

Att tolka budskap i vårdmöten över kunskapsgränser

Ett antropologiskt perspektiv på hälso- och sjukvårdsmöten kan ge fruktbara möjligheter att tänka med hjälp av människor från andra världar. I och med en jämförande metodologi får man syn på hur de kulturella uttrycken och begreppen för hälsa, sjukdom och medicinsk verksamhet kontinuerligt byggs och förändras i möten mellan kunskapsvärldar; mellan medicinskt utbildad personal och människor med andra kunskaper. Härmed kan man kanske ställa en ny form av frågor som i sin tur kan skapa nya infallsvinklar på gamla problem. I första hand kan diskussionen befrukta det intellektuella samtalet mellan företrädare för olika begreppsvärldar kring hälsa och sjukdom i sitt samhälleliga och kulturella sammanhang. I andra hand ges man möjlighet till att välja nya vägar, kanske en ny praktik.

Förutsättningar för liv och hälsa och gemensam kultur är något som ständigt förändras; regler upphör och nya former uppstår. Långsamt övergår samhällen från en form till en annan, och människorna uppfattar oftast bara stegvis denna förändring. Men när man ser på migration och möten mellan människor med ett sätt att leva och se på verkligheten och människor med helt andra sådana sätt, blir förändringen mera påtaglig. Det är bland annat vid sådana förändringar som man inom vården i Sverige har möjligheter att jämföra och få syn på sina egna sätt att handskas med hälsa och sjukdom och på hur dessa sätt också långsamt förändras. I och med att man lär sig om andra människor och andra samhällens sätt att se på hälsa, sjukdom och död kommer man också närmare en förståelse av den egna uppfattningen. All ny kunskap ställs automatiskt i relation till det som är välkänt och självklart.

Förmågan att jämföra kan vara gynnsam om den leder till självvrannskan och inte enbart till avståndstagande. I

det senare fallet anses det som dåligt som inte är självklart för en själv. Inom socialantropologin ställer man frågan »Varför gör de som de gör?», men samtidigt också frågan »Varför gör vi som vi gör?». Den senare frågan kan inte nödvändigtvis besvaras lättare än den förra. Låt oss försöka ställa denna fråga genom att närma oss möten i vården över kunskapsgränser.

Kunskapsvärldar som möts

Hur kunskap överförs, tolkas och förstås i interaktionen mellan människor i vårdsituationer i vår värld har blivit mikrofokus för antropologiska studier av kulturell förändring kring sjukdom och hälsa. Även om antropologerna traditionellt sett intresserar sig mest för »hela samhällen» och olika mänskliga livsformer, finns idag mer och mer probleminriktad forskning i det lilla formatet. På mikroplanet finns det alltid ett intresse bland antropologer kring händelser, situationer och fenomen som skapar idéer och kunskaper, och som påkallar handlingar och kommunikation mellan människor. Det är i de sammanhangen som kultur kan studeras och komma att säga något också om den makrostruktur i vilken den ingår.

Sjukdom ingår som en del av det mänskliga samhällets ständiga påminnelser om förändring, upplösning och död och måste därför alltid förklaras och bekämpas [1]. Som en naturlig del i varje studiefält där socialantropologer intresserar sig för mänskliga livsformer kommer de därför i kontakt med samhällsmedborgarnas kunskaper, idéer och handlingar som har med överlevnad att göra, och där hälsa, sjukdom och död utgör centrala frågor.

Det gäller de subtila förändringar som kontinuerligt sker med vår syn på och förståelse av människans, kroppens, livets gränser. I vår värld tänker vi på sådana fenomen som åldrandet, det nya dödsbegreppet, transplantations-teknologin, ultraljudsundersökningar och genteknik, som långsamt ger nya perspektiv på vad det är att vara människa, vilka gränser som gäller för ett liv och vilka möjligheter som finns att tänja dessa gränser.

Föreställningar om sjukdom är ald-

Sammanfattat

- Antropologisk hälsoforskning kan bidra till en diskussion kring patient/läkarkommunikation och förståelse över kunskapsgränser.
- Konkreta exempel från antropologiska fältstudier, bland patienter med annan kultur som kommer in i svensk sjukvård, sätter upp en spegel som gör det möjligt att ställa frågan: Varför gör vi som vi gör?
- Denna fråga blir särskilt relevant i och med den snabba utvecklingen inom medicinsk teknologi. Denna utveckling ger nya sätt att tala om och handskas med det osynliga i kroppen, och ger ständigt nya gränser för det möjliga och det tänkbara, inte bara bland migranter utan bland alla människor i vårt samhälle.
- Vetenskaplig kunskap över-sätts, tolkas och omtolkas kontinuerligt av människor i vårdsituationer. Dessa tolkningar ger möjligheter att bekräfta och omskapa synen på sig själv, på sin sjukdom, sin risk eller förestående död. Sådana tolkningsprocesser och vad de får för implikationer vet vi inte mycket om idag eftersom de är osynliga i patient/läkarinteraktionen. Forskning inom detta område är angelägen.

