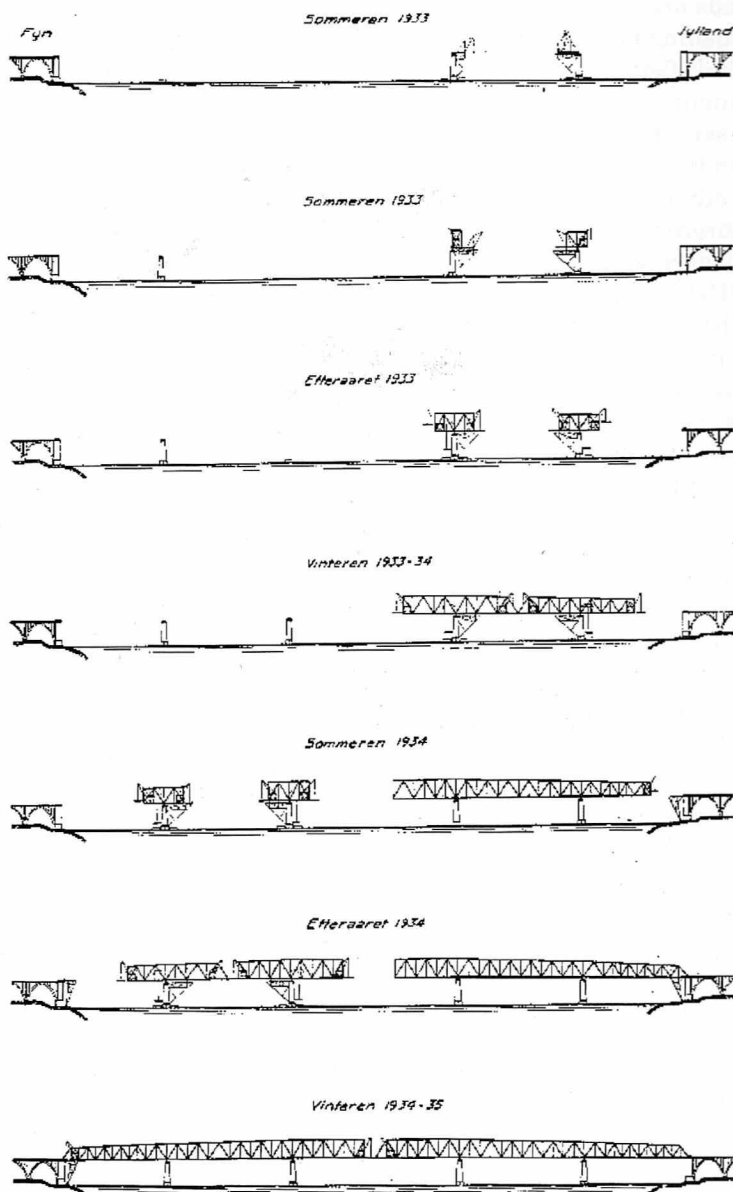
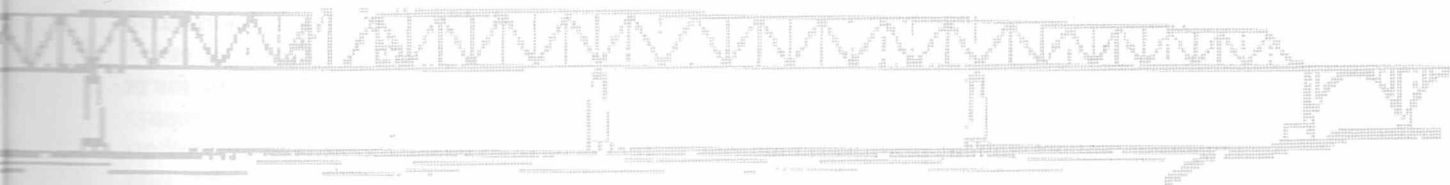


# FORSKNING OG BROBYGNING I SUNDHEDSARBEJDE





Af Laila Launsø og Jonas Rieper

Et stigende antal patienter med allergi og/eller astma kombinerer etablerede og alternative behandlinger. Der er derfor et behov for at afprøve og udvikle modeller for brobygning mellem etablerede og alternative behandlere. På baggrund af resultater fra et igangværende forskningsprojekt giver forfatterne en beskrivelse af alment praktiserende lægers og klassiske homøopaters behandlingsmodeller i forbindelse med behandling af mennesker med allergi og/eller astma og et indblik i de læringsprocesser, som de første faser af forskningsprojektet igangsatte og stimulerede hos de deltagende behandlere.

**P**å tværs af lande kombineres etablerede og alternative/ukonventionelle behandlingsformer. De mest almindelige kombinationer i Danmark som i andre lande er kendetegnet ved, at læger, fysioterapeuter, psykologer og sygeplejersker uddanner sig i forskellige alternative behandlingsmetoder og praktiserer disse inden for eller uden for det etablerede behandlingsvæsen (1-3). I enkelte tilfælde etableres et egentligt samarbejde mellem f.eks. læger og alternative behandlere (så som akupunktører, klassiske homøopater, zoneterapeuter, biopater, kinesiologer, ernæringsterapeuter) (4-6). Inden for universitetsuddannelser ser vi i udlandet, at der i stigende grad undervises om og i alternativ behandling (7).

Når vi i denne artikel anvender begrebet brobygning, refererer dette begreb til etablering af dialog og samarbejde mellem behandlere, der arbejder med forskellige behandlingsmodeller<sup>1)</sup>. Mens begrebet samarbejde i den gængse betydning kan refe-

rere til noget mere ad hoc-præget, refererer begrebet brobygning her til opbygning af institutionelle rammer for et mere vedvarende samarbejde. Der er tale om et kontinuum fra dialog til samarbejde. Billedligt talt refererer brobygning til etablering af en "fast forbindelse" mellem forskellige "territorier"/landskaber med hver sine rationaler for behandling af sygdomme/lidelser.

Der mangler forskningsbaseret viden om, hvilke læringsprocesser etablering af brobygning kan igangsætte hos etablerede og alternative behandlere eller hvilke hæmmende og fremmende faktorer, der henholdsvis kan svække eller styrke et brobygningsarbejde.

Stadig flere patienter anvender alternative behandlinger både som kerneydelser og i kombination med etablerede behandlinger (8) og da både patienter og behandlere efterspørger et aktivt brobygningsarbejde i sundhedsvæsenet, er der behov for systematisk at kortlægge forudsætninger

for og konsekvenser af etablering af brobygning mellem etablerede og alternative behandlere.<sup>2)</sup>

I år 2000 igangsatte vi et forskningsprojekt, der bl.a. har til formål at afdække forudsætninger for etablering af en brobygning mellem alment praktiserende læger og klassiske homøopater<sup>3)</sup>. Etablering af et sådant brobygningsarbejde er ikke uproblematisk. Det hænger sammen med, at der er tale om grundlæggende forskellige og på visse punkter direkte modstridende forståelser af sygdom og behandling. Men samtidig skulle der netop i et møde mellem konflikterende forståelser og praksisser være mulighed for at igangsætte eller stimulere overskridende læringsprocesser (9,10). Sådanne læringsprocesser kan befordre udvikling af nye forståelser og handlinger i felter, hvor der hersker forskellige og konflikterende forståelser, og hvor de eksisterende resultater af indsatser ikke er tilfredsstillende, dvs. i felter hvor aktører føler en nødvendighed i, at tingene skal kunne gøres bedre og på andre måder. Dette kan overføres til behandlere, der mener, at behandlinger af sygdomme/lidelser kan forbedres ved at ændre i de eksisterende måder at forstå og behandle disse sygdomme/lidelser.

Vi har valgt at *afgrænse* projektet til allergi og/eller astma, fordi det er udbredte lidelser i befolkningen. Lægebehandling er den mest anvendte allergi- og/eller astma-behandling. Klassisk homøopatisk behandling anvendes som den hyppigst eller næsthyppigst brugte alternative behandling i en række europæiske lande<sup>4)</sup> og anvendes hyppigt i behandling af allergi og/eller astma. Det er en behandling, der kunne forventes at få en større udbredelse også i Danmark. Det er en relativ billig behandling og patientforeninger lægger i stigende grad pres på politikere for at få adgang til denne som andre alternative behandlinger.

