tidligt fødte børn, indlagt på en neonatalafdeling, og sundhedsprofessionelle med særligt fokus på relationer og kommunikation mellem forældre og sygeplejersker. Ydermere er omdrejningspunktet, hvordan forældre oplever kvaliteten af relationer og kommunikation og den indflydelse, det kan få på bevarelse og styrkelse af forældrenes selvbestemmelse og integritet. På vej hen mod problemformuleringen ændres fokus til at omhandle en afprøvning af en metode, inspireret af "Guidet Egen-Beslutning", hvor problemformu-leringen bliver et spørgsmål, om nævnte metode kan anvendes til styrkelse af en dynamisk og frigørende kommunikation og refleksion i den mellemmenneskelige relation mellem sygeplejersken og et forældrepar til et langtidsindlagt for tidligt født barn.

For at undersøge problemformuleringens spørgsmål anvender forfatteren et litteraturstudie, som synes omfattende og svarende til det niveau, som forfatteren har lagt for dagen. Forfatteren har et godt overblik over den anvendte litteratur, som denne formår at referere til kontinuerligt. Der er ligeledes udarbejdet oversigtsskemaer, hvor litteraturen grupperes efter temaer, som forfatteren har udledt af litteraturgennemgangen. Som læser havde man dog forventet eget empirisk studie, jævnfør indledningen og problemformuleringens ordlyd.

I næste fase gennemgår forfatteren metoden "Guidet Egen-beslutning", som er en metode, hvor samarbejdet er omdrejningspunktet, hvor der lægges fokus på relationelle problemløsninger mellem professionelle og patienter med kroniske lidelser, og hvor samarbejdet guides gennem anvendelse af semistrukturerede arbejdspapirer, også kaldet støttepapirer. Forfatteren er dog klar over, at metoden ikke er afprøvet i forhold til forældre til for tidligt fødte børn, og gør sig her nogle overvejelser i forhold til, om metoden kunne tilpasses denne form for "patienter", som ikke i lighed med kroniske patienter overvejende har et kontinuerligt og fremadrettet forløb. Tværtimod har de et uforudsigeligt forløb med mange usikkerhedsmomenter omkring liv og død, som må antages at medføre forældrene belastninger, hvor dét at forholde sig til papirer og samtaler af den karakter, kan anses for uoverkommeligt. Forfatteren gennemfører en pilottest, hvor det også viser sig, at denne har vanskeligheder med at rekruttere forældre, og hvor dagligdagen er hektisk med bl.a. ændringer i barnets tilstand, eller ændringer i forældrenes planlægning, som vanskeliggør deltagelsen. Der var interesse fra personalets side, men forhindringer som travlhed, sygdom og vagter vanskeliggjorde pilottesten.

Forfatteren stiller efterfølgende også spørgsmålet: Hvad skal der til for at lykkes? Og hun konkluderer, at det er nød-

vendigt med en fælles forståelse, og at metoden bør introduceres til alle sygeplejersker. Forfatteren kommer desværre ikke med forslag til, hvordan det kunne implementeres i dagligdagen, udover at der bør afsættes god tid til introduktionen. Det havde været en styrke, hvis forfatteren havde inddraget læringsteorier og ledelsesteorier i forhold til, hvordan det så lykkes at indføre nye processer i en travl afdeling.

Forfatteren beskriver i sin kildekritik, at indsamling af eget empirisk materiale som interview, nok ville have været en styrke i opgaven. Forfatteren har et godt analytisk overblik over den anvendte metode i specialet, men specialets svaghed overordnet set er, at forældre defineres som en samlet betegnelse for en gruppe personer, som man får oplevelsen af, har fælles opvækst og fælles forforståelse i forhold til rollen som forældre, samt det at magte udviklende samtaler og overblik over situationen. Der mangler en differentiering i forhold til gruppen af forældre, som både består af etniske minoriteter, unge og ældre forældre, samt forældre med vidt forskellige sociale baggrunde, som ikke alle har de samme kompetencer til rollen som kompetent samarbejdspartner. Det kan derfor antages, at metoden "Guidet Egen-beslutning"s succes må afhænge af de kompetencer, som forældrene medbringer i forhold til kommunikations evne, selvanalyse og evnen til at tænke relationelt problemløsende. Hvorvidt metoden kan anvendes "til en styrkelse af en dynamisk og frigørende kommunikation og refleksion i den mellemmenneskelige relation mellem sygeplejersken og et forældrepar til et langtidsindlagt for tidligt født barn", konkluderer forfatteren selv, at pilottesten tyder på. Men pilottesten har som sådan ikke haft fokus på at svare på dette spørgsmål, så forfatteren udleder dette svar ud fra de kommentarer, der har været undervej i afprøvningen af støttepapirerne i pilottesten, som derfor bekræfter forfatterens egen konklusion om, at der kun kan være tale om antydninger.

Bogen kan anbefales til kommende studerende på kandidat- eller masterniveau, som "metodevejviser", da den metodisk lever op til forventningerne og har en særlig styrke i litteraturgennemgangen og anvendelsen heraf.

Lean implementering i danske virksomheder

Thomas B. Christiansen, Niels Ahrengot og Michael Leck, Børsens Forlag 2006.

Af Henriette Pedersen, Adjunkt, Cand. scient.soc i psykologi og virksomhedsstudier, Sygeplejerske.

Eftersom lean er ved at blive et udbredt fænomen i det danske sygehuse1, er det relevant at se, hvad Thomas B. Christiansen, Niels Ahrengot og Michael Leck's bog "lean - implementering i danske virksomheder" kan tilbyde det danske sundhedsvæsen.

Bogen er let læselig. Selvom den er henvendt til toplederen og specialekonsulenten, kan den godt læses af alle medarbejdere, uden at man har særlige organisatoriske forudsætninger. Det er en opskriftsbog med henblik på at sælge lean konceptet til danske virksomheder, underbygget og krydret med historier og cases, der skal fremhæve lean konceptets succes. Der er mange interessante historier, men ikke alle indeholder substans.

F.eks. er der historien om, hvordan en af de mandlige konsulenter efter et lean kursus revolutionerede organiseringen af servicet i opvaskermaskinen med det formål, at når store tallerkener står sammen, små tallerkener står sammen, gafler står sammen osv., så er det nemmere at fylde og tømme maskinen, og der spares dermed tid og unødigt spild undgås. Der er jo i sig selv ganske rigtigt, men jeg finder intet nyt og revolutionerende i det. Tværtimod er det ganske almindelig sund husmoderfornuft.

Bogen er bygget op over fire dele. Først med en præsentation af historien bag lean, for dernæst at gennemgå selve lean konceptet, som består af 5 principper: Identificer kundeværdi, skab værdistrømme, skab flow uden stop, indfør nye styringsprincipper og som det femte princip - lav kaizen, det vil sige løbende forbedringer, hver dag. I anden del gennemgås også 7 spildtyper med det formål at identificere og fjerne muda (spild). Tredje del af bogen omhandler, hvordan man får succes med lean. I fjerde og sidste del er der fokus på, hvordan lean spreder sig ud til større og nye områder, bl.a. sygehussektoren.

Som læser uden særligt kendskab til Japan og den japanske kultur, kan alle de japanske begreber der omtales godt virke forstyrrende, men omvendt er de nødvendige, da de udgør en væsentlig del af lean konceptet. Men man skal ikke lade sig overrumple, da tilsvarende begreber og ord findes på dansk. Men skal man være tro mod konceptet, er det meningen at de japanske udtryk skal anvendes.