Författare

LISBETH SACHS

docent i socialantropologi, Tema Kommunikation, Linköpings universitet.

rig objektiva eller neutrala utan alltid förankrade i perspektiv som rör ett samhälles moral, ekonomi och politiska institutioner, religion och synsätt vad gäller exempelvis normalt och onormalt, manligt och kvinnligt. När människor talar om sjukdom och förändringar i kroppen talar de samtidigt om något

mer, något utöver kroppen. Det finns alltid ett slags undertext som antropologen söker avtäckta. När vi talar om kroppen och om kroppsprocesser, även i våra till synes mest vetenskapliga och objektiva sammanhang, talar vi faktiskt också om andra saker, och det är dessa andra saker som utgör de texter i vilka vi kan lära oss se exempelvis biomedicinens kulturella förankring, vårt samhälles hälsopolitik och medicinens etiska regler. Samtal kring kroppen i vårdmöten påverkar rådande kulturella föreställningar kring sjukdomar.

Frågor som antropologen ställer kring hälsa och sjukdom är ofta grundade i någon kommunikationsproblematik. Man studerar hur behandling och terapi bedrivs och kommuniceras, och man vill kunna beskriva hur idéer kring sjukdomskategorier uppkommer och förmedlas, såväl på mikronivå som på dess relation till makronivå, sjukvårdspolitik, medicinsk etik och ideologi [2].

Varför gör man som man gör?

Vad man tror på, hur världen är skapad och vilka makter som styr tillvaron och människorna avgör hur man förklarar, och även hur man tar sig an olyckor och händelser, i livet. De människor i tredje världens länder, och även på landsbygden i vissa sydeuropeiska länder som inte har någon vetenskaplig syn på hur kroppen fungerar, har andra sätt att förhålla sig till kroppens förändringar, till sjukdom. Deras kunskaper baseras ofta på å ena sidan det som man kan se hända eller det som känns, å andra sidan de personliga orsaker som ligger bakom. En orsak har alltid ett svar som handlar om varför just detta drabbat mig eller inträffat just nu. Varför har mitt barn blivit sjukt och inte grannens barn? Alltid kombineras åtgärder som ska ta bort de onda avsikter eller fenomen som drabbat en person med läkande åtgärder vad avser det synliga: såret, febern, illamående m m. Även i samband med stor förändring, som när man flyttar från en ekologisk omgivning till en annan och kanske tvingas leva i en annan gruppering och organisation än vad man är van vid, finns alltid delar av ideologi och kultur kvar som en grund för att kunna förstå och hantera den nya verkligheten.

Onda ögat lever exempelvis kvar bland vissa grupper av invandrare som förklaring till varför man får så mycket värk i Sverige [3]. För analfabeter kan ordets makt fortfara att vara till hjälp såväl förebyggande som läkande. I den egna byn kan turkiska jordbrukskvinnor gå till sin magiker för att få en amulett utskriven till sig vid exempelvis huvudvärk. Det lilla papperet med skrift från en helig bok viks ihop och sys in i tyg för att fästas under huvudduken. I andra sammanhang kan texten brännas

och man andas in röken, eller så läggs texten i vatten för att den upplöst ska ge kraft när man dricker vattnet. Vid ett par tillfällen i början av vistelsen i Sverige hände att dessa kvinnor tog recept de fått av svenska läkare och lade i vatten för att dricka vattnet. När läkaren senare frågade om medicinen hjälpt sade kvinnan »ja». Den traditionella förklaringen till sjukdomars uppkomst och behandlingen blev aldrig känd för läkaren, men behandlingen hade ändå en avsedd effekt, och de egna förklaringarna bekräftades. För läkaren blev förklaringen till detta senare att en intervention med medicin vid den infektion som gällde var onödig, kroppen hade självläkt.

Detta visar också de dilemman som kan uppstå när människor med olika sjukdomssyn ska kommunicera med varandra i vården. Det är inte så sällan som själva formen för vården tycks tillfredsställande för båda parter, men terapins effekter vilar på ett missförstånd – eller på ett sätt att förstå på egna villkor.

