

PASIENTENROLLEN

– i et sosialantropologisk perspektiv

- AV ANNE KAREN BJELLAND, PROFESSOR, INSTITUTT FOR SOSIALANTROPOLOGI, UNIVERSITETET I BERGEN



Anne Karen Bjelland,

professor ved Institutt for sosialantropologi, Universitetet i Bergen. Forsknings- og undervisningsvirksomhet knyttet til teoretiske, praktiske og etiske spørsmål innen helse- og omsorgssektoren. Medlem av forskergruppen Helsekameratene (UiB/SEFOS) med miljøstøtte fra NFR sitt program «Helse og sykdom i kulturelt perspektiv».

I heftet «Verdier i helsetjenesten» slås det fast under «Menneskelivets ukrenkelighet» at mange mennesker føler seg maktesløse i møtet med helsetjenesten:

«Ikke sjelden hører en historier om mennesker som har hatt et ubehagelig og hardt møte med helsetjenesten. Slike historier forteller at verdigrunnlaget for helsetjenesten står sin virkelige prøve i møtet mellom helsearbeideren og den enkelte pasient... Sykdom, skader og funksjonshemming fører ofte med seg en følelse av maktesløshet, svakhet og sårbarhet. Nettopp derfor er det viktig at helsetjenesten støtter opp under den enkeltes integritet og rett til å bestemme over sitt eget liv.»¹

Det å skulle belyse temaet «Pasienten: rolleforståelse og pasientidentitet» i antropologisk perspektiv er et høyst utfordrende prosjekt: For pasienter er som vi vet ingen ensartet kategori, og pasientidentitet er bare ett av mange aspekt ved mennesket. Den er både situasjon- og kontekstavhengig – og er først og fremst relevant vis-a-vis helsetjenesten – i denne sammenheng vis-a-vis allmennpraktiserende leger.

Pasienten som person og meningsskaper i kulturelt perspektiv

Mennesket er menings- og symbolskapende. Dette betyr at alle tanke- og kunnskapsformer, forestillings- og meningsdannelser rundt kropp, sykdom og helse – ikke er naturgitte, men kulturelt utformete konstruksjoner. Selv om det er fellesmenneskelig å være (i) en kropp – en fysisk og biologisk kropp som setter visse rammer, har den sosiale og kulturelle kroppen ubegrensede potensialer som meningsbærer og meningsbærende. Utfra dette følger den store variasjonen i forståelses- og kunnskapsformer konstruert rundt kropp og helse – i sin videste forstand.

La meg få illustrere dette med tre sitater fra barnemunn – fra Vogels bok «De to første menneskene på jorden var Hans og Grete – Perler fra skolebarns stiler»:²

Først om *kroppens anatomi*:

«Innerst inne har vi skjelettet. Det er det stativet kjøttet henger på. Utenpå kjøttet har vi overhuden – som en slags tapet i forskjellige farger» (s.45).

Så noen ord om *hukommelsen*:

«Hukommelsen er en stor, grå klump inne i hodet. Når vi blir gamle, er den bare en liten klump, og da er den sort. Hvis hukommelsen ikke virker, er det fordi det faller en sort klaff ned foran hjernen» (s.46).

Og til slutt noen forestillinger om *kretsløpet*:

«Kroppen er inndelt i blodårer og vannårer. Blodet går opp til hjertet og vannet til øynene når folk er lei seg... Det viktigste blodlegemet i kroppen er hjertet. Det er det de fleste mennesker dør av» (s.45).

Det finnes med andre ord ulike typer kroppsoppfatninger og forklaringsmodeller for sykdom og helse. Ulike mennesker, både pasienter og leger har

forskjellige forutsetninger for og rammer for tolkning og opplevelse av kropp/helse/lidelse som ikke bare er individuelt, men også kulturelt og sosialt betinget eller konstruert.