Formålet med at præsentere baggrunden for lean er på sin plads, da den japanske kultur adskiller sig væsentligt fra den danske kultur. I bogen fremføres det, at der i hver enkelt virksomhed kan udvikles en særlig form for lean, som dog hver gang skal udvikles fra grunden af.

I bogens anden del hvor de 5 lean principper gennemgås, skal man som ansat på et sygehus være opmærksom på at omdefinere det meget virksomhedsorienterede sprogbrug og forståelse til den "hvide verden". Når det i første princip handler om at identificere kundeværdi og finde ud af, hvad det er kunden vil have og så fjerne spildaktiviteterne, kan det umiddelbart være vanskeligt overførbart til sygehusene. Ydermere fremstår det, at værdien define-

res for kunden som forholdet mellem nytte og pris. Hvad betyder det at vi på sygehusene betragter patienterne som kunder? Og hvilken indflydelse har det for kundeværdien, at kunden på det offentlige sygehus ikke betaler direkte til producenten.

I lean laver man ikke bevidstløs omkostningsreduktion, i stedet fjerner man de aktiviteter, der ikke skaber værdi for kunden. Dvs. at man skal identificerer kundens behov. Forfatterne angiver, at kundens behov f.eks. kan være en høj kvalitet. I hospitalssektoren skal vi så selv definere hvad en høj kvalitet er. Kunne det, blandt meget andet, f.eks. være ventetiden, der skæres ned eller helt væk, for dermed at bidrage med kvalitet til patienten?

Evnen til at producere uden nødvendige aktiviteter, spild (muda) – det giver mulighed for at have lavere priser (eller højere indtjening). Det er der jo ikke noget nyt i, er der nok nogle der vil hævde. Men det er der. For der hvor lean adskiller sig fra andre koncepter, er ved at den tid og de ressourcer der bliver frigivet ved sådanne kritiske analyser af arbejdsgange og rutiner skal blive i afdelingen og netop anvendes til at skabe mere værdi til kunden/patienten. For at understrege, hvor godt dette fungerer, er der løbende små historier fra erhvervslivet. De er (selvfølgelig) alle succeshistorier, så man skal som læser selv forholde sig kritisk til dem.

At arbejde ud fra kundeværdi og herunder fjerne muda (spild) handler om at ændre kultur. Hvordan gør man så det? Det skriver forfatterne kun ganske lidt om senere i bogen, f.eks at lederen er rollemodel. Men - der skal nok lidt mere til.

Det er en god idé med gembabokse i slutningen af hvert kapitel. En gembaboks er en kort opresumering i form af stikord til, hvad man kan gøre "på stedet" på baggrund af kapitlets emne.

Fjernelsen af unødvendigt spild er en forudsætning for at nå de høje lean mål om værdistrømme, flow og lean- styring. Spild kan f.eks. være tidsspilde (ventetid), unødvendige lagre, ulogiske arbejdsgange m.m. Værktøjet de 5 S'er præsenteres. Det er et værktøj der står for at renholde og holde orden på arbejdspladsen. De 5 S'er står for Sortere, Sætte i system, Støve af, Standardisere og Selvdisciplin. Værktøjet 5S kan f.eks. bruges ved, at alt tages ud på gulvet og man diskuterer om man har brug for det. Har man ikke brugt det i 2 uger - skal det fjernes. Det kan man jo så forholde sig kritisk til i forhold til flere situationer. F.eks. skal man overveje, om man skal fjerne remedier på en akut vogn der ikke har været brugt de sidste 2 uger. På den ene side er det pladsbesparende at fjerne disse remedier men på den anden side er der stadig mulighed for akutte situationer hvor det er livsnødvendigt at have disse remedier inden for rækkevidde. På det sæt er sygehusene anderledes end mange af de virksomheder der omtales i bogen. Det svarer jo lidt til at fjerne nogle forebyggende foranstaltninger. Foranstaltninger som helst ikke skulle bruges, men hvis behovet opstår, er det nødvendigt at de er der. Derfor skal sygehusene være opmærksom på ikke ukritisk at "leane" alting.

"Vi skal vente med at lave noget nyt indtil en kunde beder om det" er endnu en tanke bag lean konceptet. Men hvorledes hænger det sammen med konkurrencesituationen, nyudvikling og proaktive medarbejdere? Udsagnet holder kun, hvis det er kunden der skal efterspørge sit behov, for eksempel i form af nye produkter. Udsagnet gælder ikke de virksomheder, der opfinder/skaber behov hos kunderne. Gælder heller ikke hovedparten af sygehusets kunder.

Den meget ventetid og spild tid der er ved møder, tilstræbes i lean at overkommes ved at holde korte stående møder på 5 - 15 min ved en planlægningstavle, hvor man med det samme kan få en status og evt. lave en revideringer i hand-

linger, før det bliver alt for komplekst. Her kan sygehusene med fordel trække på lean konceptet, da møder netop er en af tidsrøverne i komplekse organisationer i dag. Man skal dog forholde sig til om der også er mulighed for, at refleksionen kan komme frem ved andre lejligheder end lige på den skemalagte kaizen event, hvor de løbende forbedringer drøftes.

I afsnittet om værdistrømme beskrives værdistrømsanalyser, hvor produkter reelt har en gennemløbstid på 18 dage, men kan laves på 2 dage. Det svarer til tankegangen bag accelererede patientforløb, som jo er godt kendt på sygehusene.

At skabe flow i de tilbageværende aktiviteter, er det princip 3 handler om. En løsning på ventetid i sager er ifølge forfatterne FIFU princippet, dvs. først ind - først ud princippet. Der er ikke en bestemt person knyttet til en bestemt sag, men alle medarbejdere skal kunne tage alle sager. Hvordan stemmer dette overens med kontaktpersonprincippet på sygehusene?

For nogle elementer i lean tankegangen kan det være svært at se, hvordan de kan bidrage til forbedringer på sygehusene. Find tilpas seriestørrelser er der et princip der hedder. Det handler om at undgå overproduktion (fyldte lagre) Når servicen (pleje og behandling) er ydet i sundhedssektoren, lægges patienten ikke på lager! Hvordan skal det tænkes ind så man undgår overproduktion i sundhedssektoren? Hvad er fyldte lagre i relation til patienterne, udover de helt konkrete eksempler med fyldte medicinskabe og fyldte linnedrum?

Vejen frem for sygehusene går fra en organisering med faglige specialer i højsæde til en organisering med flow - også kaldet flow layout. I sygehusene er vi allerede gået til mere produktionsorienterede organiseringsformer med mange forskellige specialister i et fælles team, netop med henblik på at have patienten i centrum. (Det patientfokuserede sygehus). Men måske kan vi lære endnu mere af lean tankegangen, idet flow layoutet ikke har været det direkte fokus i opbygningen af det patient fokuserede sygehus. Yderligere er indføring af enkelt styks produktion en måde i lean tankegangen der skaber flow og minimerer spildtid. Skal man f.eks. vente på at samle et bestemt antal blodprøver før de sendes af sted til analyse eller kan de analyseres med det samme når de er taget (som ved akutte blodprøver)? Hvor i sygehusene kan det ellers tænkes ind?

Det 4 princip omhandler indføring af nye styringsprincipper og benævnes pull hvilket betyder, at man først skal gå i gang med at producere, når kunden beder om varen. Det skal give mening, den igangsættende impuls skal komme fra kunden. Hvad betyder det for sygehusene i og med, at vi ikke overproducerer. Eller gør vi og kan vi derfor lære af dette princip? Kunne det at tage standardblodprøver på alle nyindlagte patienter ikke være en form for overproduktion?