Det synliga och det osynliga

Under hela 1970-talet arbetade jag med socialantropologiska studier och mitt avhandlingsarbete. Fältarbetet var förlagt både i svensk förort och bland invandrade familjer under deras sommarbesök i sina turkiska byar. Gruppen kom från mellersta Anatolien och var jordbrukande bönder, många släkt med varandra, som kommit till Sverige som rekryterad arbetskraft under 1960-talet. Många av kvinnorna var analfabeter. Min frågeställning gällde hur just dessa invandrarfamiljer mötte den svenska hälso- och sjukvården, och avhandlingen fick namnet »Onda ögat eller bakterier» [3].

När de turkiska kvinnorna och deras barn började hälsoundersökas i Sverige trodde de inte i början på att det läkaren sade var sant. Ett positivt test på smearprov, det vill säga ett eventuellt förstadium till cervixcancer, eller en skugga på mammografbilden, blev obegripligt. Asymtomatiska barn med adreno-genitalt syndrom ansågs helt friska av föräldrarna och läkares diagnos avfärdades som farlig. Kände man sig inte sjuk var man inte sjuk. När eventuella symtom uppstod tolkade man det så att läkaren genom att säga att man var sjuk när man inte var det, faktiskt hade satt sjukdomen på den det gällde. Något av det mest obegripliga för denna grupp av invandrare var just den preventiva medicinska verksamheten. Och det är den verksamheten, bland olika grupper av människor, som genom åren blivit mitt huvudsakliga intresse. Det gäller allt ifrån hälsokontroller och screening till riskdiagnoser i samband med genetiska utredningar [1, 2, 4-9].

I och med insikterna jag fick, under

min långvariga närhet till de turkiska jordbruksfamiljerna, om hur människor styrdes av en ordnande princip för gruppens överlevnad, kunde flera etiska frågor problematiseras på ett nytt sätt. Kanske var det just i och med upplevelserna av hur gränsen mellan det sjuka och det friska, det normala och det onormala kom att skapas som jag kom att se på svensk hälso- och sjukvård som i en spegel. Det var i ett förebyggande hälsoarbete, när man från samhällets sida sökte minska riskerna för sjukdom och för tidig död hos sina medlemmar, som ideologi och verklighet kom att framträda. I det preventiva tänkandet och arbetet ligger ett dolt budskap, ett försök att påverka människor att upprätthålla en norm, en sund kropp, ett sunt samhälle.

Tankar och handlingar som inriktas mot att förebygga skada finns inbyggda i varje samhälle och kultur. Å ena sidan söker enskilda personer utifrån sina speciella förutsättningar att hålla hot mot den egna personen och familjegruppen på avstånd, å den andra institutionaliseras den förebyggande verksamheten för att samhällets medlemmar ska kunna hållas friska och bidra till ett samhälle i hälsa. Det är inte självklart att dessa två former för att hålla sjukdom och skada på avstånd har samma innehåll eller budskap, särskilt vid livskriser av skilda slag.

Speglingen av vår svenska sjukvårds speciella sätt att fungera blev också upptakten till ett intresse för hur inte bara turkiska invandrare utan också andra patienter förstod och talade om sin kropp, sina symtom och sitt lidande i mötet med vårdpersonalen. Likheterna blev efter hand mer slående än olikheterna vad gällde alla olika patienters tolkningar av kroppens osynliga skeenden, behovet av konkretion och känsla för förståelse av subtila fynd. Begreppen »illness», »disease» och »sickness» blev möjliga utgångspunkter för en diskussion kring det synliga och det osynliga, det kända och det okända i kroppen [10-12]. Dessa begrepp introducerades för att skilja på den biomedicinska synen på »abnormal states in the structure and/or function of organs or organ systems» (disease) och patientens subjektiva upplevelse och förnimmelse av sjukdom och lidande, som fanns rotat i en viss social situation och kultur (illness).

Det som födde mitt intresse för preventivt hälsoarbete var att följa människor för vilka detta tedde sig exotiskt. Men de turkiska jordbrukarna hade egna sätt att förebygga olyckor av skilda slag. De trodde på krafter utanför kroppen som man måste hålla på avstånd. Avhandlingen »Onda ögat eller bakterier» handlar om två osynliga hot

mot hälsan, och var mitt första försök att diskutera orsaksförklaringar till ohälsa som kulturellt skapade. Det väsentliga var också att kunna beskriva och analysera möten mellan människor med två så skilda sätt att se på orsaksförklaringar till sjukdom och död.