Kulturelle modeller

– konsekvenser for praksis

Kulturelle modeller kan sies å være mer eller mindre systematiserte sett av forestillinger om hvordan virkeligheten er og hvordan den bør være. Disse forestillingene kan bestå av både normative, beskrivende og analytiske elementer, og inneholder oppfatninger om:

- hva fenomener består i
- hvordan de er oppstått
- hva en kan/bør gjøre med fenomenene når de oppleves som problematiske.

De kulturelle modellene inneholder alt fra spesialisert medisinsk kunnskap til dagliglivets erfaringskunnskap.

Ulike vitenskapelige modeller, folks dagliglivsmodeller, tolkningsskjema og kulturelle koder er

- høyst nødvendige - de lager orden i «kaos»
- gjør verden mer systematisk og er nyttige tankeredska-per
- ikke minst gjør de «virkeligheten» tilgjengelig for oss

Men vi bør være bevisst deres begrensninger:

- a) Modeller er ikke korrekte/ukorrekte, men er mer eller mindre nyttige/fruktbare mht. bestemte formål. Modeller er med andre ord ikke «usanne», men de speiler ikke «virkeligheten slik den er», men i tråd med modellen selv/forutsetningene. For å si det med Per Måseide³: Modellene produserer på en måte «sosial realitet».
- b) Ulike helsetjenesteleverandørers kunnskap rundt kropp, helse og sykdom kan sees i sammenheng med forskjellige fagparadigmer og former for personalkultur innen helsevesenet, noe som fører til ulike vitenskapelige forståelsesmåter, og til ulike praksiser mht. diagnoser og anbefalinger om behandlingsstrategi og tiltak. De ulike fag/skoleretning har sine teoretiske modeller/perspektiver, metoder og representasjonsformer. De får imidlertid bare tak i deler av helheten – noen bestemte aspekter ved «virkeligheten».

Hovedpoenget er at vi som mennesker tenker og handler på bakgrunn av vår egen forståelse av verden. Det er, populært sagt – modellene i hodene våre som gir instruksjoner om hvordan vi skal tolke, vurdere, og handle innenfor vår livsverden. De ulike modeller får med andre ord praktiske konsekvenser – både i form av språklige begrepsfestelser og praktisk håndtering av ulike fenomener og problemer.

Kropp, mening og makt

Ulike konstruksjoner av kropp, helse og sykdom – med andre ord – hvordan kroppen oppfattes og begrepsheftes er del av et større hele som ikke bare gir forutsetninger for, men også implikasjoner for hvordan virkeligheten konstrueres.⁴ Tanke- og kunnskapsformer, forestillings- og meningsdannelser som også inkluderer idealbilder knyttet til kroppens innside og utside – er ikke «objektive» eller «naturgitte», men sosialt og kulturelt utformete konstruksjoner. Mennesket har med andre ord ulike forutsetninger og rammer for opplevelse av kroppen; av helse og sykdom, aldring og kjønn.⁵ Vi kategoriserer hverandre som kvinner og menn, som barn, ungdom og aldre ved kroppens fysiologiske kjennetegn og forandringer. Samtidig med de ytre påviselige endringer strever mange med å opprettholde ideer om kontinuitet på innsiden (og også på utsiden).

Våre erfaringer med og oppfatninger av egen og andres kropp er kulturelt bestemt – og samtidig individuelt forankret. Den biologiske kroppen setter selvsagt visse rammer for hva som er (u)mulige aktiviteter – og den setter en grense mellom hver og en av oss. Vi opplever andres kropp, både som selvrepresentasjon og som manifestasjon av andre (som identitetsmarkør).⁶ Kroppen er gåtefull – den har både en innside og en utside – den er både «meg» – og «ikke-meg». Noe av kroppens innside kan registreres og representeres gjennom medisinsk teknologi. Men det er vanskelig å tenke at «jeg» er også min egen lever? Det er lettere med hjertet – men da i metaforisk forstand. Men er jeg for eksempel mer «jeg» fra forsiden enn fra baksiden? Vår kroppslige utside kan registreres og direkte observeres – men mest av andre. Andres observasjoner av spesifikke trekk ved utsiden – trenger heller ikke være «meg». Min erfaring i og av eget legeme («min kropp») er noe ganske annet enn min erfaring av andre som legeme «din kropp».