*Rekrutteringen* af alment praktiserende læger har været vanskelig. 140 alment praktiserende læger blev i år 2000 kontak- tet med brev og adspurgt om, de ønskede at deltage i projektet. Kun seks af disse læger ønskede at deltage. Lægers begrun-

delser for ikke at deltage var manglende tid og en opfattelse af at det ville være for grænseoverskridende at gå i dialog med klassiske homøopater. De seks læger er kendetegnet ved: at være motiverede for at indgå i en dialog med klassiske homøopater, at have et ønske om at få evalueret egne behandlingsmuligheder og begrænsninger i forhold til homøopatiske behandlinger og at ville indgå i et reflekterende arbejde omkring egne behandlingsmuligheder og begrænsninger i forhold til patienter med allergi og/eller astma.

Rekrutteringen af klassiske homøopater til projektet er foregået gennem Skolen for Klassisk Homøopati. 11 blev udvalgt efter følgende kriterier: skulle have en klassisk homøopatisk uddannelse, skulle have flere års klinisk erfaring og skulle have erfaring med at behandle mennesker med allergi og/eller astma. Alle 11 behandlere ønskede at deltage i forskningsprojektet.

Vi antog som én forudsætning for, at et brobygningsarbejde kan etableres, at de, der skal bygge bro, kender til hinandens behandlingsmodeller, deres styrker og svagheder og får mulighed for at lære hinanden at kende og udveksle erfaringer på baggrund af forskningsbaseret teori og empiri. Teori og empiri der tager udgangspunkt i at beskrive deres behandlingsmodeller og evaluere resultater under respekt for behandlernes behandlingspræmisser. Ud fra denne antagelse planlagde vi et forskningsprojekt, der skulle tage sigte på at udvikle og afprøve en model for, hvordan man kunne initiere en brobygning mellem alment praktiserende læger og klassiske homøopater og afdække forudsætninger for og konsekvenser af dette brobygningsarbejde omkring behandling af mennesker med allergi og/eller astma.

*Konceptualisering af behandlingsmodeller*  
Med henblik på at konceptualisere lægers og homøopaters behandlingsmodeller i relation til mennesker med allergi/ astma gennemførtes kvalitative forskningsinterview tematiseret efter følgende komponenter: sygdomsforståelser, diagnosticerings-systemer, behandlingsvalg og behandlernes antagelser om virkninger af behandlinger. Interviewene blev udskrevet og til-

sendt samtlige behandlere med henblik på at få valideret det sagte og skrevne. Væsentligt i denne proces er, at rationalet for behandlernes måde at behandle på bliver synliggjort. I det følgende giver vi en kort opsummering af resultaterne af interviewundersøgelsen dels i form af figur 1, der opsummerer kendetegn ved de deltagende lægers og homøopaters behandlingsmodeller og dels ved en beskrivelse af forskelle og ligheder mellem modellerne.

Lægerne fortæller, at de er uddannet til at forstå allergi og/eller astma som selvstændige enheder med henvisning til fysiologiske reaktioner og tilstande. På baggrund af deres erfaringer i praksis udvikler de imidlertid en langt mere multifaktoriel forklaring af allergi og/eller astma. Flere af lægerne begynder at fundere over, om allergi og/eller astma er egentlige sygdomme eller om de er reaktioner på noget andet.

Figur 1.

Kendetegn ved de deltagende alment praktiserende lægers og klassiske homøopaters behandlingsmodeller

	Lægerne	De klassiske homøopater
<b>Sygdoms/sundhedsforståelse af allergi og/eller astma</b>	En fysiologisk forståelse af allergi og /eller astma suppleret med en multifaktoriel forklaring.	Allergi og /eller astma betragtes som symptomer på en bagvedliggende ubalance, en forstyrret livskraft og en miasmisk prædisposition.
<b>Diagnosticering/ problemafdækning</b>	Sygehistorie med fokus på sygdommen, målinger, test og afprøvning af forskellige lægemidler, der har til formål at bestemme sygdommen.	Samtale, personens beretning om sig selv, personens livsførelse og levevilkår og homøopatens iagttagelser, der har til formål at bestemme det homøopatiske lægemiddel.
<b>(Be)handlingsindsats</b>	Lægemidler, der gives mod sygdommen/symptomerne (eller undgåelse af lægemidler, som flere læger forsøger sig med), samtale og forebyggende råd vedrørende adfærdsændringer.	Samtale og et homøopatisk lægemiddel, der ordineres ét af gangen, Midlet ordineres til personen og ikke mod symptomet/sygdommen.
<b>Behandlernes forventninger til og erfaringer med virkninger af deres behandling</b>	Fysiske gener forsvinder, patienten bliver funktionsdygtig får bedre livskvalitet, får en livsforlængelse. Helbredelse forventes ikke.  Lægemidlerne gør ofte patienter afhængige af medicinen, det bliver sværere og sværere at holde symptomerne væk jo længere tid patienter har været i lægemiddelbehandling.	En indirekte virkning ved at igangsætte selvhelbredende (generative) processer, der monitoreres efter nogle helbredende love, som homøopater arbejder ud fra.  De sidst tilkomne symptomer forventes at forsvinde først. Gamle symptomer kan dukke op i et behandlingsforløb.  Der forventes ikke bivirkninger men reaktioner i form af en kortvarig førstegangsforværring, hvor symptomer blusser op for derefter at forsvinde igen.

For homøopaterne er allergi og/eller astma symptomer på noget bagvedliggende og det er dette "bagvedliggende", som homøopaterne fokuserer på, når de skal forstå allergi og/eller astma. De arbejder ud fra en antagelse om, at symptomer kan hænge sammen og afspejle bagvedliggende ubalancer, som igen må anskues i sammenhæng med medfødt disposition/modtagelighed, livskraftens styrke og levevilkår.

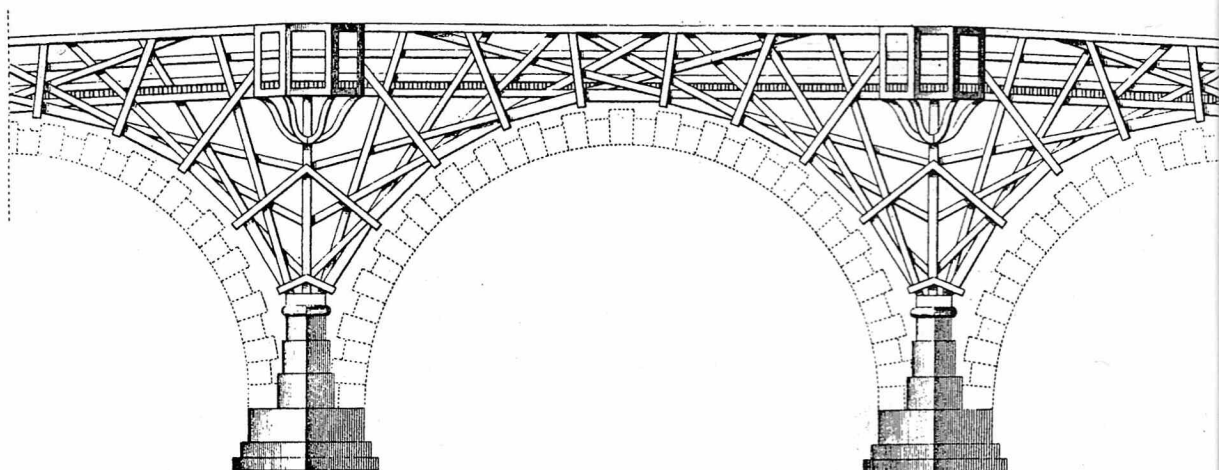
Mens lægen benytter sig af sygehistorien, tekniske målinger/test eller anvender medicinens virkninger til at diagnosticere en allergi og/eller astmapatient på baggrund af de reaktioner, der er almene for patienten, orienterer homøopaten sig mod patientens unikke reaktioner og baserer udelukkende sin problemafdækning på baggrund af samtale med patienten, patientens egen beretning, homøopatens iagttagelser og homøopatiske midler. Det er personens unikke reaktioner, der er afgørende for homøopatens valg af lægemiddel.

Mens lægerne ikke har erfaring med at bruge homøopaternes problemafdækning/diagnoser, har homøopaterne erfaring med at bruge lægens diagnose til at afgrænse, hvad der er det almene og hvad der er det unikke ved en persons reaktioner. Men mens det almene frasorteres, fastholdes det unikke i forbindelse med valg af det homøopatiske middel. Dette er modsat lægernes praksis, hvor det almene er afgørende for

valget af lægemidlet. Homøopaterne anvender også lægens diagnose til at udelukke en livstruende sygdom. Ved at kende den medicinske diagnose og den medicinske behandling får homøopaterne en viden, der gør dem i stand til at skelne mellem symptomer, som kan være frembragt af medicinen og reaktioner, der udtrykker personens konstitution. Det er homøopaternes erfaring, at mennesker, der kommer med de samme diagnoser, skal have forskellige homøopatiske midler.