For at nye styringsprincipper skal fungerer, skal man ifølge lean konceptet undgå overbelastning. Overbelastning defineres ved de 3 MU'er: muda (spild, lagere m.m.), muri (uforsvarlig arbejdsbelastning af mennesker og maskiner) og mura (ujævn arbejdsbehandling af medarbejdere og maskiner, f.eks. store belastningsperioder). Muri medfører nedslidning af medarbejdere eller maskiner der igen medfører dårligt arbejdsmiljø og stress. Mura medfører spild pga. den ujævne arbejdsbelastning. Hvis det fjerde leanprincip om at indføre nye styringsprincipper, så især muri og mura kan undgås, vil lean være en kæmpegevinst i sundhedssektoren. Realistisk kan det bare være svært at se, hvordan den ujævne og uforsvarlige arbejdsbelastning af medarbejderne kan forsvinde eller i det mindste minimeres, blot ved at indføre nye styringsformer.

Netop ved dette punkt kan lean nemt

kommet til at miste troværdigheden, fordi sygehusene vedr. arbejdsbelastningen kan betragtes som en gordisk knude, idet det er nemt nok at lægge planer for hvordan man skal løse problemerne f.eks. at ansætte mere personale, men svært at føre ud i livet, idet der ikke er muligt at skaffe alt det nødvendige personale.

Kaizen kunne nok være et af de særlige nyttige begreber for sundhedssektoren, som lean konceptet sætter i spil. Kaizen betyder løbende forbedringer og involverer alle medarbejdere alle steder i virksomheden. Der findes forskellige værktøjer der kan understøtte kaizenmødet, f.eks. kaizentavlen og målstyringstavlen. Tavlen skal være i centrum for møder om resultaterne og tilstanden i teamet. Hvis kaizen ikke blot kommer til at virke som en kunstig situation, men bliver taget alvorligt, så er det netop her, der er rum for at alle medarbejdernes kreative idéer kan komme frem i plenum. På stedet vurderes hvor stor en effekt idéen vil have, samt hvor lang tid den vil tage at implementere. Og så er det eller bare med at føre idéerne ud i livet.

Bogen indeholder et afsnit specielt møntet på lederen og hvad der er vigtigt for leanledelse. Bl.a. at lederen skaber tid, er blandt de ansatte "på gulvet" - altså er synlig, faciliterer og efterspørger forandring m.m. Jeg havde ved en hurtig gennembladning af bogen spottet, at nogle af eksemplerne var fra sygehussektoren, hvilket jeg glædede mig til at læse. Derfor blev jeg noget skuffet, da jeg læste om ledende oversygeplejerske Helle.

Forfatterne skriver, at det er de ældre sygeplejersker i en afdeling der normalt vælges til at blive oversygeplejersker. Der mangler belæg for denne påstand. Tværtimod dokumenterer nyere forskning, at for de sygeplejersker der vælger oversygeplejerskejobbet er det ikke et tilfældigt valg, men et bevidst valg 2. Så når der popper sådanne fordomme op mister bogen troværdighed og bliver for letkøbt. Fremstillingen af ledende oversygeplejerske Helle anses ikke som tro mod virkeligheden på et sygehus. Hun fremstilles som en person, for hvem det kommer som en overraskelse, at der er mange igangværende projekter som hun er ansvarlig for og skal følge op på. At det er en del af jobbet som ledende oversygeplejerske er næppe en overraskelse for oversygeplejerskerne. Derudover beskrives Helles dag som en stor afbrydelse hver gang hun viser sig på den ugentlige dag i afdelingen og at hun løbende skubber en masse ting hun ikke når til næste dag. Dette mønster følger dag efter dag. På baggrund af ovenstående må jeg konkludere, at figuren ledende oversygeplejerske Helle ikke har nogen lederuddannelse eller kendskab til organisering, hvilket ikke er særligt sandsynligt for en oversygeplejerske i Danmark i det 2100 århundrede.

Ifølge forfatterne løses Helles problemer ved at bruge lean konceptet til at lave struktur i en kaotisk plan, således at hun bliver synlig og nærværende hver dag og med en fast plan for møder, m.m. Helle ser indad og erkender, at det er hende der er den største årsag til kaos'et. Hun begynder at være mere i afdelingen, holder de planlagte faste møder og inddrager medarbejderne samtidig med at hun langsomt overdrager generering af løsninger og gennemførsel af problemer til medarbejderne. Det lyder jo som en ægte succeshistorie. Men der fokuseres noget ensidigt på, at det er Helle selv der er den største årsag til problemerne. Hele omverdenen og de vilkår sygehusene er underlagt i det daglige skeles der overhovedet ikke til. Da Helles faglige kompetencer ikke afspejler virkelighedens oversygeplejersker sælger historien ikke lean konceptet særligt godt. Så hvis forfatterne vil sælge lean konceptet på uægte3 historier må de have deres baggrundsresearch på plads.

I kapitel 10 ses der på motivation og lyst til lean implementering fra medarbejderne, og kulturen kommer ligeledes på banen. Begge emner behandles overfladisk. Her bliver man nødt til at støtte sig til anden uddybende litteratur.

Hvilke anvendelsesmuligheder har bogen for sundhedssektoren? Bogen er en opskriftsbog - en værktøjsbog. Der kan så diskuteres for og imod, hvordan de forskellige værktøjer er hensigtsmæssige for sundhedssektoren, og på den måde bidrager bogen som et konkret værktøj til en forbedringsproces. At mennesker og dermed organisationer så ikke altid følger teorien, forklarer jo blot at mennesker er mennesker, og at man dermed langt fra altid kan forudsige deres adfærd og reaktioner. Lean på et sygehus kan være godt og relevant på nogle områder, mens det på andre områder måske er sværere, mindre hensigtsmæssigt og især mere udfordrende. Det gælder især der hvor det er direkte patientrelateret procedurer, der leanes.

Forfatterne mener, at der med lean kulturen kan skabes ressourcer, tid og rum i en stresset hverdag til at kigge fremad, idet lean jo også handler om at reducere kompleksiteten og finde enkeltheden frem i det arbejde, der udføres. Forfatterne mener endvidere, at sygehusene hører under den kategori af nye områder, vi skal høre succeshistorier fra. Med hensyn til kompleksiteten omkring arbejdsgange og organisering på sygehusene, ja så er der mange områder, der kan reducere eller fjerne muda til gavn for patienterne og personale

Forfatternes budskab er, at lean primært skal ses som en tankegang, der fører til, at virksomhedens måder at udføre arbejdsgangene på er hensigtsmæssige og ikke anvender unødige ressourcer.

Der bliver derved flere ressourcer at sætte ind på de strategiske vigtige vækstområder, hvad det så end måtte være. Det er jo i høj grad noget sygehusene kan bruge. Lean er formentlig en succes, fordi man umiddelbart kan aflæse resultater. Den virkelige prøve bliver, om den aktuelle ledelse er i stand til at fortsat at være kulturbærer og om lean kulturen forankres i den enkelte afdeling på sygehuset. Samtidig går prøven på, om medarbejderne kan finde autonomien og frihed i arbejdet, når de arbejder under et så stramt styringssystem, som lean er. Med hensyn til fremtiden for lean i sygehusene, så skriver forfatterne, at langt de fleste sygehuse i dag er i gang med at udfør lean, så de venter store resultater på dette område i de kommende år. Ved at se på overleveringerne mellem afdelinger og forskellige faggrupper, og ved at se på værdistrømmen fra patienternes synsvinkel og huske alle procestrinene, forventer forfatterne at sygehusene kan opnå en stor gevinst ved hjælp af lean tænkning.