Möten kring livskriser

För att gå vidare och ge exempel på möten där det kulturellt skapade rituelerna kommer till starkast uttryck, vill jag beskriva födandet hos den grupp invandrarkvinnor som jag kom att följa i fyra år. För kvinnorna i gruppen var behoven av att skydda sig mot onda krafter påverkan särskilt viktig vid graviditet och födande. Under födandet var mor och barn som mest utsatta, och det är då det rituella innehållet och handlingarna är som allra mest väsentliga. När kvinnorna inlemmades i det svenska systemet att föda på sjukhus omgavs deras födande av helt andra former av kontroll och rituellt beteende, som naturligtvis inte tillfredsställde de krav som kvinnorna ställde på en säker övergång från en status till en annan, under en enligt deras erfarenhet farofylld process.

I Sverige var kontrollen inställd på det biomedicinskt kontrollerbara, såväl under graviditet som under födande och efterkontroll. Kvinnorna hade tidigare fött sina barn i hemmet. Det innebar att de på andra sätt än genom byte av miljö och omgivning markerade övergången av det nya livet. Födandet skedde således i deras eget territorium, under det pågående livet i deras välkända omgivning och med hjälp av människor vilkas stöd de kunde förlita sig på och förstå. Den hjälp kvinnan fick utgick från hennes eget initiativ och hennes egna önskemål, men hon kunde också klara sig själv om det blev nödvändigt.

I och med mötet mellan två så olika förfaringsätt och kulturellt formade övergångsritualer i samband med födande kom kvinnorna från Anatolien att underkasta sig regler som inte stämde med deras övriga sociala roller. De subtilt uttryckta icke-verbala budskap som kommunicerades inom institutionen kom att indirekt ifrågasätta kvinnornas kapacitet som vårdare av sina barn. Det kom att innebära en långsam övergång till en allt större osäkerhet och oklarhet också vad gäller skuldfrågor i samband med det späda barnets eventuella förändringar och sjukdomstillstånd.

Kvinnorna hade varit vana vid att se på sjukdom och död som drabbande genom krafter utanför deras egen förskylan, medan sjukvården i Sverige ofta poängterar ansvaret hos den enskilda föräldern för det som sker med barnet. Vid några få tillfällen då kvinnorna från Anatolien födde ett dött barn kom skill-

naderna mellan olika synsätt till klara uttryck. Den höga barnadödligheten, den starka tron på att orsakerna låg utanför människan samt en stark Guds- tro och fatalism bidrog till att kvinnorna även i Sverige kände sig förberedda inför att barnen kunde dö. När man så från svensk sida ville hjälpa kvinnorna med att komma över sin sorg, använde man sig av ett tänkande som var grundat i ett västerländskt psykologiskt synsätt. Sådana kristerapiprogram som går ut på att hjälpa kvinnan att komma över sin skuld i samband med ett dödfött barn blev irrelevanta för den kvinna som såg skulden i krafter utanför den egna kontrollen.

Eftersom svenska kvinnor är vana vid att den medicinska professionen och institutionen tar kontroll över förlossningen, kan det på sikt betyda att kvinnor känner behov av den säkerhet som detta ger. Men i och med att det sker utan att man egentligen tänker på att födandet av ett nytt liv också i högsta grad är en social händelse, kan det gå ut över kvinnor som uppfattar den säkerhet man erbjuder dem som mera av ett hot mot det nya livet.

En följd av den höga barnadödligheten i de byar familjerna kom från var således att kvinnorna hade förväntningar på att barn dör under det första levnadsåret. Förklaringarna till detta tillfredsställde kvinnorna. Ett sätt att förklara varför barn så ofta dör var att se på dem som offer till Gud och därigenom som en garanti för att föräldrarna också kommer att bli omhändertagna efter sin död. Barnen förbereder för och väntar på föräldrarna hos Gud.

SVårigheterna att snabbt komma till medicinsk hjälp vid svåra komplikationer i samband med förlossning i de anatoliska byarna gjorde att barn med svåra skador, som exempelvis syrebrist och mycket annat, dog vid förlossningen. Detta faktum innebar också att familjerna inte sett överlevande barn med mycket svåra skador och handikapp i sin miljö. I Sverige däremot, dit de kommit för att stanna, hjälptes barn till livet med hjälp av avancerade medicinskt tekniska insatser, oavsett om skadorna kunde ha uppstått i moderlivet eller vid själva förlossningen. När jordbrukskvinnorna ibland fick svårt skadade barn försökte de förklara orsakerna till det genom att se det som en svensk angelägenhet. Uttalanden som »barn som föds i Sverige har sämre kvalitet» eller »i Sverige tillåter man inte barn att dö, man motsätter sig till och med Guds vilja», var kvinnornas försök att ge begripliga orsaksförklaringar och ordning åt något obegripligt och oacceptabelt.