Både lægerne og homøopaterne opfatter deres behandling som individualiseret. Lægerne i dette projekt har netop fravalgt at arbejde på sygehuse for at komme væk fra den standardiserede behandling, de har erfaringer med og dominerer behandlingsarbejdet. Samtidig giver lægerne udtryk for, at den mere individualiserede behandling kræver mere erfaring end den standardiserede behandling. For homøopaterne vil en konstitutionel behandling altid være individuel.

Både læger og homøopater ordinerer lægemidler men ud fra helt forskellige behandlingsprincipper. For lægen er målet med lægemiddelbehandlingen at nedkæmpe eller dæmpe symptomerne. En læge formulerer det således: "*lægemidler er designet til at være destruktive (nedbrydende) i deres natur og ikke konstruktive (opbyggende)*". Her må lægen supplere lægemid-

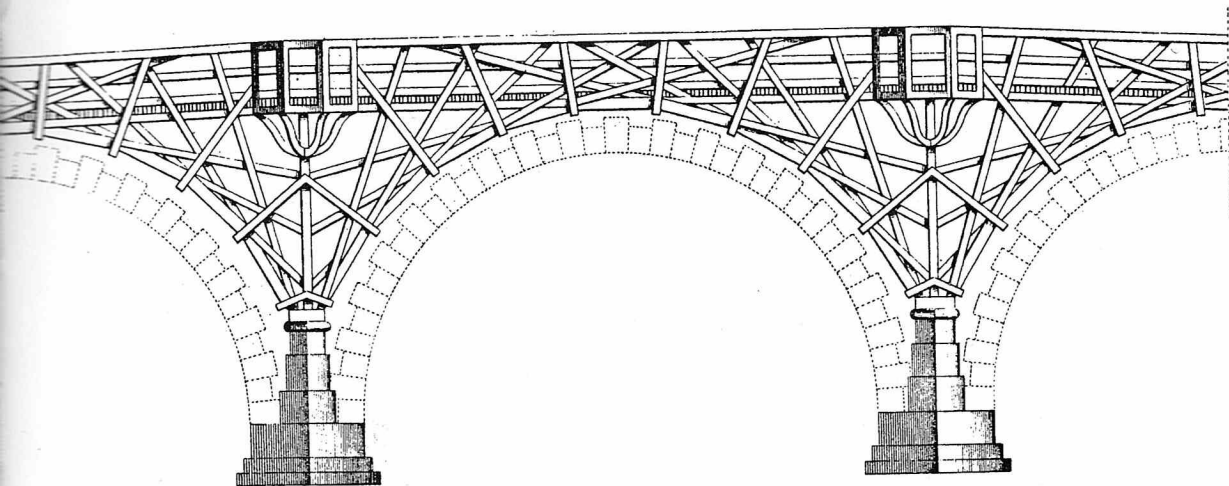


delbehandlingen med forslag til adfærd-ændringer. Lægemiddelbehandlingen er udelukkende rettet mod symptomet. Homøopater skelner mellem behandling af en akuttillstand og en konstitutionel tilstand. Men i begge tilfælde gives midlet for at igangsætte en helbredende proces og er således ikke rettet mod symptomet. Akut gives midlet for at styrke personens evne til at arbejde med til at bekæmpe akuttillstanden. Konstitutionelt gives midlet for at rette op på en grundlæggende ubalance. Formålet med den homøopatiske behandling er således at styrke personen til selv at kunne klare sygdommen. Det gøres gennem midlet ved at mobilisere personens egne fysiske, psykiske og mentale redskaber. Samtalen tillægges også her en betydning men betragtes ikke som den tilstrækkelige årsagsfaktor for igangsættelse af en helbredelse.

Fælles for behandlerne er opfattelsen af, at de skal hjælpe patienten, dér hvor vedkommende er og tage udgangspunkt i patientens ønsker og mål med behandlingen. Ellers går det galt, som en læge udtrykker det. Her har lægen erfaring med, at patienter ikke efterlever lægens ordination eller fravælger lægebehandlingen. Vi har i projektet at gøre med behandlere, som mere opfatter sig selv som katalysatorer for vækst, udvikling og forandring end som omnipotente eksperter.

Mens homøopaterne fokuserer voldsomt på at finde det rette homøopatiske lægemiddel, hvor midlet får den centrale opmærksomhed, ser vi hos flere læger en søgning "uden om" lægemidler i et forsøg på at finde andre veje til at hjælpe og aktivere patienten.

Lægerne vurderer, at lægemiddelbehandling gør folk funktionsdygtige, kan virke livsforlængende og livsforbedrende men gør ofte folk afhængige af medicin. En læge bruger udtrykket 'dampmedicin' eller apparatfejlsmedicin som udtryk for de ting, medicinen kan. Lægerne erfarer, at de kan behandle umiddelbare symptomer, så fysiske gener forsvinder over en vis periode. I forhold til allergi kan medicinen ligeledes dæmpe nogle generende symptomer og gøre det muligt for personen at fungere normalt. Når læger vælger at sætte kraftigt medicinsk ind over for astma, er det, fordi de mener, at steroidbehandling kan beskytte lungevævet på længere sigt og derved skulle undgå at underbehandlet astma vil føre til fremadskridende lungefunktionstab. Lægerne mener ikke, at de kan helbrede med de eksisterende lægemidler. Et væsentligt aspekt i forhold til om noget har virket er, at patienten har fået det bedre, dvs. at patienten selv kan registrere, at behandlingen har virket, at der er sket en subjektiv bedring. Det nævnes, at en objektiv





bedring ikke er et tilstrækkeligt kriterium for at sige, om behandlingen har virket eller ej. I forhold til astma kan medicinen fjerne symptomerne og forebygge en forværret lungefunktion<sup>5</sup>.

Ved begrebet virkning forstår homøopaterne, at et middel vil virke som et led i en kurativ proces, der følger nogle helbredende love. Ud fra disse love monitoreres et behandlingsforløb.

Der er således en central forskel på lægers og homøopaters måde at forstå begrebet virkning på. Hvor lægen bruger virkningen af midlet til at be- eller afkræfte en diagnose, søger den klassiske homøopat at af- eller bekræfte, om en helbredende proces er sat i gang. For lægerne er det centralt, at lægemidlet virker direkte på allergi og/eller astmasymptomerne. Lægemidlet gives mod symptomet og skal have en specifik effekt på symptomet. De homøopatiske midler antages at virke indirekte dvs. uden at have en direkte specifik effekt. Det homøopatiske middel gives til personen og ikke mod symptomet.

Der er forskel på, hvilken virkning læger og homøopater tilstræber. Homøopaternes behandling sigter mod helbredelse. Lægernes behandling sigter mod at gøre folk funktionsdygtige og symptomfrie. Som lægerne ser det, bliver det imidlertid ofte sværere og sværere at holde symptomerne væk, jo længere tid der går og de er meget opmærksomme på den lægemiddelafhængighed, som behandlingen udvikler.

Et klart dilemma, lægerne giver udtryk for, er, at de anvendte lægemidler giver bivirkninger. Her over for antager homøopaterne, at klassisk homøopati ikke har bivirkninger, hvis personen får det rette middel og i den rette mængde. Derimod kan indtagelse af et homøopatisk middel forårsage reaktioner som førsteforværring, hvilket betyder en kortvarig forværring eller opblussen af nogle af personens symptomer. Dette opfattes af homøopaterne som et tegn på, at helbredelsesprocessen er gået i gang, og livskraften så at sige er blevet aktiveret.