Kroppen – eller rettere sagt – oppfatninger og meningsdannelser rundt kroppen – representerer med andre ord høyst sammensatte fenomen hvorav noen har sin rot i våre konseptualiseringer av kroppen og kroppens grenser.⁷ Den er både materie og ånd, den har en utside og en innside, den oppleves innenfra og utenfra, mennesket er en kropp, men også i en kropp. Kroppen er ifølge Kirsten Hastrup⁸ ikke bare et passivt objekt for tanken: Som menneskets manifestasjon uttrykker kroppen en helhet som rommer følelser, forestillinger, forventninger og tanker. Kroppen oppleves som en tilstand – ikke som en gjenstand.

Oppfatninger rundt, defineringer og kategoriseringer av kroppen og grenser mellom f.eks. syk/frisk, normal/unormal må betraktes som en kulturdimensjon – som kan avspeile fundamentale trekk ved hvordan mennesker oppfatter sin

virkelighet og sin livsverden. Men det er viktig å være klar over at kunnskap – eller de sosiale og kulturelle konstruksjonene rundt kropp og helse – ikke nødvendigvis er kollektive og allmennmenneskelige, men varierer mellom mann og kvinne, ung og gammel, ekspert og ikke-ekspert.⁹ Ulike kroppoppfatninger, sykdomsoppfatninger og ulike behandlingsregimer er med andre ord ikke likestilte størrelser.

Noen erfaringsmodeller- og forklaringsmodeller tildeles større gyldighet og legitimitet enn andre. I et slikt perspektiv blir det en kan kalle *defineringsmakt* av avgjørende betydning. Forestillinger og kunnskap er heller ikke bare ulikt fordelt, men også kontrollert – definert og manipulert: kunnskap har et ideologisk, legitimerende aspekt «kunnskap er makt». Det blir derfor viktig å stille spørsmål av typen: Hvem vet hva om sykdom og helse, og av hvem og hvordan kontrolleres slik kunnskap? Hvem definerer, manipulerer og legitimerer de ulike oppfatninger, og for hvilke formål?

I samfunn og kulturer konstitueres ikke nøytrale menings-systemer, men ideologier som kan ha til hensikt enten å legitimere eller tilsløre politiske og økonomiske realiteter.¹⁰ Virkeligheten består av omstridte meningskoder: «Språk» er makt. Noen aspekter ved dette illustrerer *Susan Sontag*¹¹ i sine bøker om «Sykdom som metafor» og «AIDS og dens metaforer». Med utgangspunkt i en analyse av kreft – og tidligere tiders tuberkulose, viser hun hvordan fordommer om sykdom dominerer vår kultur. Hun viser hvordan militærmetaforene i stigende grad har gjennomtrengt beskrivelsene av den helsemessige tilstand, og hvordan dette har bidratt til en stigmatisering av visse sykdommer og dermed også av dem som er syke. Retten til å bestemme hva som er gyldig kunnskap og språk, er en viktig kilde til makt; makt til å definere hvordan verden ser ut, makt til å diskvalifisere, utdefinere og ydmyke alternative former for kunnskap, makt til å avmektinggjøre andre mennesker.¹²

Kultur er med andre ord ikke bare sett av mening, men også av mystifisering. Virkeligheten består av omstridte tolkninger og meningskoder, men «kampen om meningsparadigmene» for å si det på antropologisk – representerer nettopp kimen til endring.

Pasienten i samfunnskontekst

Pasientens rolleforsåelse og identitetsopplevelse må sees i en videre samfunnskontekst, og må forstås i relasjon til formative prosesser på ulike nivåer.