Flera vittnesmål från vårdpersonal och sociala myndigheter visar att famil-

jerna från de jordbrukande samhällena i mellersta Anatolien inte ville ta hand om sina handikappade barn. En förklaring till detta kan vara just att man ansåg sig veta att barnen egentligen tillhörde Gud och att de skulle finnas hos honom för att möta sina föräldrar när den dagen kom. Att motsätta sig Guds vilja är farligt och kan komma att få konsekvenser för nästa barn. Inför den egna gruppen var det ett brott mot moral och tabun att ta hand om en anomali, en etisk problematik liknande den en svensk familj kan känna inför att lämna ifrån sig ett handikappat barn.

Det som ovan beskrivits utgör en fallbeskrivning använd som spegel för en möjlig reflektion kring vår egen vård. Givetvis sker förändringar för andra och tredje generationens invandrade och flyktingkvinnor. Unga kvinnor som anpassas in i det svenska samhället blir inte sällan storkonsumenter av akut sjukvård här. Bristen på den äldre generationens visdom i deras närhet, nya kunskaper om att man kan bära på sjukdom utan att det känns, nya ansvarsområden vad gäller de små barnen och inte minst längtan efter det smärtfria födandet gör att dessa kvinnor söker svensk vård i allt större utsträckning. Den ständiga folkvandringen och flykten från länder utanför vår värld till oss öppnar hela tiden nya perspektiv på och intresse för kommunikation mellan människor i dessa vårdmöten. Forskning kring dialog och kommunikationsfrågor i vården pågår bland lingvister, diskursanalytiker och andra humanister, och intresset växer bland vårdens praktiker på olika nivå.

Den spänning som finns i den humanistiska hälsoforskningens ambitioner dras dock med postkoloniala problem som gäller hur man ska förhålla sig till »vetenskap» i relation till annan kunskap, andra sätt att ordna sin värld och skapa mening och förståelse. Litet av samma problematik, men med andra dimensioner, finns i vår egen värld, där vetenskaplig kunskap kontinuerligt transformeras in i olika sammanhang för att bli till nytolkad kunskap med vilkens hjälp människor såväl bekräftar som omskapar synen på sig själva och sin omgivning.

Några reflektioner kring medicinsk teknologi

Vi utgår från att all mening och kunskap relaterar till en värld som utgör mänsklig erfarenhet och att den där formuleras och förstås genom symboliska former, ritualer och bestämda tolkningssätt. Vi kan då ställa oss frågan hur medicinsk och teknisk kunskap som skapas i avgränsade miljöer, laboratorier och forskningsinstitutioner, kommuniceras och kommer att förstås hos

människor för vilka denna kunskap ibland får livsavgörande betydelse.

Upplevelsen av den egna kroppen, inställningen till livet och de händelser som inramar livet – födelsen och döden – påverkas av den teknologiska utvecklingen, genom att gränserna för det möjliga och tänkbara förskjuts. Nya teman förs in i upplevelsen och bedömningen av livet, framför allt när begreppet risk blir centralt för att kunna värdera liv: risken för att få en ärftlig sjukdom, risken att dö en för tidig död, risken att få ett handikappat barn. När kroppen kan »utvidgas» eller förändras genom operativa ingrepp (transplantationer, implantat, genterapier m m) förändras också upplevelsen av kroppen.

Sådana förändringar och förskjutningar leder också till kulturella förändringar vad gäller människors inställning till och uppfattning om den egna kroppen och dess gränser [13-16]. Etablerade kulturella föreställningar blir svåra att upprätthålla i ljuset av den medicinska teknologins utveckling, och nya uppfattningar och synsätt växer fram [17-21].

Vårdmöten med människor från helt andra världar sätter upp en spegel och hjälper oss att se.

Eftersom utvecklingen på flera områden går mycket fort finns stora behov av forskning kring hur medicinsk kunskap på olika sätt rekontextualiseras, »översätts» och tolkas från ett sammanhang till ett annat, och kommer att bli delar i en ny människosyn i vårt samhälle. Detta har naturligtvis ett rent teoretiskt intresse, men har också visat sig leda till reflektion och nytänkande bland vårdens företrädare.