Lægers og homøopaters behandlingsmodeller adskiller sig ved, at der tilsyneladende ikke er en sammenhæng mellem forståelsen af allergi og/eller astma og behand-

ling i lægernes behandlingsmodel mens en sådan sammenhæng afspejles i homøopaternes behandlingsmodel. Selvom lægerne i projektet har en multifaktoriel forståelse af sundhed/sygdom, synes det ikke helt muligt at føre denne forståelse ud i det praktiske behandlingsarbejde. Det viser sig ved, at en læge på den ene side kan have en forståelse for, at sygdom er noget andet end de manifesterede symptomer (det nævnes fx, at allergi kan tænkes at være en reaktion på noget andet), men på den anden side alligevel vælger at behandle de fysiske symptomer og ikke en eventuel bagvedliggende årsag. Den manglende sammenhæng er erkendt af lægerne. Nogle læger frustreres over denne manglende sammenhæng og forsøger enten selv eller ved at henvise til andre behandlere at behandle flere aspekter af personen. Andre læger fortæller, at de godt ved, at de kun gør noget ved en del af problemet, men konstaterer, at det er de institutionelle vilkår/betingelser, de arbejder under, der forhindrer dem i at handle på andre måder.

Der ses en større grad af sammenhæng mellem de klassiske homøopaters teori om sundhed og sygdom og deres behandlingsindsats, idet midlet gives for at igangsætte en helbredende proces. Homøopater lærer under deres uddannelse, at sygdom skyldes en forstyrret livskraft, og behandlingen går derfor ud på at rette op på forstyrrelsen og ikke konsekvenserne (symptomerne) af den. De arbejder med monitorering af virkningsforløb ud fra Herings lov<sup>6</sup> og miasme-tankegangen<sup>7</sup>.

Det fremgår af samtalerne med lægerne og homøopaterne, at lægerne er langt mere selvkritiske i forhold til deres egen behandlingsmodel end homøopaterne. Dette forhold kan hænge sammen med den selvselektede udvælgelse af lægerne til projektet men kan også aftegne lægernes og homøopaternes forskellige interesser i at indgå i projektet. Lægernes motiver for at gå ind i projektet er primært et ønske om at styre "uden om" lægemiddelbehandling i det omfang, dette er rationelt. De er derfor åbne og nysgerrige efter at finde andre behandlinger, der kan virke bedre for deres patienter. Homøopaterne er primært gået ind i projektet for at få et sam-

arbejde op at stå med læger, fordi de føler sig overbeviste om, at deres behandlinger virker og kan supplere og/eller erstatte lægemiddelbehandlingen.

#### Afholdelse af behandler-forskerseminar

I projektets anden fase blev der planlagt og gennemført et behandler-forskerseminar<sup>8)</sup>, hvor behandlerne på baggrund af en rapport omhandlende deres modeller skulle have mulighed for at mødes og diskutere forskelle og ligheder mellem deres modeller. Seminaret blev fulgt op med kvalitative interview med et udvalg af behandlere, der havde deltaget på seminaret.<sup>9)</sup> Seminaret blev afholdt i et lokale i en restaurant, som var lejet til formålet. Det var første gang deltagerne i allergi og/eller astma projektet havde mulighed for at møde hinanden. Der deltog 10 homøopater og 2 læger foruden 2 forskere og 2 studerende. Før seminaret havde deltagerne fået tilsendt et udkast til ovennævnte arbejdsrapport om lægers og homøopaters behandlingsmodeller. Seminaret forløb over 3 1/2 timer. Der var to hovedpunkter på dagsordenen: en diskussion af ligheder og forskelle mellem behandlingsmodellerne og en vurdering af, om et udkast til et retrospektivt spørgeskema, som behandlerne efterfølgende skulle dele ud til patienterne, kunne indfange virkningerne af deres behandlinger<sup>10)</sup>.

Med udgangspunkt i projektets første to faser og her med behandler-forskerseminaret som et væsentligt omdrejningspunkt, har vi været interesserede i, at udforske muligheder for, at læringsprocesser kan finde sted. Her tænker vi specielt på muligheder i forhold til at udvikle nye og eventuelt bedre behandlingsmodeller og resultater. Vi fokuserer på forudsætninger for initiering og facilitering af læringsprocesser, der kan indebære overskridelse af nogle grundlæggende forståelser og handlinger i forhold til mennesker med allergi og/eller astma.

#### TEORI OM LÆRING

Hvilken læring kan et møde mellem læger og homøopater sætte i gang?

Problemstillingen bygger på følgende grundlæggende præmisser: at der i forhold

til klassisk homøopati og lægebehandling er tale om to meget forskellige og på visse punkter direkte modstridende behandlingsmodeller; at de forskellige forståelser af sygdom/sundhed, som homøopater og læger arbejder ud fra, er socialt konstruerede<sup>11)</sup> og at et vellykket brobygningsarbejde mellem de to grupper nødvendigvis må indebære en eller anden grad af individuel overskridende læringsproces for, at behandlere overhovedet vil være i stand til at forstå hinanden og på længere sigt eventuelt samarbejde. Vi har at gøre med en proces, der er kendetegnet ved, at behandlernes følelser kan træde i forgrunden og en proces, som kræver en stærk motivation hos den enkelte behandler. Ligesom den konkrete sociale kontekst spiller en vigtig rolle for læringsprocessen (11). Den sociale kontekst omfatter i dette projekt både det "virtuelle rum", som det at deltage i et fælles forsøgs- og forskningsprojekt kan skabe og behandler-forskerseminarerne samt de øvrige faglige og institutionelle sammenhænge behandlerne indgår i.

Langt den almindeligste form for læring foregår assimilativt. Det betyder, at det nye, man erfarer, så at sige tilføjes det eksisterende skema eller mønster, man tænker og handler indenfor. Ens sygdomsforståelse, diagnostiske system, behandling og forventninger til virkninger forbliver uimodsagt eller udfordres ikke.

I nogle situationer eller på baggrund af mange års klinisk erfaring kan man imidlertid opleve, at der sker nogle ændringer i ens forståelser, som man ikke umiddelbart kan relatere til ens faglighed eller til det tidligere lærte stof. Hvis man ikke totalt afviser denne oplevelse men føler, at her er noget, der er vigtigt, noget man må forholde sig til, reflektere over og eventuelt må finde andre måder at forstå og handle på, kan en overskridende læringsproces igangsættes. Der er imidlertid først tale om en overskridende læring, når man både opgiver og rekonstruerer tidligere forståelser og forsøger at løse problemer på nye måder. Denne proces kan opleves belastende, energikrævende og truende, fordi man kan mærke, at man bliver nødt til at forstå eller acceptere noget, der på



en væsentlig måde er anderledes. Det kan føles som "det rigtige" og kan i en videre læringsproces implicere et orienteringsmæssigt brud i forhold til ens tidligere forståelser og handlemåder. Defensive rutiner er en væsentlig barriere, som skal overvindes, før en overskridende læring kan blive en realitet. Overskridende læring indebærer således, at man stilles over for noget, som udfordrer det eksisterende, og som bryder med grænserne for det legitime, og det man plejer at gøre, og kan således indbyde til oplevelse af konflikter (1, 9-15). I disse processer er det ikke alene ens egne defensive rutiner, der kan blokere, men også de institutionelle rammer, man behandler indenfor (1).

Sammenfattende bygger vi således vores tilgang til de læringsprocesser, vi vil udforske i forbindelse med de første faser i projektet, på en konstruktivistisk og konstruktionistisk forståelse. Vi antager, at den enkelte behandler, selv opbygger eller konstruerer sin læring ud fra egen parathed og i samspil med psykiske, følelsesmæssige, kognitive, sociale og samfundsmæssige betingelser (1,13). Det betyder, at vi ikke bare kan lægge en læring til rette for de behandlere, der indgår i projektet. Det er behandlerne, der selv styrer, om læring skal igangsættes eller stimuleres og hvordan. Der er her primært tale om en indre styring, som selvfølgelig ikke kan forstås uafhængigt af ydre relationer og kontekster. Her indgår vi som forskere og udfordrer behandlernes forståelser og handlinger ved at italesætte forskelle og ligheder mellem deres behandlingsmodeller og siden ved at italesætte brugernes erfarede virkninger og vurderinger af de forskellige behandlinger. For at få adgang til behandlernes læringsprocesser i forhold til denne intervention inddrager vi i forskningsprojektet behandlernes tanker, erfaringer og refleksioner, som de væsentlige datakilder suppleret med data fra deltagerobservation på behandler-forskerseminaret.