Har lean succes i dag bl.a. fordi det er en værktøjskasse og dermed et metodesæt der er så konkret beskrevet, at værktøjet blot skal fiskes op af værktøjskassen? Hvis svaret er ja, kunne en af forklaringerne på leans succes være, at vi netop har brug for de konkrete og afgrænsede muligheder lean giver, i en foranderlig og hyppig omskiftelig verden med konstante nye krav fra kunder/patienter og øvrige interessenter. Leans succes skal ses i lyset af de fremherskende logikker i samfundet i alt fald inden for det offentlige, der handler om hvordan vi får mest muligt ud af det eksisterende. Leans succes skal også ses som et konkret værktøj i en verden fuld af valgmuligheder. Under de vilkår er der mange elementer fra bogen "Lean implementering i danske virksomheder", som også sygehusene kan finde inspiration i og have gevinst ud af. En proces der allerede er i fuld gang på flere sygehuse.

(Fodnoter)

1) Ifølge tv indslag fra tv2Lorry december 2006 har eller er 3 ud af 4 sygehuse i gang med leanprojekter.

2) I Erik Elgaard Sørensens ph.d afhandling fra 2006 om Sygeplejefaglig ledelse fremgår det tydeligt, at oversygeplejerske jobbet ikke er et job man tilfældigt tager fordi man er blevet opfordret til det, men et bevidst fagligt og karrieremæssigt valg.

3) I forlængelse af historien om Helle skriver forfatterne, at de afslutningsvis vil bringe en ægte historie om en direktør …

Indsigt i eksistensen og patientrollen ad en anden vej

- En slags anmeldelse. Anmeldelse af Torben Brostrøm: Ventetid. Om ikke at dø. En nærerindring. Gyldendal. 149 kr. 124 sider

Af Kirsten Beedholm, Master- og udviklingskoordinator, CVUvita, ph.d.

Det såkaldte vidensamfund, som vi siges at befinde os midt i, værdsætter hovedsageligt en bestemt slags viden, nemlig den, der fremstår evident ved at basere sig på empiriske undersøgelser og verificerbare analyser, og som allerhelst kan omsættes let og hurtigt til manualer eller programmer til løsning af praktiske problemer. Den viden, som Torben Brostrøms lille bog formidler, er af en ganske anden art. Ikke desto mindre er litteraturen og kunsten i det hele taget rig på den type viden og indsigt: Den følsomme og skarpe iagttagers formidling af verden. Eller for at bruge Brostrøms egne ord "den koncentrerede oplevelse af liv i sammenhæng", som han skrev i den litteraturteoretiske bog *Fantasi og dokument* fra 1984. Dengang, i 1984, beskrev Brostrøm kunsten som en måde at erfare på. Kunst er intensiveret virkelighed, men der skal fantasi til at se og opdage dens hjørner - skrev han dengang i sin udforskning af netop spændingsforholdet mellem fantasi og dokument. Men nok om det.

Bogen "*Ventetid. Om ikke at dø* er en nærerindring" fra et forløb, som vi i sygehusterminologi vil kalde et udredningsforløb. Perioden fra det første ambulatoriebesøg, der er kommet i stand pga. mistanken om en kræftsygdom, til tidspunktet hvor den endelige diagnose er stillet ca. 3 måneder senere. Som titlen antyder, viste mistanken sig i dette tilfælde lykkeligvis ubegrundet, og ventetiden har været "tre måneders besættelse af - ingenting" (s. 124), som Brostrøm afslutningsvis skriver. Men truslen om snart at blive tilintetgjort af en dødelig sygdom har skærpet hans iagttagelse og fantasi og stimuleret refleksionerne over livet, og det, er der kommet denne lille, fine bog ud af.

Som Jette Bagh noterede sig i sin omtale af *Ventetid* i tidsskriftet *Sygeplejersken* i sommer, indledes bogen med et møde med en sygeplejestuderende. Bagh noterer sig, at Brostrøm også er kritisk over for tidens teoretiske uddannelse - med de efterhånden meget udskældte filosoffer Habermas og Foucault som skydeskiver. Jeg er dog ganske overbevist om, at Brostrøms ærinde ikke er at gøre sig klog på sygeplejerskeuddannelsens kvalitet og egenart. Hans anliggende er et ganske andet. Hvis man læser bogen på den egne præmisser, vil man notere sig, at netop denne samtale med den studerende er den eneste, hvor han beskriver sig selv som værende en del af samtalen, når det gælder møde med sundhedsprofessionelle. Nu vil jeg ikke bruge den iagttagelse til at argumentere for, at det skyldes, at den studerende med sin humanistiske eller sociologiske skoling er bedre end andre sundhedsprofessionelle til at indgå i relationer eller noget i den retning. Som sagt: Den vurdering ligger ifølge min læsning af bogen uden for Brøstrøms ærinde. Men mødet med den studerende er en af de få situationer inden for hospitalets mure, hvor Brostrøm oplever at være på hjemmebane: "Vi snakker lidt om Habermas og runder lige Foucault, der også er på pensummet." (s.5) Her ved han, hvad det drejer sig om - han er endog overlegen qua sin indsigt, idet han - som han noterer - undlader at tale om Lacan,"som jeg altid har gjort, kvalt af

hans retoriske tågebanker" (s.5). Jo, denne kloge og dannede herre er ikke skræmt at tanken om et mere teorimættet sygeplejefag eller, som Brøstrøm selv udtrykker det: "et åndsfag mere end et håndelag, fyldt godt op med teori og filosofi" (s.5). Det han i øvrigt hæfter sig mere ved er, at den unge sygeplejestuderende er køn, og at hans egen fascination af hendes tænders særlige drejning "ophæver tristessen i det klaustrofobiske rum" (s.5). Denne fine dvælen, ved en følelse fremkaldt af den studerendes ydre, brydes i et nyt afsnit: "Så træder hendes vejleder ind, den sygeplejerske, som har autoritet også i forhold til mig og mit tilfælde" (s.5-6). Samtalen ophører (bemærk ordet "tilfælde"), og situationen bliver en undervisningssituation for den studerende: "Jeg hører den erfarnes stemmes særlige bevidsthed om dobbeltpædagogikken i hendes forklaring af forløbet i den undersøgelse, der forestår for mit vedkommende. (…) en blanding af rutine og nyhed for den unge, som er ved at indlære den professionelle attitude" (s.6).

Episoden afsluttes således: "Jeg så hende flygtigt et par dage senere passere på stuen, hendes gang havde en god, spinkel rytmik i sig. Jeg undlod at klæde hende af med øjnene. Et flygtigt blik viste heller ingen genkendelse. Vores møde var et teoretisk punkt i en uddannelse". Det er specielt den sidste sætning, Jette Bagh fæstner sig ved og ser som udtryk for en kritik af uddannelsens teoretiske indhold. For mig at se udtrykker Brostrøm patientens situation, der er spændt ud mellem på den ene side behovet for at være én, at blive set og genkendt - og på den anden side hospitalets anonymisering i rutiner og - helt legitime - opgaver som f.eks. at skulle forestå uddannelsesforløb.