Referenser

1. Sachs L. Sjukdom som ordning. Stockholm: Gedins Förlag, 1996.
2. Adelswärd V, Sachs L. Risk discourse: re-contextualization of numerical values. Text 1998; 2: 191-210.
3. Sachs L. Onda ögat eller bakterier: Turkiska kvinnor möter svensk sjukvård. Malmö: Liber, 1983.
4. Sachs L. Is there a pathology of prevention? Implications of visualising the invisible in screening programs. Culture, Medicine and Psychiatry 1995; 19: 503-25.
5. Sachs L. Att leva med risk: Fem kvinnor, gentester och kunskapens frukter. Stockholm: Gedins Förlag, 1998.
6. Sachs L. Knowledge of no return – getting and giving information about genetic risk. Acta Oncologica 1999; 6: 735-40.
7. Adelswärd V, Sachs L. Den preventiva medicinens dilemma. Läkartidningen 1995; 92: 3524-9.
8. Adelswärd V, Sachs L. The meaning of 6.8: numeracy and normality in health information. Social Science and Medicine 1996; 8: 1179-87.
9. Adelswärd V, Sachs L. A nurse in preventive work: dilemmas of health information talks. Scandinavian Journal of Caring Sciences 1996; 10: 45-52.
10. Eisenberg L. Disease and Illness: distribu-

tion between professional and popular sickness. Culture, Medicine and Psychiatry 1977; 1: 9-23.

11. Young A. The anthropologies of illness and sickness. Annual Review of Anthropology 1982; 11: 257-85.
12. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1981.
13. Martin E. The woman in the body. A cultural analysis of reproduction. Boston: Beacon Press, 1987.
14. Rapp R. The power of positive diagnosis: medical and maternal discourses on amniocentesis. In: Michaelson KL, ed. Childbirth in America: Anthropological perspectives. South Hadley, Massachusetts: Bergin and Garvey, 1988: 103-16.
15. Rapp R. Constructing amniocentesis: maternal and medical discourses. In: Ginsburg F, Tsing A, eds. Anthropological constructions of gender in America. Boston: Beacon Press, 1990.
16. Rapp R. Moral pioneers: women, men and fetuses on a frontier of reproductive technology. In: di Leonardo M, ed. Gender at the crossroads of knowledge. Berkeley: University of California Press, 1991.
17. Latour B, Woolgar S. Laboratory life: The social construction of scientific facts. Beverly Hills, California: Sage, 1979.
18. Hess DJ, Layne LL, eds. Knowledge and society: The anthropology of science and technology. Greenwich, Connecticut: JAI Press Inc, 1992.
19. Haraway D. Primate visions: Gender, race, and nature in the world of modern science. New York: Routledge, 1989.
21. Blume SS. Insight and industry. On the dynamics of technological change in medicine. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1992.

En fullständig referenslista kan erhållas från Lisbeth Sachs, Sjötullsbacken 23, 115 25 Stockholm.

Summary

Interpreting messages from across knowledge boundaries in health care encounters

Lisbeth Sachs

Läkartidningen 2000; 97: 3752-5.

Anthropological research into health issues may contribute to the discussion regarding doctor/patient communication and to understanding across knowledge boundaries. Anthropological studies in »other cultures» provide a mirror, and the question »Why are we doing what we are doing?» becomes relevant. Examples from research among immigrants in Swedish health care bring this question into focus. The relationship between scientific knowledge and lay knowledge is seen as problematic with regard not only to immigrants but also to any patient involved in today's preventive care, steeped as it is in rapid medical technological development. Scientific knowledge is recontextualized, interpreted and understood in all clinical situations. Research into this process is an urgent matter.

Correspondence: Lisbeth Sachs, Sjötullsbacken 23, SE-115 25 Stockholm, Sweden.
E-mail: lisbeth.sachs@swipnet.se

Särtryck

LÄKARTIDNINGEN

Palliativ medicin är vetenskapen som den palliativa vården grundar sig på, dvs utbildningen, utvecklingen och forskningen.

I Läkartidningen har under 1999 och 2000 publicerats 15 artiklar som belyser palliativ vård från olika sidor. Dessa har samlats i ett särtryck som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är
80 kronor.

Palliativ medicin



Beställer härmed.....ex
av »Palliativ medicin»

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till **LÄKARTIDNINGEN**
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: **08-20 74 35**

www.lakartidningen.se