#### Metode og materiale

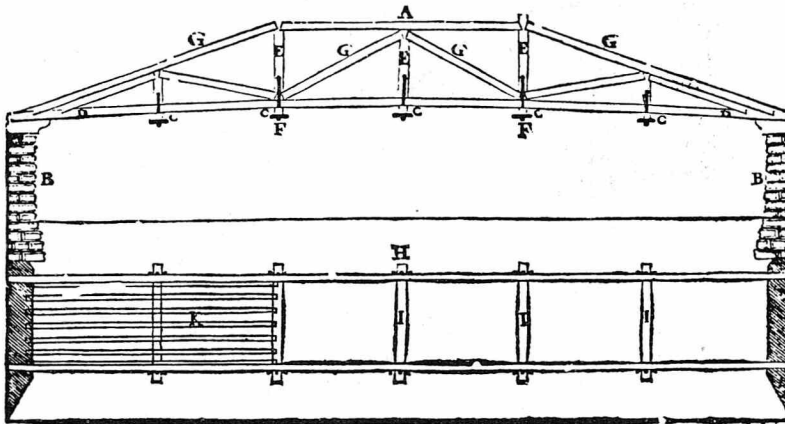
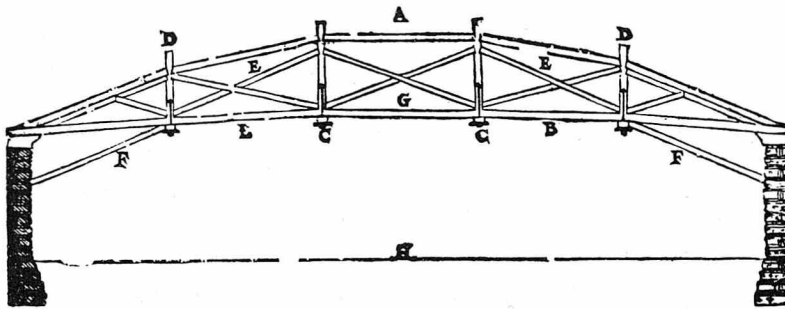
For at belyse nogle af de læringsprocesser forskningsprojektet om muligt kunne igangsætte eller stimulere, blev der i for-

bindelse med afholdelse af behandler-forskerseminaret anvendt et casestudie design med anvendelse af deltagerobservation kombineret med kvalitative forskningsinterview efter afholdelsen af seminaret. På baggrund af deltagerobservationen og en videooptagelse af begivenhederne på seminaret blev der umiddelbart efter seminaret gennemført kvalitative interview med en læge og to homøopater. På seminaret deltog to læger og ti homøopater. Kun den ene læge ønskede at blive interviewet om seminaret. Kriterierne for udvælgelsen af de to homøopater til interviewundersøgelsen var, at det skulle være henholdsvis en mand og en kvinde, at der var tale om en homøopat med en etableret sundhedsfaglig uddannelse og en homøopat uden og endelig, at de to udvalgte påkaldte sig opmærksomhed på seminaret ved at være uenige omkring vigtige elementer i den homøopatiske behandlingsmodel overfor allergi/astma.

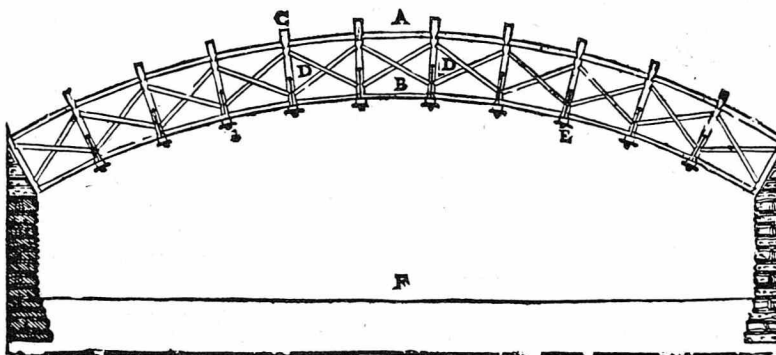
Fokus for observationerne var seminarets indhold i forhold til behandlernes forståelser af allergi og/eller astma og sygdom/sundhed generelt, som de kom til udtryk på seminaret, det emotionelle klima og behandlernes kropssprog. De kvalitative interview spiller en væsentlig rolle for at indfange behandlernes forståelse af de læringsprocesser eller mangel på samme, som projektets første faser afstedkom. Hertil kommer at læringsprocesser har et indbygget tidsperspektiv, hvorfor det via interviewene har været nødvendigt at inddrage faserne både før og efter seminaret<sup>12)</sup>. Videooptagelser af behandler-forskerseminaret, som dannede baggrund for temaguiden til de kvalitative interview, og de kvalitative interview er blevet gjort til genstand for en kvalitativ analyse og fortolkning.

#### Resultater<sup>13)</sup>

Analyserne af data fra deltagerobservation på det første behandler-forskerseminar og de kvalitative forskningsinterview viser, at de deltagende læger forud for seminaret var i en overskridende læringsproces i forhold til den sygdomsforståelse, de oprindeligt er socialiseret indenfor. I den forbindelse viser vores analyse, at de første faser



X 11j



i projektet har spillet en vigtig rolle med henblik på at stimulere en sådan overskridende læringsproces. Begge læger forholder sig særdeles kritiske og reflekterede til det system, som de selv er en del af og arbejder indenfor. I mødet med homøopaterne får denne læringsproces ny næring. Den interviewede læge beretter følgende:

*"Jeg føler, at tilværelsen indtil nu har været en lang opvågnen, hvor erkendelsen bliver større og større. Jeg synes virkelig, at de 30 år, jeg har været i branchen, har givet et*

*andet perspektiv. Da jeg startede, var jeg meget orienteret mod biokemi og naturvidenskab. Der er også noget utroligt fascinerende ved gener og molekylær biologi. Til at begynde med, syntes jeg også, at intensivt hospitalsarbejde var meget spændende. Noget af det, jeg har tænkt fornylig efter mødet med homøopaterne, (...) er hvor meget vi egentlig ved? Der kan jeg sige, at de sidste 30 år er det uendeligt lidt, der egentligt er sket. Man kan godt lave et par transplantationer. Men hvis man går det igennem systematisk, så er det vitterligt i småtingsafdelingen. Det andet*

*det er, at de fleste sygdomme – jeg kan næsten ikke bruge ordet mere – dem kender vi slet ikke årsagen til(..). Der er tusindvis af spørgsmål, som var ubesvaret, da jeg begyndte og som fortsat er helt ubesvaret. (...) Man [har] en indre balance, som kan forstyrres, og så har man nogle selvhelbredende kræfter. Det er nogle ting, jeg bl.a. via seminaret har fået frem i bevidstheden, hvor jeg et sted kan høre mine kolleger og lærer under uddannelsen udtale sig hånligt om alt sådan noget diffust noget som livskraft, ånd og sjæl og helbredende kræfter som noget fis. Men hvis man ser på mennesket og træder et skridt tilbage og ser på det også i sammenhæng med den moderne lægevidenskab, så kan man udmærket operere med den slags begreber. Det er ikke så almindeligt, at man gør det, men det er fuldstændigt indlysende, at det løber et sted lige under overfladen, at det er noget, der har stor betydning. Hvordan er ens liv, ens syn på tilværelsen, er der mening i tilværelsen, hvad er ens fremtidsmuligheder osv. De ting indgår i en helhed, som man kan kalde livskraft eller [noget] andet. Der er et eller andet, der driver folk frem igennem tilværelsen eller driver den enkelte celle til at forsøge at overleve hele tiden. Det er metafysiske principper, som vi ikke kan forklare. (...) Jeg synes, det er godt at få taget de der perspektiver frem, og jeg har ikke noget imod at kalde det livskraft”.*

Ud fra et læringsteoretisk perspektiv kan den proces, som den citerede læge har gennemgået, karakteriseres som en form for double-loop læringsproces. En double-loop læringsproces kendetegnet ved en refleksion over, hvordan lægen selv tænker, dvs. rationalet bag lægens måde at designe og implementere sine behandlinger (13: 100). Et væsentligt led i dette refleksionsarbejde har ifølge lægen været konceptualiseringen af lægernes og homøopaternes behandlingsmodeller netop med henblik på at synliggøre de rationaler, som behandlerne anvender til at designe og implementere deres behandlinger. Dette betyder, at interviewene og rapporten omhandlede forskellige behandlingsmodeller har været med til at synliggøre en ”tavs viden”, dvs. en viden som man ikke tidligere har sat ord på og reflekteret over. Den citerede læge bliver i mødet med homøopaterne således i stand til at koble homøopaternes

begreber om livskraft og selvhelbredende kræfter til sin egen sygdomsforståelse. En proces der gør det muligt for lægen at indfange nogle af de ting, denne læge efter mange års klinisk erfaring føler sig overbevist om, er på spil i sygdomsforløb men som han hidtil har haft som en tavs (ikke-konceptualiseret) viden.