Medikalisering og helseisme

Satt på spissen kan vi si at både medikalisering og helseisme driver mennesker i samme retning: nemlig mot helsevese-

net (og mot alternative forebyggings- og behandlingsformer). Det søkes kontroll over sykdom, aldring og død. Sosiologen Atle Møen¹³ kaller illusjonen om å være udødelig en kraftig kulturell impuls som forplanter seg i det daglige virke, og skaper en ny askese rundt trening, kosthold, kontroll av sykdom og perfektjonering av kroppen: Alvorlig syke, bevegelseshemmede og døende mennesker er avsondret fra det daglige livet, og lever sine liv i spesialiserte sosiale miljø. De syke er ikke blant oss, synet av dem kan true våre illusjoner om at sykdom er noe uventet og tilfeldig, noe som kommer når vi blir slappe og sløve i vår vedvarende selvkontroll.

Både kvinner og menn utvikler en livsførsel fokusert rundt helse, livsstil, trening, kosthold og ulike former for «kosmetisk kirurgi» – sammen med en konstant overvåking av kroppen for å finne tegn på sykdom. Tallet på legekonsultasjoner (og alternativer) har øket radikalt, og helse- og sykdomsinformasjon i media og på internett gir folk kunnskap som kan benyttes i gjennomføringen av den konstante selvkontrollen.

Før i tiden gikk man til lege når man følte seg syke, idag er det en sterk tendens til at legen oppsøkes for å få konstatert at en er frisk.

Medikalisering

I kjølvannet av Ivan Illich¹⁴ sin kritiske bok «Medisinsk nemesis» var medikalisering etablert som et nøkkelbegrep i kritikken av den moderne medisinen. Utviklingen de senere årene har imidlertid ikke redusert behovet for denne type perspektiv. Medikalisering refererer seg til måten den moderne medisinen ekspanderer på og underlegger seg stadig flere problemer som tidligere ikke var definert å ha medisinsk relevans. Med medikalisering forstås vanligvis det å stemple ulike fenomener som sykdom. Dette er prosesser med rot i helse og sykdom som knyttes til makt-dimensjoner og som utvikles i relasjonene mellom folks problemer og den profesjonelle kunnskapens fortolkningsapparat.¹⁵ Medikalisering kan gi ansvarsfraskrivning og svekket evne til problemløsning, og kan lede til unødvendig sykeliggjøring og urettmessig avviksdefinering. Folk fratas evnen til selvstendig og personlig å hankses med sine menneskelige svakheter, sin sårbarhet og sin egenart – og læres opp til å glemme at smerte og lidelse er endel av livet.¹⁶ Eldre mennesker er blitt et «geriatrik problem».

Innen medisinsk antropologi¹⁷ er det blitt rettet fokus mot maktrelasjoner og sosial ulikhet i forbindelse med kropp- og sykdomsrepresentasjoner, hvor f.eks. «medisinske realiteter» betraktes som resultat av hegemoniske prosesser for legitimering av eksisterende sosiale relasjoner. Ulike lidel-

ser med rot i sosiale, politiske eller økonomiske forhold kan defineres som sykdom, bli medikalisert og underlagt den medisinske profesjon eller/og statens kontroll. Transformeringen av politiske problem til medisinske, kan medføre en nøytralisering av kritisk bevissthet.

Samtidig skjer det også prosesser der fenomener avmedikaliseres.¹⁸ Avmedikalisering innebærer at det utvikles alternative måter å forstå fenomenene på. Homofili er et viktig eksempel på dette, og i dag er det tilsvarende tendenser til avmedikalisering blant døve. Det er en overgang fra en diskusjon om normalitet og avvik til en identitetsskapende diskusjon om forholdet mellom «oss og de andre». Å ikke lenger være syk gir nye muligheter, men samtidig kan de gruppene det gjelder stå i fare for å miste viktige rettigheter i velferdsstatens fordelingsapparat og beskyttelse mot stigmatisering.