Den samme sygeplejestuderende optræder i øvrigt igen som den sidste person i bogen slutning. Som sådan rammer mødet med hende bogen ind. Da han er "frifundet" fra "tre måneders besættelse af - ingenting" (s. 123) og har pakket sin taske fuld af den medbragte musik og er på vej til elevatoren, får han "øje på den kække, unge sygeplejeelev med den rytmiske gang. Jeg standsede et sekund. Så smilede hun og vinkede." (s. 122). Han bliver genkendt, han er ikke en neutral patient, men en person.

Skal man stramme tolkningen, kan man sige, at man i teksten kan finde belæg for, at netop denne studerende er den eneste af de sundhedsprofessionelle, som Brostrøm omtaler, som han oplever at indgå i en relation med. Nu er det ikke således, at Brostrøm, gør dette til genstand for egentlig kritik eller på nogen måde stiller spørgsmål ved de professionelles handlinger eller ekspertise, skønt han - ikke uden en vis humor - gengiver mødet med hospitalet som ret så fremmedgørende. Som f.eks. når han smager på de medicinske fagudtryk PET-scanning og broncoscopi uden dog at kritisere sundhedsvæsenet for at bruge disse uforståelige ord. Snarere giver de anledning til nysgerrighed og tanker. Bogen er i det hele taget præget af iagttagelser, beskrivelser, refleksioner meget mere end af meninger. Den er faktisk næsten blottet for vurderinger og meninger. Og Brostrøm er en skarp iagttager og en lærd og eminent formidler. Et klogt og meget belæst menneske, der generøst øser af sin indsigt og sine refleksioner.

Der er ingen tvivl om, at titlen, *Ventetid*, spiller på såvel den eksistentielle situation, man stilles i, når man oplever, at døden rykker meget tæt på, som den institutionsskabte ventetid, man udsættes for som patient i et udredningsforløb. Det første beskriver han eminent, og når han vover sig ind på det andet område - at vurdere systemets effektivitet - sker det på en nænsom måde, f.eks. ved beretning af en "parallel" oplevelse: En banal hændelse med den gamle Volvo på vej til sommerhuset i Rørvig. Mekanikeren reparerer den straks, og Brostrøm hvis tilværelse er

præget af at vente på næste hospitalsundersøgelse, reflekterer: "For en lidt upraktisk person som mig er det en lyst at se professionelle håndtere værktøj systematisk. Jeg beundrer, hvor resolut de handler ved fejlfinding. Her er et brud (…) Færdig. Klar til ny kørsel efter dette elementært kirurgiske indgreb på værkstedets sektionsstue. Ville Rigshospitalets eksperter optræde lige så effektivt?" (s. 81).

Ventetiden går med andre ord igennem denne erindringsbog som et ledemotiv: "Så venter vi videre under hul hosten fra hjørne til hjørne" (s.11). Der er fine beskrivelser af den hypersensibilitet, der følger med - eller måske er resultat af - ventetiden. Medpatienternes hosten på hospitalsgangen registreres og gengives i korte men meget fortællende sætninger: "Nogen forsøger at holde niveauet på diskret kremten, andre slår sig løs." (s.11)

Ellers er den daglige, uundværlige omgang med litteratur og musik hovedmotiver i bogen, der dog også rummer træffende beskrivelser af patientrollen: "At tænke gråheden om til musik. At friske virkeligheden op musikalsk. Der er god grund til at sætte patienttilstanden om til farver og lyd, at fortegne den påtvungne tålmodighedsstatus, at give anonymiteten kolorit. Man bliver hurtigt identificeret som et tilfælde, en sygdom. Man har nok et navn, i vore dage et fornavn som et forsøg på fortrolighed, men er dog kun kendt som et symptom. Man er mere et noget end en nogen og lærer at tænke hospitalets tanker som det vigtigste og bidrager selv til patientgørelsen. Jeg bliver monotont centrum for min opmærksomhed, hvor nogen i den grad tager sig af mig. Så kan verdens anderledes alvorlige lidelser passe sig selv, meningsløse krige udkæmpes, tortur og folkedrab udføres, terroren florere, naturkatastrofer skylle landsbyder og folkemasser bort. Jeg tager foder, piller, sprøjter og bandager som en selvfølgelig hjælp, mens nødlidende skriger på mad og medicin. Tålmodighed." (s. 13-14).

Erkendelse opnået gennem forskellige former for systematiske analyser eller videnskabelige undersøgelser er utvivlsomt værdifulde og bærende som grundlag for sygeplejefaget. Men indsigt og erkendelse om visse fænomener - specielt fænomener der er knyttet til sygdom, lidelse, eksistens og død - formidles måske, som Kari Martinsen har argumenteret for mange gange, gennem det stemte sprog. Det behersker litteraturprofessoren Torben Brostrøm. Alene af den grund er hans lille, fortættede nærerindring, *Ventetid*, en læsning værd.

Negativ social arv - Inklusion vs. assimi-lation

Marianna Estrelle Nysom Egebrønd. Frydenlund. 2007. 83 sider.

Af Kirsten Alling Møller, Sygeplejerske og Cand. Mag i Pædagogik. Underviser på Sygeplejerskeuddannelsen København, CVU-Øresund.

I denne bog diskuteres daginstitutionernes rolle i arbejdet med at bryde den negative sociale arv. Diskussionerne angår spørgsmålet om, hvorvidt pædagogisk praksis i børnehaver bidrager til at styrke socialt truede børn eller den snarere fastholder børnene i deres sociale arv samt hvad der i den pædagogiske praksis kan gøre forskellen. I sin behandling af dette spørgsmål tager forfatteren udgangspunkt i to forskellige måder at rumme børnene på i daginstitutionerne. Det ene er *Assimilationsperspektivet*, der overordnet drejer sig om, at barnet skal tilpasse sig institutionen og når der opstår problemer, fokuseres der på det enkelte barns evne til at tilpasse sig, og der iværksættes en diagnosticering af barnets problem. Det andet *Inklusionsperspektivet,* der indebærer, at institutionen tilpasser sig barnet, og når der opstår problemer, fokuseres der på det pædagogiske miljøs evne til at rumme forskelligartethed.

Den pædagogiske praksis anskuer forfatteren ud fra såvel Jürgen Habermas' sondring mellem system- og livsverden som Pierre Bourdieus begreber: Doxa, habitus og kapital. Derudover tager forfatterens diskussioner udgangspunkt i Daniel Sterns udviklingsteori, Søren Langagers model om "Tre steder at møde barnet" og den såkaldte "stjernemodel".

Bogen er letlæselig for den, som har et forudgående kendskab til de forskellige teoretikere, og undervejs er der gode eksempler fra pædagogisk praksis til illustration af de mange forskellige perspektiver, forfatteren anlægger på den-ne. Læseren føres gennem en række diskussioner og scenarier, som giver stof til kritiske refleksioner over pædagogisk praksis. Gennem hele bogen er det tydeligt at mærke, at forfatteren har noget særligt på hjerte, og diskussionerne munder ud i budskabet om, at den væsentligste forudsætning for at udvikle en pædagogisk praksis, der kan bryde negativ social arv, er at arbejde ud fra et inkluderende perspektiv, hvorimod assimilationsperspektivet i det pædagogiske arbejde synes at producere og fastholde den.

Bogen er et fint udgangspunkt for kritiske vurderinger og diskussioner af vaner, fælles forståelser samt måder at se og handle på i pædagogisk praksis. Der er ikke angivet en målgruppe, men for mig at se henvender bogen sig bredt til såvel ledere og øvrigt pædagogisk personale i børnehaver som andre med interesse for udvikling af pædagogisk praksis på daginstitutionsområdet (forældrebestyrelser, politikere, udviklingskonsulenter etc.).