Vi har karakteriseret den langstrakte læringsproces, som lægen har givet udtryk for som en form for double-loop læring. Denne læringsproces indebærer som nævnt en refleksion over rationalet bag behandlernes måde at (be)handle på. I den forbindelse er det interessant, at vi kunne pege på en manglende sammenhæng mellem forståelsen af allergi/astma og behandling i lægernes behandlingsmodel. Ud fra et læringsteoretisk perspektiv er det relevant at stille spørgsmålet, om denne manglende sammenhæng i modellen på sigt vil føre til nye behandlingsindsatser over for allergi/astma eventuelt i form af et reelt samarbejde mellem homøopater og læger. Hvis det bliver tilfældet, vil der være tale om en egentlig overskridende læringsproces, som ikke alene fører til en overskridende forståelse af allergi/astma men ligeledes fører til nye måder at løse problemerne på, dvs. (be)handle på.

Den manglende sammenhæng mellem komponenterne i lægernes behandlingsmodel kan ud fra et læringsteoretisk perspektiv tolkes som en potentiel double-bind situation forstået som et for individet påtrængende problem eller modsætningsforhold, som ikke kan løses inden for det eksisterende sæt af (behandlings)muligheder. Double-bind situationen er en forudsætning for en særlig form for overskridende læring, der er karakteriseret ved en overskridelse af tidligere lærings konstituerende betingelser (11). Der er her i forhold til den tidligere nævnte double-loop læring tale om en mere vidtgående og radikal form for overskridende læring, hvor den kollektive eller sociale dimension spiller en vigtig rolle med henblik på at få indsigt i og dermed sætte sig fri fra tidligere lærings konstituerende betingelser.

Det er sandsynligt, at den manglende sammenhæng mellem forståelse af allergi/astma og behandling i lægernes behand-

lingsmodel kan være en vigtig faktor i relation til lægernes nysgerrighed og åbenhed i forhold til alternative behandlingsmodeller herunder den homøopatiske. Endvidere er der mellem homøopaternes behandlingsmodel og lægernes behandlingsmodel, specielt i forhold til behandlingen af allergi/astma, tale om et modsætningsforhold, som må antages at rumme nogle læringsmæssige muligheder.

De adspurgte homøopater var generelt mere tilbageholdende med deres udbytte af rapporten og mødet med lægerne på seminaret. Hvor den ene homøopat (I) i interviewet fokuserede på forskelle i sygdom/sundhedsforståelser, fokuserede den anden homøopat (II) på lægernes behandlingsindsats overfor allergi og/eller astma i form af konventionelle lægemidler, som opfattes som værende i direkte modstrid med behandlingsindsatsen inden for klassisk homøopati. Sidstnævnte homøopat (II) havde efter sin uddannelse valgt at læse til sygeplejerske<sup>14</sup>). Denne sundhedsfaglige uddannelse er for homøopatens vedkommende stærkt forankret i en fænomenologisk og subjektorienteret forståelsesramme, der ligger bag både hendes pleje og homøopatiske praksis:

*"Uanset om jeg er sygeplejerske eller klassisk homøopat, tager jeg udgangspunkt i humanvidenskaben. Mit menneskesyn er ud fra humanvidenskaben. Jeg arbejder fænomenologisk som sygeplejerske. Jeg lytter til folk, jeg ser på folk, jeg lugter til folk. Hvis jeg oplever, at der er noget galt, kontakter jeg lægen eller gør noget ved det med min sygeplejefaglige viden. Jeg bruger nøjagtig samme metode, hvad enten jeg er sygeplejerske eller homøopat. (...) Den sandeste måde at få noget at vide på må være den fænomenologiske metode. Det er patientens egne udtalelser. Min mening kommer aldrig ind. Jeg kan opstille nogle muligheder, det er patientens eget frie valg, som et individuelt, autonomt menneske. Det er vigtigt at signalere respekt for det valg, patienten tager. Det er kun dét menneske, som skal træffe en beslutning omkring sin krop og sit eget liv, som skal have lov til at udtale sig".*

Direkte adspurgt om mødet med lægerne havde bidraget med ny viden, svarede samme homøopat:

*"Nej, de kom ikke med ny viden for mig. Jeg har en del patienter i behandling med astma. Det forløb, de har været igennem, er nøjagtigt efter samme princip, som jeg kunne følge en af lægerne arbejder efter. (...) Men jeg synes, det var dejligt, der var nogen, som var interesseret i at samarbejde".*

Homøopat (I) havde en anderledes oplevelse af mødet med lægerne. En diskussion omkring hvem, der har retten eller kompetence til at afgøre, hvornår en person er rask, havde således sat nogle interessante tanker i gang hos denne:

*"Der var noget omkring sygdom og helbredelse. Hvem skal bestemme, hvornår man er syg? Selv om jeg måske ikke kan bruge det, så giver det mig en større forståelse for de valg, som folk træffer, hvad enten det er lægen eller klienten".*

Netop dette eksempel er interessant, fordi homøopaten med sin holdning til spørgsmålet om hvem, der har ret til at bestemme, hvornår en person er syg – behandleren eller personen selv – åbenbart rammer ned i en intern uenighed blandt homøopaterne, som delte vandene på seminaret på en for os uventet måde. Den citerede homøopat (I) opererer med et skel mellem delvis og fuld helbredelse, underforstået at homøopaten sidder inde med en eksklusiv viden om, hvornår et menneske kan tillade at kalde sig fuldt helbredt. En diamentral modsat opfattelse blev klart tilkendegivet af lægerne på seminaret og blev delt af flere af homøopaterne. Denne opfattelse går ud på, at alene det enkelte menneske kan afgøre, hvornår vedkommende er helbredt.

Adspurgt om udbyttet af seminaret svarede homøopat (II), at det største udbytte af seminaret var en bevidsthed om denne interne uenighed blandt homøopaterne:

*"Vi klassiske homøopater arbejder ikke alle efter Hahnemanns principper(...). Vi sad faktisk og mumlede lidt i krogene [på seminaret]. (...) Jeg blev utryk i forhold til andre homøopaters udtalelser, (...) det gjorde stort indtryk på mig, at vi er så uenige (...), det er virkelig belastende (...). En udtalelse på seminaret var, at vedkommende godt følte, at han kunne gøre mere for patienterne, selv om*



*de følte sig raske, så tænkte jeg: Nej nu stopper verden altså, fordi hvis et menneske føler sig rask og ikke har lyst til at fortsætte sin behandlingsform, så skal man ikke pådutte det menneske ... Så er man jo nærmest over i den anden "lejr". Det har vi ikke ret til. Det er helt forkert".*

Denne interne uenighed blev ikke italesat af homøopaterne på selve seminaret<sup>15</sup>.

Stemningen på seminaret var præget af nysgerrighed og åbenhed på tværs af behandlerskel. En opfattelse som bekræftes af lægen og de to homøopater, vi interviewede. Seminaret karakteriseres bl.a. på følgende måde:

*"Utroligt positivt (...) stemning præget af gensidig respekt og åbenhed" (læge); "meget givtigt og spændende med en god dynamik" (homøopat II); "der var en positiv atmosfære" (homøopat I).*

Derved adskilte seminaret sig ifølge lægen markant fra måden, hvorpå det almindeligvis foregår, når alternative behandlere mødes med behandlere fra det etablerede behandlingssystem:

*"Den positive stemning på seminaret og åbenheden blandt deltagerne, som man antager har et forskelligt syn på tingene, adskilte det fra den rolle, som vores system er kommet ind i, hvor man er afvisende og arrogant over for anderledes tænkende i modsætning til åbenhed, hvor man er interesseret i og åben overfor hinanden, så kan det foregå på den måde, det gjorde".*

Kendetegnende for seminaret var således, at det kunne rumme både uenigheder på tværs af behandlerskel og en åbenhed og en positiv atmosfære. Hvilket er afgørende forudsætninger for, at en læringsproces kan finde sted. En læringsproces som muligvis kunne styrkes yderligere, hvis den interne uenighed blandt homøopaterne havde været mere legitim og var blevet gjort til genstand for åben debat.