Litteraturen viser en stor konsensus mht. betydningen av medikaliseringen, mens uenigheten er stor når det gjelder fenomenets tolknings- og forklaringsmåter. Noen av de vanligste er følgende:

- a) Den økende medikaliseringen betraktes som en konsekvens av profesjonell dominans og den medisinske profesjonens ønske om kontroll over helse og sykdom. (jvf. debatten i Norge om alternativ medisin og konsekvensene av «ubestemte helseplager»).
- b) Medikaliseringsprosessen har sin rot i utviklingen av et stadig mer komplekst teknologisk og byråkratisk system som fører til ekspertavhengighet og maktesløs sykkelgjøring i befolkningen.
- c) Medikaliseringen må sees som et resultat av samfunnsmessige prosesser som ligger langt utenfor helsevesenets rekkevidde, men som medisinen må responderer på; f.eks. tilstander som mangel på nærhet og omsorg, identitetskriser og ensomhet.
- d) I et mer overordnet perspektiv kan medikaliseringsprosessen også betraktes som en medisinsk imperi-alisme, som en stadig ekspansjon av hva som blir definert som relevant for medisinsk praksis – en ekspansjon som både er sykdomsskapende og frihetsberøvende. Medikaliseringen blir en avspeiling av kapitalismens utvikling, hvor «medisinsk konsumavhengighet» er en nødvendig del av det mer omfattende varekonsumsamfunnet.

Det er imidlertid viktig å være klar over at på den annen side kan kropp, helse og lidelsens idiomer og de lidendes sykdomsrepresentasjoner også betraktes som former for opposisjon.

Helseisme

Helseisme er på den annen side en spesifikk form for medikalisering, en spesiell måte å oppfatte helseproblemet på. Begrepet betegner en slags kulturell klimaendring med utgangspunkt i befolkningsgrupper med høye idealer om «egenomsorg» og «holistisk helseforståelse».

Helseismefenomenet fremtrer med bl.a. følgende sentrale kjennetegn:

- En endimensjonering av helseopplevelsen: helseriktig levemåte blir identisk med det gode liv, flere og flere verdier blir helseverdier og helse nærmer seg den overordnede verdien i livet.
- En individualisering av helse: den personlige helse står i sentrum, mens politisk forståelse og handling fremstår som irrelevant.
- Parsons klassiske sykerolle («ingens-feil-prinsippet») blir fortrent av et nytt «din-feil-prinsippet», hvor det blir lagt mest vekt på forventninger til den syke om å ordne opp selv, noe som åpner for sterk moralisering, en slags elite-moralisme.
- Den ironiske motsetningen mellom på den ene side en større grad av bevisst helseorientering, og på den annen side en leting etter sykdomstegn med følgende reduserte terskel for symptomopplevelse.

Tiltro til medisin som vitenskap/legens autoritet

En viktig tvetydighet i dagens forhold mellom profesjonell og folkelig kunnskap og forståelse av helse og sykdom, kan spores i det som ofte betegnes som en utarming av den autoriteten leger og helsevesenet har hatt. En slik tendens har betydning for profesjonenes rolle og for deres forståelse av seg selv.¹⁹

Helsevesenet blir stadig mer spesialisert og differensiert, og leger er ikke lengre enerådende på det feltet de før «eide». Det har funnet sted en endring fra at ekspertene/legene hadde all kunnskap og en tradisjonell autoritet, til et økende kunnskapsnivå i befolkningen. Den blinde tiltroen til legen har slått sprekker. Dette kan føre til at pasienten ikke bare oppsøker legen med vondt i nakken, men også med forslag til undersøkelse og behandling.

På den ene side er det store muligheter for pasienten å gå seg vill i all informasjonstilgangen. Resultatet kan lett bli en økende usikkerhet, selvdiagnostisering og selvmedikalisering - med større avhengighet av helsevesenet. Nettopp her, tror jeg, har allmennpraktikeren store utfordringer som ek-

spert med kompetanse til å oversette/fortolke pasientens erfaringer i forhold til pasientens medisinske kunnskaper. På den annen side vil en utarming av legens autoritet kunne gi pasienten større selvtilit og fremme idealet om brukermedvirkning, øke fokusering på pasientrettigheter og oppmerksomheten rundt feilbehandling og pasienters juridiske rettigheter.