Langt ude? Essays om fremtiden.

Jesper Bo Jensen. Academica, Århus 2007

Af Jens Bydam sygeplejerske, cand. phil, lærebogsredaktør

Vil man vide, hvordan en fremtidsforsker arbejder, og hvilke bud der kan være på udviklingen i fremtiden, så er her bogen. Med udgangspunkt i arbejdet som fremtidsforsker, hvor samtaler og opgaver ofte har udmøntet sig i artikler, blev ideen til denne bog grundlagt.

Bogens essays er inddelt i 4 temaer: Tiden og mennesket, medarbejderne og kunderne, samfundet og økonomi samt metode og praksis.

I første del defineres fænomenet tidsånd. Vi ser, hvorledes tidsåndsudviklingen skabes af modsætninger. Ud fra udviklingen i fortid og nutid bliver det således muligt at forudsige kommende tidsåndsudviklinger. Denne udvikling peger på, at den voksne dansker vil mindske den reelle arbejdstid og prioritere fritiden. Ved at se på den økonomiske udvikling gennem de sidste 45 år, gives der et bud på, hvordan udviklingen af de kommende tidsåndsperioder og den økonomiske udvikling gensidigt vil påvirke hinanden.

Næste del sætter fokus på, hvad der vil kendetegne fremtidens unge, der vil blive en generation af samplere og situationsbestemte, og hvordan dette vil påvirke det fremtidige arbejdsliv. Det belyses, hvordan denne ungdom kommer til at indvirke på forbrugssituationen og dermed udviklingen inden for detailhandelen. Også arbejdspladser herunder kontorlandskabernes skæbne belyses. Endelig belyses udviklingen af forbruget af design, og hvordan produkter udvikles gennem innovation.

I tredje del velfærdsstatens afvikling til fordel for lige muligheder for alle. I fremtidens skole skal børnene ud over de basale færdigheder, gerne på højt niveau, lære at administrere deres tid, lære at søge viden samt lære at indgå i udskiftelige sociale samarbejdsrelationer. Yderligere ses der på investeringstendenser nu og i fremtiden og det forudses, at familiebilledet fastholdes på trods af et nyt ældrebillede, hvor arbejdet ikke er en livsnødvendighed, men noget man trækker sig fra, så snart de økonomiske muligheder tillader det.

Sidste del er et metodeafsnit. Her bliver læseren sat ind i, hvordan fremtidsforskeren arbejder med scenarier, prognoser, wild cards samt trend- og tidsanalyser. Dette eksemplificeres gennem en case om udarbejdelse af scenarier, efterfulgt af 4 scenarier for fremtidens detailhandel i Danmark.

Bogen henvender sig til videregående uddannelser inden for markedsøkonomi. Efter at have læst bogen kan jeg betvivle, om fremtidsforskeren afdækker udviklingen i fremtiden, eller om han gennem sine seancer, prognoser wild cards og trend- tidsanalyser sætter dagsordenen for denne udvikling. Er man interesseret i at arbejde konstruktivt med udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen, kan bogen give nogle ledetråde, selv om fremtidens sundhedsvæsen jo sikkert fortsat vil være præget af politiske tilfældigheder fremfor langsigtede strategier.

Fordomme & stereo-typer

Rolf Kuschel og Faezeh Zand. Med bidrag af Per Schultz Jørgensen og Ellen Schultz Jørgensen. Frydenlund, København. 2007

Af Jens Bydam, sygeplejerske, cand.phil. lærebogsforfatter og redaktør

Når man arbejder inden for sundhedssektoren eller med den mellemmenneskelige relation professionelt, må det være fundamentalt, at man har sit beredskab parat imod fordomme og stereotyper. Her er en bog som sætter en ny dimension på de gamle travere inden for dette tema, vi ellers støder på så vel i undervisningen som i de afsluttende professionsbacheloropgaver.

Ved hjælp af hverdagsbegreber og et praksiseksempel begynder bogen med at belyse at "kategorisering og stereotypisering er et tveægget sværd: de hjælper med at skabe orden i et ellers uoverskueligt univers, øger kommunikationen mennesker imellem, men de rummer samtidig en fare for at fastlåse og stigmatisere". Ved hjælp af den klassiske kategoriseringsteori og den senere opståede prototypeteori defineres begrebet kategorisering. Hernæst uddybes kategoriseringens funktioner, der er at reducere omverdenens kompleksitet, at lette kommunikationen, at muliggøre en hurtig identifikation af genstande og situationer, at rumme krav og forventninger til adfærd. Endelig belyses forskellige variationer af kategorisering inden for samfundets erhvervsliv.

Modsat holdninger som fordomme defineres stereotyper som fælles sociale repræsentationer, der manifesterer sig i daglig tale på flere niveauer også i reklamer. Dernæst defineres begrebet fordom nærmere, og der gives forskellige eksempler på, hvordan fordomme manifesterer sig i forskellige situationer både individuelle og kollektive. Ligeledes eksemplificeres det, hvordan massemedierne udgør et vigtigt led i spredning af fordomme.

Begrebet diskrimination defineres, og der gives eksempler på direkte og indirekte diskrimination såvel på det individuelle som det institutionelle plan.

Bogen afsluttes med at beskrive, hvorledes fordomme kombineret med magt kan føre til diskrimination og videre til undertrykkelse. Det belyses, hvordan vort nuværende og fremtidige samfund med dets stigende individualisering og globalisering kan være med til at bære ved til en sådan udvikling. Men det slås fast at det nytter noget at sætte sig op imod de fordomsfulde og diskriminerende udmeldinger - det nytter at protestere.

Bogens temaer bearbejdes grundigt. Der gives gode og enkle bud på, hvad begreberne står for, og de mange eksempler, gør det let at følge forfatternes tankegang. Bogen burde være et must på litteraturlisterne inden for sundhedsuddannelserne.

Selvmål - det evaluerede liv

Karen Lisa Salamon, Gyldendal 2007.

Af Vibeke Lorentzen, cand. cur. Ph.D, Forskningslektor, Center for Sygeplejeforskning - Viborg.

Selvmål - det evaluerede liv er ifølge bogens omslag en kritisk beretning fra den danske dagligdag, hvor vi administrerer hinanden med smileys og strenge tidsmålinger, og hvor alt, der ikke kan sættes på regnskab og evalueres og rationaliseres, er værdiløst. Bogen præsenteres som et opgør med en kultur, hvor managementbølgen har bredt sig fra direktionsgangene og helt ud i livets mest intime områder - kærlighedslivet, kropskulturen, religionen og vores selvopfattelse.

Bogen omhandler således et særdeles aktuelt og spændende emne skrevet af Karen Lisa Salamon, der har en ph.d. i ledelse fra Copenhagen Business School og som er magister i antropologi og lektor på Danmarks Designerskole. Hun bruger 161 sider på emnet, fordelt på fire kapitler med overskrifterne: *Management, Regnskab og faktura, Ægthed og betydning* og *Alternativer?*

Karen Lisa Salamon er en fremragende ord ekvilibrist, men som læser får man allerede på de første sider indtryk af, at bogen er blevet til i hastværk. Kapitel 1 starter således:

Arbejdsløsheden er lav og statskassen har overskud som aldrig før.