#### Konklusion og diskussion

Det var kendetegnende for de to læger, der deltog, at de forud for seminaret på centrale områder læringsmæssigt var i en overskridende proces vedrørende den behandlingsmodel, som de gennem deres lægevi-

denskabelige uddannelse er uddannet i at (be)handle efter. De to deltagende læger på seminaret kan karakteriseres som "boundary walkers" (1). Begge var kritiske over for de resultater, de kunne opnå med lægemiddelbehandling af mennesker med allergi og/eller astma og de var meget imødekommende i forhold til homøopaternes behandlingsmodel. Den ene læge var inde på, hvordan mødet med de klassiske homøopater var med til at bevidst- og begrebsliggøre en hidtil tavs viden. En tavs viden, som lægen i øvrigt mener, at mange alment praktiserende læger er i besiddelse af. En synliggørelse af denne tavse viden, mener lægen, har været med til at stimulere en overskridende læringsproces for ham. Den japanske forsker Ikujiro Nonaka (14) har inden for en organisatorisk kontekst undersøgt, hvordan tavs viden<sup>16</sup>, som en vigtig kilde til skabelse af ny viden, kan gøres eksplicit og anvendelig netop via flerfaglige fællesskaber. Forudsætningen for en sådan mobilisering af deltageres tavse viden, er ifølge Nonaka skabelsen af et tilidsfuldt rum med plads til forskellighed.

Det var bemærkelsesværdigt, at lægerne udviste en mere åben holdning og nysgerrighed til homøopaternes behandlingsmodel end det omvendte var tilfældet. Dette kan afspejle de forskellige læringsprocesser behandlerne er i og de interesser lægerne og homøopaterne har i at deltage i projektet. Hvor lægerne er motiverede for at finde nye veje, er homøopaterne mere interesserede i at "overbevise" lægerne om deres behandlingsmodels styrker. Her er ikke rum for en kollektiv kritisk holdning til den homøopatiske behandlingsmodel eller til nærmere at diskutere de uenigheder, der fremkom på seminaret mellem homøopaterne. Deltagelsen i seminaret tydeliggjorde for homøopaterne, at de ikke er enige i mere fundamentale spørgsmål som f.eks. hvem skal afgøre om en person er helbredt. Er det behandleren eller patienten? Desuden må det medtænkes, at homøopaterne i forvejen, enten gennem deres patienter eller gennem deres tidligere eller nuværende arbejde inden for det etablerede behandlingssystem<sup>17</sup>, havde et kendskab til lægers behandlinger af allergi og/eller astmapatienter.



Mens lægerne kunne karakteriseres ved at være i en overskridende læringsproces, er den læringsproces homøopaterne befinder sig i pt. mere assimilativ, kendetegnet bl.a. ved et krav til intern enighed i gruppen af klassiske homøopater. Disse forskelle kan hænge sammen med, at lægerne i kraft af deres offentlige anerkendte position i samfundet som autoriserede behandlere, med en anerkendt uddannelse og mange års klinisk erfaring står med en legitimitet bag sig, som *kan*<sup>18)</sup> give dem en råstyrke til at se ud af mulighedernes vindue. Modsat står homøopaterne i en ikke offentlig anerkendt position i samfundet som ikke autoriserede behandlere med en ikke offentlig anerkendt uddannelse bag sig. I denne position kan det være et problem at vise uenighed og i det hele taget være uenige om grundlæggende forhold. Man kan her sige, at det er modigt af homøopaterne at gå ind i et forskningsprojekt, hvor de udsætter deres model og resultater for en kritisk granskning. Dette er i sig selv en så krævende proces, at der måske først vil være plads til en mere overskridende læring efter, at de brugererfærede resultater af deres behandlinger bliver fremlagt og selvfølgelig her afhængig af hvilke resultater, der vil kunne fremvises. Ser vi på lægernes og homøopaternes interesser i at gå ind i forskningsprojektet er disse også forskellige. Mens lægerne er enige om, at de behandlingsresultater, de i dag kan opnå i forhold til at symptombehandle mennesker med allergi og/eller astma kan være frustrerende og deprimerende og derfor er på udkik efter et vindue ud til nye forståelses- og behandlingsmuligheder, er homøopaterne interesserede i at få udbredt kendskabet til deres behandlingsmodel og vise at de med den klassiske homøopatiske behandlingsmodel kan opnå effektive resultater med mennesker med allergi og/eller astma. Målene er her at kunne supplere eller erstatte lægens behandling og at kunne helbrede mennesker med allergi og/eller astma. En væsentlig interesse er også at få rekrutteret flere patienter på længere sigt.

For at der kan udvikles et brobygningsarbejde mellem lægerne og de klassiske homøopater bliver det næste skridt at for-

mulere overordnede og fælles værdier og mål for et sådan arbejde. Men forskningsprojektet tro skal denne formulering af fælles værdier og mål ske på behandlernes præmisser og i takt med deres parathed. Et vigtigt spørgsmål i den videre proces bliver at klargøre om lægerne i projektet vil arbejde for at adaptere den klassiske homøopati som en yderligere arm i det lægefaglige arbejde eller om man som læge er parat til at respektere andre behandlingsmodeller og gå ind i et ligeværdigt samarbejde med behandlere, der arbejder med andre modeller og dermed bidrage til at institutionalisere et reelt brobygningsarbejde. Et reelt brobygningsarbejde må antages at forudsætte, at behandlerne dybt følt accepterer, at der ikke er én sandhed for sygdomsforståelse og behandling af allergi og/eller astma og at man derfor heller ikke kan have monopol på "sandheden". Dette gælder hvad enten behandleren arbejder inden for det etablerede eller det alternative behandlingsområde.

Resultaterne fra det her beskrevne projekt peger på, at forskelligheder kan have en styrke i forbindelse med brobygning i sundhedsarbejde. Virkningen af projektets intervention skal ses i sammenhæng med det individuelle læringsforløb, som behandlerne i forvejen er i og i forhold til de kræfter som medvirker i den institutionelle, professionelle og øvrige samfundsmæssige sammenhæng.

#### Litteratur:

1. Launsø L. Døre der åbner sig. Om grænseoverskridende læger og farmaceuter i det danske sundhedsvæsen. Højbjerg: Forlaget Hovedland, 2001.
2. Dagens Medicin. Læger i et grænseland. København. 2002, nr. 2, 18.
3. Lewith G, JonasWB, Walach H (eds.) Clinical Research in Complementary Therapies. Principles, Problems and Solutions. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2002.
4. Launsø L. På vej mod integreret medicin. København: Aksigraf, 1988.
5. Thomsen TR. Allergi og astma. En vej til større forståelse, balance og udvikling. Albertslund: Aqua, 1996.
6. Hofmeister E, Launsø L, Brendstrup E. Centre for integreret medicin- alternativ behandling i