Men dette er langt fra entydig. I følge Kirsti Malterud²⁰ befestes på samme tid forestillinger om det medisinske blikkets suverenitet. Legen er fortsatt tildelt autoritet som gir mandat til å trekke medisinske konklusjoner og avgjøre om et symptom fortjener oppmerksomhet eller skal regnes som uvesentlig. Her foreligger det en viktig motsigelse mellom idealer og realiteter ved at såkalt objektive funn som legen kan observere i prinsippet har større kraft som utsagn enn pasientens subjektive symptomer. Samtidig er pasientens sykehistorie faktisk viktigste kanal til informasjonen diagnosen bygger på. Trygdeforvaltningen holder seg til idealene, klinisk praksis utøver «realitetene», og pasienter med subjektive symptomer uten objektive funn faller mellom alle stoler og avvises i forhold til velferdsstatens rettigheter. På denne måten anvendes medisinske idealer i trygdepolitisk sammenheng. Kvinner med helseplager som passer dårlig inn i kategoriene, sliter for å bli hørt og trodd, og deres kunnskap om egne plager får liten anerkjennelse.

Pasienten i møtet med allmennpraktikeren

«En faglig forsvarlig helsetjeneste skal bestå sin prøve i møtet mellom pasienten og tjenesteyteren, og er testen på om helsetjenesten er faglig, men også menneskelig og etisk rustet. Dette møtet skal stå i sentrum for helsetjenesten og være grunnlaget for en mer pasientsentrert tjenesteyting.»²¹

Pasienter har ulike motiver for å oppsøke allmennpraktikeren, og de har ulike forventninger som resultat av tidligere erfaringer både innen og utenfor helsevesenet. Derfor må leger utvikle sin menneskeforståelse - som medmennesker i møter med pasienten.

I møtet og samhandlingen mellom lege og pasient skal det produseres og/eller konstrueres klinisk kunnskap. Den utgjør grunnlaget for diagnosen, som igjen skal si noe om behandling, prognose og rettigheter. Den medisinske kunnskapskulturen ser på dette i stor grad som innsamling av «objektive fakta»²².

«Mange pasienter opplever likevel at de i møte med helsetjenesten blir behandlet mer som et objekt enn som et medmenneske. En profesjonell helsearbeider må i tillegg til den rent faglige hjelpen kunne gi omsorgsfull støtte og vern til mennesker som befinner seg i en sårbar situasjon.»²³

Det trengs med andre ord innsikt i de kulturelle og sosiale forutsetninger som preger samhandlingen mellom lege og pasient – og som også påvirker legens skjønn og tolkninger av medisinske funn. Allmennlegene er portvoktere til spesialisttjenester og til trygdevesenet. Men ikke minst er dere de legene som møter pasientene som sosiale personer. Samtidig som biomedisinen blir mer og mer spesialisert og kroppsdelefokusert, kan allmennmedisinen kanskje gå motsatt vei: bli enda mer generalisert og fokusert på det hele og unike enkeltmennesket som både er og er i en kropp.

For å kunne skjønne hva pasienten egentlig prøver å uttrykke, må legen søke innsikt i «den andres» virkelighetsforståelse, tolkningsskjema, begreper og kategorier. Det er viktig å utvikle modeller og begreper/verktøy til dette formål. Innen allmennmedisinen har det blitt arbeidet både vitenskapelig og i praksis med tema som samhandlingen og samtalen, rolle- og kommunikasjonsteori, sykdomshistorien/narrativen som inntak til forståelse av pasienten og dagliglivets erfaringskunnskap f.eks. i form av dagboksnotater. Det søkes på ulike måter å vitenskapeliggjøre brukerperspektivet for å gi denne – ofte tause – kunnskapen en nødvendig og mer sentral rolle. Innen samfunnsvitenskapene arbeides det også med denne type problematikk og her skulle det være mye å hente for allmennmedisinere som er ute etter å øke sin selvinnikt og kompetanse.