"*Det går bedre i Danmark end nogensinde*" siger statsministeren i sin nytårstale (note)

Vi har aldrig været rigere. På forsiden af lokalavisen og således fortsætter Salamon uden introduktion af emnet og med notehenvisninger til citater om alt mellem himmel og jord. F.eks. præsenteres læseren på side 74 for afsnit om mål og målestokke og på side 82 for generel historisk og global baggrund, - afsnit som med fordel kunne være bragt i bogens indledning. Tilbage står læseren med en lang række tematikker, og Salomons gode eksempler, der er relevante i forhold til emnet, men som falder over hinanden i en ustruktureret fremstilling.

Visse temaer bliver desuden, ud fra min betragtning, behandlet alt for overfladisk. Det gælder f.eks. begrebet kald på side 105 - 107 og selve bogens afslutning, som er særdeles svag.

Bogen kommer således til at fremstå - ja faktisk - som et selvmål, og det er ærgerligt, for som læser er jeg ikke i tvivl om, at Karen Lisa Salamon har meget at bidrage med til dette emne.

Bud på sociologiens blik ind i sundhedsvidenskabens domæne

Velfærd - dimensioner og betydninger af Per H. Jensen (red), 2007 og Samfund og kultur i sundhedsarbejdet af Grit Niklasson (red), 2006. Begge udgivet på Frydenlund.

Anmeldt af Stinne Glasdam, lektor, ph.d., cand. cur(stinneglasdam@mail.dk)

I en tid, hvor human- og samfundsvidenskab nedprioriteres i sygeplejerskeuddannelsen, er det opløftende at se et forlag, som tør satse på denne dimen-sion af sundhedsvidenskab. Næste skridt kunne blive at vove lidt mere.

Begge bøger henvender sig til de mellemlange videregående uddannelser, hvor bogen *Velfærd - dimensioner og betydninger* har den meget store ambition at ville henvende sig til "alle, som mangler et kompas, når de forsøger at orientere sig i debatterne om velfærdsamfundets udfordringer og idegrundlag". Begge bøger er antologier, som rummer flere forfattere, dvs. de repræsenterer flere forskellige perspektiver på "hovedsagen", på selve bogens omdrejningspunkt. Det lykkes de begge ganske godt med - variationerne skærper læserens blik og holder os fangen i læsningen. Dels opsluges jeg af enkelte tekster, som både er interessante, provokerende, en venden tingene på hovedet oplevelse. Dels fuldfører jeg også min læsning, når nogle tekster virker lidt mere kedelige og trivielle, for ikke at sige gymnasie-agtige, fordi antologien også har det element i sig, at "om lidt er kapitlet færdigt". Et flot pædagogisk fif i forhold til indirekte at kunne overbevise læseren om vigtighed af læsningens gennemførelse.

Velfærd - dimensioner og betydninger byder på mange spændende nedslag, hvor den indledningsvist lægger ud med en flot begrebsafklaring - eller begrebsforvirring - af Per H. Jensen. Havde man, naivt nok, inden man gik til læsning forstået, hvad velfærd betød, så er man efterfølgende klar over, at man nok ingenting har forstået, ganske enkelt fordi det begreb betyder så mange forskellige ting.

I de efterfølgende kapitler udfordres velfærdsbegrebet fra forskellige perspektiver: sociologisk, politisk, økonomisk. Og videre laves der nogle nedslag over forskellige tematikker så som urbanisering, mad, tid, levekår, medborgerskab. En interessant bog med en god tyngde. Det vækker en nysgerrig efter at gå nogle ting mere efter, andre mere i dybden, og referencerne baner en flot vejen dertil.

Ambitionen om at ville nå alle, som mangler et kompas, tror jeg dog ikke på. Mon ikke nogles kompas vil snurre talrige mange gange rundt for så at knække, når de for eksempel læser en sætning som: "Vi har hidtil haft en axiomatisk tilgang til problemstillingen, baseret på logiske regelsæt, men økonomer har også arbejdet med procedurer for aggregering af individernes præferencer i form af stemmeregler....." (p. 93). Om end det ville være yderste relevant for alle, også sygeplejerskestuderende og dem, der underviser dem, så kræver bogen et minimum af forhåndskendskab til sociologi og beslægtede teorier.

Samfund og kultur i sundhedsarbejdet har anlagt et klassisk lærebogssnit, hvor flere teorier præsenteres – på en gan-

ske informativ og oplysende måde, men uden den store originalitet eller nytænkning hverken i stil eller indhold. Med andre ord, vi kender det hele fra andre lærebøger af samme slags. Både hvad angår præsentation af de sociologiske stormænd samt begreberne velfærdsstat, levevilkår, livsformer, livsstil, stigmatisering, flerkulturelt samfund, forebyggelse, sundhedsfremme mv. Flere steder fik jeg associationer til gymnasiets 1.g-pensum i samfundsfag. Generelt er det meget refererende og teorisammensatte tekster. Meget mere spændende bliver det, når der kritisk problematiseres over forhold, som tages mere eller mindre for givet i dagens medicin, f.eks.: Hvordan blev socialmedicin til? Hvad er folkesundhed? Bygger folkesundhedsprogrammer på konsensus eller evidens? Og hvorfor folkesundhed. Lone Scocozza er her skarp i pennen, som hun plejer, og stiller nogle spørgsmål, som trænger sig på. Redaktøren har valgt at lade alle referencer komme til sidst i bogen. Dette valg synes jeg gør de enkelte kapitler "ufærdige" - det signalerer en sammenhæng, som man jo netop ikke har i kraft af antologivalget.

Alt i alt en udmærket bog, men hvorfor jeg præcis skulle anvende denne og ikke en af de i forvejen eksisterende bøger på dette område overbevises jeg ikke om gennem læsningen. Jeg ville ønske, at den havde vovet noget mere. Jeg ville ønske, at den have vovet at vise, hvordan alle disse sociologiske og antropologiske teorier folder sig ud i den konkrete empiriske forskning, som aktuelt pågår inden for sundhedsarbejdet, i hele det medicinske felt. Der er efterhånden ved at være talrige af sådanne studier, som kunne danne afsæt til en eksemplarisk lærebog, hvor teorierne bliver sat i spil og i udfoldelse - og dermed også på en meget aktiv måde ville kunne komme til at bidrage til det, som jeg kalder sundhedsvidenskab - sundhedsvidenskab i en bredere betydning end commonsense forståelsen af denne disciplin. De human- og samfundsvidenskabelige videnskabstraditioner og tænkemåder må selvsagt indtænkes i det begreb, vi kalder sundhedsvidenskab!

Artikelwork-shop for medlemmer af FASID

Perioden den 18.05 - 25.05/ 2008
20 medlemmer af FASID tilbydes hermed deltagelse i en artikelworkshop af en uges varighed i Tyrkiet.

Formålet er, at deltagerne kan gå i en form for arbejdslejr, inspirere hinanden, give faglig sparring og samtidig få ro til at skrive.

Workshoppen arrangeres af FASID og ledes af Stinne Glasdam og Vibeke Lorentzen.

Sted: Delfin Hotel, Antalya i Tyrkiet (nærmere præsentation på stedets hjemmeside: StudyTripTurkey.com og på www.clubhoteldelfin.com)

Inkluderet i prisen er 7 gange morgenbuffet og 7 gange aftenbuffet (frokost samt drikkevarer for egen regning). Indkvartering på dobbeltværelser med havudsigt.

Transport til og fra lufthavnen.

Mulighed for en heldagsudflugt og institutionsbesøg er også med i prisen.

Pris: Flybillet Billund/Antalya eller Kastrup/Antalya med Anatolien Rejser.