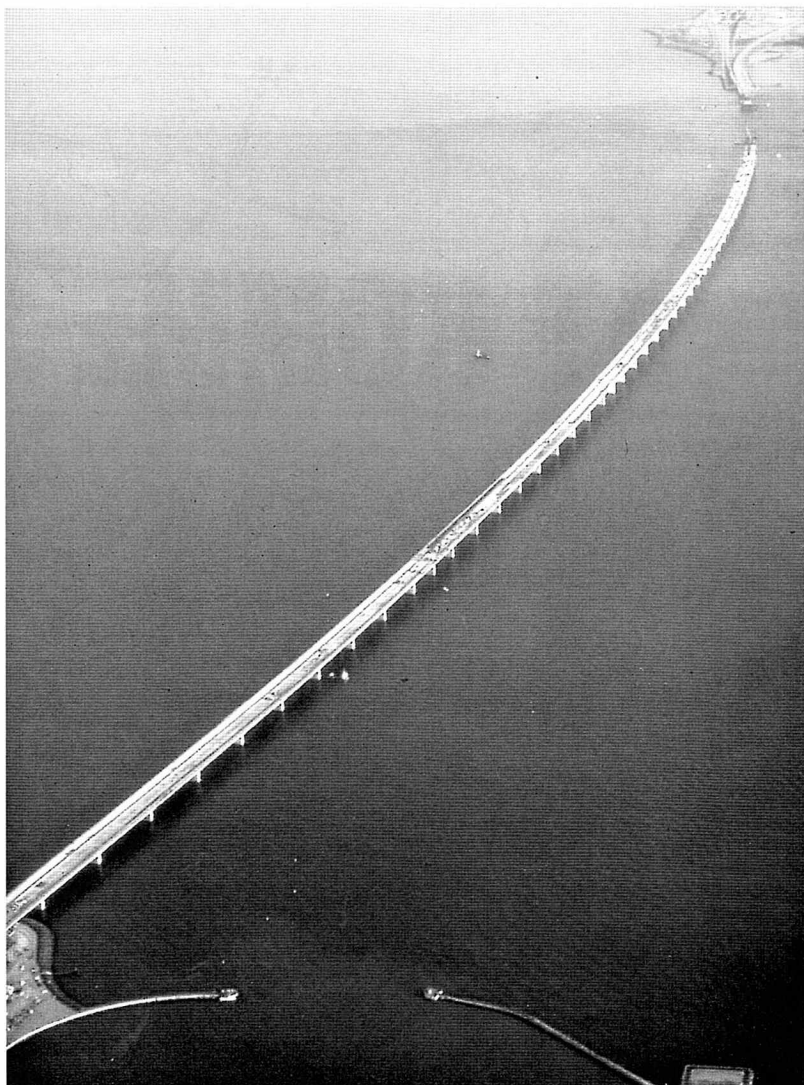
- udvikling. København: Institut for Samfundsfarmaci, 1994.
7. Berberis L. Unconventional Medicine Teaching at the Universities of the European Union. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Vol 7, Number 4, 2001: 337-343.
  8. Kjølner M. Hvem og hvor mange benytter sig af alternative behandlingstilbud? København: Teknologirådets Høring om alternativ behandling, 19. marts 2002
  9. Morsing, M. Organisatorisk læring af anden orden – fra en struktur til en proces-orienteret teori om læring. *Virksomhedens strategi og ledelse*, 1995, nr.5:1-28.
  10. Engeström, Y. Den nærmeste udviklingszone som den basale kategori i pædagogisk psykologi. In: *Læringens horisont*. Mads Hermansen (red). Århus: Klim, 1998.
  11. Illeris K. *Læring – aktuel læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. København: Roskilde Universitets Forlag, 1999.
  12. Illeris K. m.fl. Ungdom, identitet og uddannelse. København: Roskilde Universitets Forlag, 2002.
  13. Agyris, C. Teaching Smart People how to Learn. *Harvard Business Review*, 1991: 99-109.
  14. Nonaka, I. Managing innovation as an organizational knowledge creation process. In: *Technology management and corporate strategies: A tricontinental perspective*. José Allouche m.fl. (red). North-Holland, 1995.
  15. Lauvås, Kirsti & Per Lauvås. *Tværfagligt samarbejde*. Århus: Klim, 1998.
  16. Collin F. Social reality. London: Routledge, 1998.

#### Noter:

1. Begrebet behandlingsmodel refererer til følgende komponenter og sammenhænge mellem disse: sygdomsforståelser, diagnosticeringssystemer, behandlingsmetoder og forventninger til virkninger af behandlingsindsatser.
2. Dvs. at vi her afgrænser os fra f.eks. lægers praksis med selv at kombinere eller integrere etablerede og alternative behandlingsmetoder.
3. Homøopatien blev grundlagt af den tyske læge Samuel Hahnemann (1755-1843). Han opdagede, at en given substans i fortyndet form kunne lindre det samme symptombillede, som substansen ville fremkalde ved normal koncentration hos en rask person. Homøopater som udøver klassisk homøopati behandler kun med homøopatiske midler ud fra helt bestemte principper. I Danmark blev Skolen for Klassisk Homøopati dannet i 1987. Der er 40 uddannede og praktiserende klassiske homøopater i Danmark. 40 er under uddannelse og 10 færdiguddannede hvert år. Uddannelsen er privat og tager 4 år. Klassisk homøopati er en alternativ behandlingsform, som i stigende grad bruges af behandlere i Danmark og resten af Europa.
4. 20–25 % af EU-borgere anvender homøopati (Resolution on the Commission report to the European Parliament and the Council on the application of Directives 92/73/EEC and 92/74/EEC on homeopathic medicinal products (COM(97)0362-C4-0484/97).
5. En af lægerne mener ikke, at det er dokumenteret, at astma medicin kan forebygge en forværet lungefunktion. Det har ikke været os muligt at få denne vurdering be- eller afkræftet hos de eksperter, vi har adspurgt.
6. I følge Herings Lov er det et udtryk for at en kurativ proces er startet, hvis symptomerne under en behandling bevæger sig indefra og ud, dvs. fra et mere vitalt organ til et mindre vitalt organ, fx fra lunger til huden, fra det mentale og psykiske plan til det fysiske plan, hvis symptomerne bevæger sig oppefra og ned, fra hoved til ben eller hvis de bevæger sig baglæns tilbage i sygehistorien. Symptomer, der bevæger sig modsat af disse retningslinier, giver den klassiske homøopat et signal om, at helbredet er ved at blive undergravet, og at det rette middel endnu ikke er fundet.
7. Miasme betyder ”anlæg for sygdom”. I forbindelse med modtagelighedsområdet opererer homøopater med et begreb som miasmatiske prædisposition, som af en homøopat sammenlignes med lægernes forskning i gængs sammensætning.
8. Disse behandler-forskerseminarer planlægges gennemført en gang om året med det formål at skabe et frirum til at stimulere behandlere til at udveksle erfaringer på tværs af behandlingsformer. Der findes endnu ikke nogle institutionelle rammer for, at denne erfaringsudveksling kan finde sted i forbindelse med det daglige kliniske arbejde.
9. De næste faser i projektet omhandler brugerevaluering af de alment praktiserende lægers og de klassiske homøopaters behandlinger af mennesker med allergi og/eller astma. Her gennemføres både en retrospektiv og en prospektiv kvantitativ og kvalitativ undersøgelse.
10. Det første hovedpunkt var direkte relateret til brobygningsarbejdet ud fra den betragtning, at hvis brobygning skal være muligt forudsætter det kendskab til hinandens behandlingsmodeller og modellernes muligheder og begrænsninger (Grum, 2001). Det andet hovedpunkt var direkte relateret til den praktiske udformning af spørgeskemaet, som dataindsamlingsmetode til den sammenlignende undersøgelse af behandlingerne. Et interessant aspekt ved den diskussion, der udfoldede sig under dette punkt var det vanskelige i at inkorporere den helhedsforståelse af sygdom/sundhed, som er kendetegnende for homøopatien. For at tage højde for denne ’udvidede’ forståelse af allergi/astma, måtte spørgeskemaet kunne indfange en *generel* ændring/bedring ud fra bestemte kriterier i reaktionsmønstret hos personen, da det homøopatiske middel ofte virker på dybereliggende reaktioner/symptomer før, det virker på allergien/astmaen.
11. Det socialt konstruerede, vi indfanger i forskningsprojektet, er behandlernes fortællinger om deres forståelser og dermed deres rationale for at behandle mennesker med allergi og/eller astma. Vi siger således ikke, at de fysiske tegn på sygdomme som sådan er socialt konstruerede. Denne problematik behandles bl.a. af

Finn Collin i bogen "Social Reality" (16).

12. Herudover vil de deltagende behandleres læringsprocesser følges over de næste år af projektet, der i alt er planlagt til at løbe over fire år.
13. I det følgende bringes af pladsmæssige hensyn kun et uddrag af citater.
14. Flere af de deltagende homøopater på seminaret har gennemgået en etableret sundhedsfaglig uddannelse enten før eller efter uddannelsen til homøopat.
15. Uenighed mellem homøopater er ikke usædvanlig i andre lande, hvor der er flere skoler og faglige foreninger, der netop markerer forskellige faglige opfattelser af homøopatien.
16. Begrebet "tavs viden" hos Nonaka dækker over en kognitiv dimension (skemata, paradigmer, mentale modeller), som han også kalder ens 'perspektiv', og en teknisk dimension (konkret know-how, færdigheder) (15: 74).
17. Flere af homøopaterne havde en læge- eller sygeplejerskeuddannelse bag sig.
18. Vi skriver *han*, da den åbenhed og nysgerrighed, lægerne i projektet lægger for dagen over for alternativ behandling, ikke er et typisk træk ved læger i DK.



*Laila Launsø* er lektor, dr.scient.soc., Institut for samfundsfarmaci, Danmarks Farmaceutiske Universitet; Norges Nationale Forskningscenter inden for Komplementær og Alternativ Medicin, Universitetet i Tromsø.

*Jonas Rieper* er BA (medie- og filmvidenskab) og stud.com (RUC) Arbejder på Center for Brobygning i Sundhedsarbejde (CBiS).