Men...

Det ligger imidlertid endel paradokser i dette. Å søke innsikt i medmennesker og sosial samhandling er nødvendig. Men jeg tror det finnes noen grenser. Det ligger en fare i det at pasientens livsopplevelse, erfaringer og kunnskap skal transformeres til redskaper og verktøy for den medisinske ekspertise. Satt på spissen: dette kan ende i at pasientene ikke lengre «eier» kunnskapen om egne liv.

Hva har pasientene da igjen?

Referanser:

1. «Verdier i helsetjenesten», Sosial- og helsedepartementet, 2000, s.6.
2. Vogel, N.: *De to første menneskene på jorden var Hans og Grete*, Aventura Forlag, Oslo, 1976.
3. Måseide, P.: *Medisinsk sosiologi*, Aschehoug, Oslo, 1983.
4. Bjelland, A.K.: «Kulturelle konstruksjoner av kropp og helse – antropologiske perspektiver», i: *Norsk antropologisk tidsskrift*, Universitetsforlaget, Oslo, nr.1 1993.
5. Bjelland, A.K.: «Kroppsbilder i sosialt og kulturelt perspektiv», *Kropp & Sjel konferansen 2000: Selvbilde og Kroppsbilde*, i regi av Psykiatrisk institutt og Institutt for indremedisin, UiB, 2000.
6. Beyer Broch, H.: «Kjønn, alder, kropp» i: *Mellom himmel og jord. Tradisjoner, teorier og tendenser i sosialantropologien*, Nielsen, F.S. & Smedal, O.H. (red.), Fagbokforlaget, Bergen 2000.
7. Solheim, J.: *Den åpne kroppen*, Pax forlag, Oslo 1999.
8. Hastrup, K.: «Livmoderen og lysten», *Nordisk Sexologi*, 4, 210-219, 1992.
9. Rosaldo, R.: *Culture and Thruth. The Remaking of Social Analysis*, Beacon Press, Boston, 1989.
10. Keesing, R.M.: «Theories of Culture Revisited», *AAA Annual Meeting*, Washington D.C., 1989.
11. Sontag, S.: *Sykdom som metafor. Et essay om holdninger til sykdom og død i vårt samfunn*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, 1987.
12. Sontag, S.: *AIDS og dens metaforer*, Forlaget Klim, Århus, 1989.
13. Malterud, K.: «Den medisinske diagnose – feministiske perspektiver», *Kvinneforskning*, nr. 1, 1996
14. Møen, Atle: «Sykdom, død og modernitet. Helse og sykdom i eit kulturelt perspektiv». Prosjektskisse, Sosiologisk institutt/Helsekameratene, UiB 2000.
15. Illich, I.: *Medisinsk nemesis*, Gyldendal forlag, Oslo, 1975.
16. Helsekameratene: «Søknad om miljøstøtte til forskning om helse og sykdom i kulturelt perspektiv». SEFOS, UiB 1998.
17. Malterud, K.: *Sykdom eller særpreg. En kritisk bok om kvinner og helse*, Pax Forlag A/S, Oslo 1984.
18. Good, B.J.: *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, 1994.
19. Helsekameratene: «Søknad om miljøstøtte til forskning om helse og sykdom i kulturelt perspektiv». SEFOS, UiB 1998.
20. Helsekameratene: «Søknad om miljøstøtte til forskning om helse og sykdom i kulturelt perspektiv». SEFOS, UiB 1998.
21. Malterud, M.: «The legitimacy of clinical knowledge: Towards a medical epistemology embracing the art of medicine», *Theoretical Medicine*, 16: 183-198, 1995.
22. «Verdier i helsetjenesten», Sosial- og helsedepartementet, 2000, s. 6
23. Malterud, M.: «The legitimacy of clinical knowledge: Towards a medical epistemology embracing the art of medicine», *Theoretical Medicine*, 16: 183-198, 1995.
24. «Verdier i helsetjenesten», Sosial- og helsedepartementet, 2000, s.8