Ophold: 7 nætter på hotel, 7 gange morgenbuffet, 7 gange aftenbuffet, transport til og fra lufthavn, evt. heldagsudflugt incl. frokost, entreer og institutionsbesøg (transport til og fra samt tolk)

Flybillet pr. person	Kr.	1.995,00
Ophold pr. person	Kr.	1.050,00
I alt pr. person	Kr.	3045,00

Tilmelding: Hurtigst muligt og senest d. 1. november til Lisbeth Hybholt (Lisbeth.hybholt@rh.regionh.dk). Plads gives efter "først til mølle princippet". Ved accept om plads skal det fulde beløb indbetales.

Aktiviteter

Ved Helle Mathar

Hvis du har kendskab til kurser, konferencer eller lignende, som du ønsker optaget i kalenderen, bedes du venligst sende en mail med alle relevante oplysninger til hma@sud.regionh.dk

9.november 2007
En helsefaglig trialog
- mellem Kari Martinsen, Katie Eriksen, Karin Anna Petersen
Sted: Rigshospitalet,København
Tilmelding til: merete.rosendal@hvh.regionh.dk

13-14. november 2007
Association for Qualitative Research, Biennial Conference 2007
Professional Speaking: Qualitative Research and the Professions
Sted: Monash University, Melbourne, Australia.
Tilmelding: http://www.latrobe.edu.au/aqr/

28-30. november 2007
Art Abilitation Conference
Sted: Aalborg University Esbjerg, Denmark
Tilmelding: http://artabilitation.expositus.com/

2.-5. December 2007
Conference "Information and Communication Technology in Natural Science Education
Sted: Faculty of Education, Siauliai University, Siauliai, Lithuania.
Tilmelding: http://iktgu.projektas.lt/indexen.htm

7-9.december 2007
International Conference "Ethnicity, Belonging, Biography and Ethnography"
Co-organized with the TransCoop project "Biography and Ethnicity" and the Research Committee 38 "Biography and Society" of the International Sociological Association
Sted: Center of Methods in Social Sciences, Georg-August-University, Goettingen, Germany
Tilmelding: http://www.uni-goettingen.de/de/sh/61023.html

29.feb.-1.mar. 2008
29th Annual Ethnography in Education Research Forum "Going Public with Ethno-graphy in Education"
Sted: Center for Urban Ethnography, University of Pennsylvania, USA
Tilmelding: http://www.gse.upenn.edu/cue/forum.php

11.-13 marts 2008
Conference: The State and "the Others": Reacting to Xenophobia
Sted: Leipzig, Germany
Tilmelding: http://www.qualitative-research.net/fqs/conferences/Leipzig07_CfP.pdf

12. marts 2008
Temadag i FASID.
Emnet er akademisk kritik. Nærmere program følger I næste tidsskrift.

24-28. march 2008
2008 AERA, Annual Meeting: Research on Schools, Neighborhoods, and Community: Toward Civic Responsibility
Sted: New York, USA
Tilmelding: http://www.aera.net/meetings/Default.aspx?menu_id=342&id=2898

4.-11. april 2008
International og tværfaglig uge.
Tema: The cross border disciplines, gender environment, ethnicity andmigra-tion.
Sted: Malmø
Læs mere på: www.mah.se

14-17. Maj 2008
4th. International Congress of Qualitative Inquiry: "Ethics, Evidence and Social Justice"
Sted: University of Illinois at Urbana-Champaign, USA
Tilmelding: http://www.icqi.org/

15-16. Maj 2008
CfP Conference: "Families, Constructions of Foreignness and Migration in 20th Century Western Europe"
Sted: Leuven University, Belgium
Tilmelding: http://www.arts.kuleuven.be/onderzoek/oe/geschiedenis/MoSa/families

9-11 Juli2008
2nd. International Conference "Qualitative Research on Mental Health"
Sted: Tampere, Finland
Tilmelding: http://www.uta.fi/laitokset/sospol/qrmh2/

15.-23. juli 2008
16th. International Congress of Anthropological and Ethological Sciences "Humanity, Development and Cultural Diversity"
Sted: Kunming, China
Læs mere på: http://www.icaes2008.org/enindex.htm

5-8 September2008
First ISA Forum of Sociology "Sociological Research and Public Debate"
Sted: Barcelona, Spain
Tilmelding: http://www.isa-sociology.org/barcelona _2008/

Medlem af FASID - tilmelding og adresse-ændring

Hvis du ønsker at blive medlem af Akademiske Sygeplejersker i Danmark, skal du være sygeplejerske og have en uddannelse på kandidat-, master- eller ph.d niveau. Du kan også blive medlem, hvis du er tilmeldt en af de førnævnte uddannelser. Det koster kr. 250,- om året at være medlem. Inkluderet i dette medlemskab er abonnement på forummets tidskrift.

Send en mail til:

Lisbeth.hybholt@rh.dk med oplysning om:

- Fulde navn
- Adresse
- e-mail adresse
- Akademisk uddannelse

FASID's Bestyrelse

Bestyrelsen valgt ved generalforsamlingen 14. marts 2007.
Konstitueret 29.marts 2007.

Bestyrelse:
Stinne Glasdam (formand)
Ewaldsgade 4, mezz.
2200 København N
3029 6617/26730104
sgl@sud.regionh.dk

Kirsten Beedholm (næstformand)
Frejasvej 5,
8370 Hadsten
8698 3760/89273800
kirsten.beedholm@sygeplejeskolen.com

Kirsten Frederiksen
(bestyrelsesmedl.)
Vestre Altanvej 24, 3. sal
8900 Randers
51862462
kirsten-fremad@webspeed.dk

Lisbeth Hybholt (kasserer)
Moldaugade 11,2tv
2300 København S
3538 3915
lisbeth.hybholt@rh.dk

Vibeke Lorentzen (sekretær)
J.H. Wesselsvej 33
8800 Viborg
89273825/89615988
vibeke.lorentzen@sygeplejeskolen.com

Mette Spliid Ludvigsen (Web-redaktør)
Flinthøjen 50
8382 Hinnerup
86 911 912/2275 9773
ms_ludvigsen@hotmail.com

Helle Mathar (redaktør)
Sindshvilevej 6, 3tv
2000 Frederiksberg
38887484/24850484
HMA@sud.regionh.dk

Fasid's redaktionsgruppe

Susanne Hwiid Klausen
Halsskovgade 4,5
2100 Kbh. Ø
Tlf.:35431216
susannehwiid@hotmail.com

Anne Elsebet Overgaard
Grumstrupvej 19
2900 Hellerup
Tlf.: 39 65 00 99
aeo@aeovergaard.dk

Stinne Glasdam (formand)
Ewaldsgade 4, mezz.
2200 København N
Tlf.: 3029 6617/26730104
stinneglasdam@mail.dk

Jens Bydam
Dalsvinget 5
2900 Hellerup
Tlf.: 39 68 10 31
j.bydam@c.dk

Helle Mathar (redaktør)
Sindshvilevej 6, 3.tv
2000 Frederiksberg
Tlf.: 38887484/24850484
hma@sud.regionh.dk

Ingrid Greve
Godthåbsvej 105 st.tv
2000 Frederiksberg
Tlf.: 38161864/25371598
ingridgreve@hotmail.com

Charlotte Thaarup
Tinggade 5, 3.tv
4100 Ringsted
Tlf.: 57611840/24850484
thaarup-nielsen@mail.dk

Eline Noisen
Horsevang 17
2740 Skovlunde
Tlf.: 44842089/20251810
eline@privat.dkTlf.: