

BEVÆGELSE

EN GRUNDBOG

REDAKTION

Uffe Læssøe

Hanne Lisby

Anne-Merete Kissow

inkl.
i-bog

2. UDGAVE

FYSIO/
MUNKS
GAARD



Bevægelse – en grundbog

2. udgave, 1. oplag

© Forfatterne og Munksgaard, København 2017

Forlagsredaktør: Lotte Murmand
Manuskriptredaktør: Mette Holm
forlaget@munksgaard.dk
munksgaard.dk

Omslag: Nete Banke, Imperier
Grafisk tilrettelæggelse og sats: Kit Hansen
Tegninger: Birgitte Lerche

Vi har søgt at finde frem til alle rettighedshavere i forbindelse med brug af kildematerialet. Skulle enkelte rettighedshavere mangle, bedes de rette henvendelse til forlaget.

Tryk: Grafotisak/GPS Group
Printed in Bosnia & Herzegovina 2017

ISBN 978-87-628-1526-1

Kopiering fra denne bog kan kun finde sted på institutioner eller virksomheder, der har indgået aftale med Copydan Tekst & Node, og kun inden for de rammer, der er nævnt i aftalen.



IND

Redaktører . . .

Forfattere . . .

Forord

DEL 1 • FO

Kapitel 1 • B

Uffe Læssøe, P

Introdukt

Forståel

Bogens r

Opsumr

Kapitel 2 • B

Hanne Lisby

Introdukt

Mennesk

Vidensk

Bevægels

Borgerin

Afrundin

Kapitel 3 • B

Uffe Læssøe . . .

Begrebet

At være e

Bevidsth

Kroppen

Kropsske

Kan man

Kropsske

Betydning

Teknolog

Afrundin

KAPITEL 2

**BEVÆGELSE OG
MENNESKESYN**

Hanne Lisby

INTRODUKTION

Et kapitel om bevægelse i et filosofisk perspektiv kan vel meget passende indledes med et citat fra den danske filosof og teolog Søren Kierkegaard (1813-1855). I et brev skriver han: "Kun i bevægelse er sundheden og frelsen at finde". Citatet stammer fra et brev, som han i 1847 skrev til sin svigerinde, Henriette Kierkegaard. I samme brev skriver han: "... ingen tanke er så tung, at man ikke kan gå fra den". Så for Kierkegaard har bevægelse og dét at være i bevægelse været en væsentlig kilde til hans tænkning. I det hele taget giver filosofiens historie mange indfaldsvinkler og tolkningsmuligheder af bevægelsesbegrebet (1).

Når denne bog har fokus på bevægelse, oplevet og vurderet inden for sundhedsvæsenet, er det mest nærliggende at beskæftige sig med to områder af filosofien, nemlig menneskesyn og videnskabssyn. Menneskesynet skærper vores opmærksomhed på handlinger og motivet for disse handlinger, mens videnskabssynet skærper vores opmærksomhed om, hvordan vi indhenter viden, og hvilken type viden der anses for at være sand.

Aktuelt er der i sundhedsvæsenet stort fokus på medinddragelse af borgere og pårørende i behandlingen, og netop her bliver det væsentligt at have fokus på, hvordan man skaber sammenhæng for de personer, der reelt bør være centrum for den sundhedsprofessionelle.

Dette kapitel vil derfor indkredse forskellige menneskesyn, og hvordan disse er med til at skabe og præge forskellige tilgange indenfor sundhedsvæsenet (2).

MENNESKESYN

Menneskesyn er et overordnet begreb, som stammer fra filosofien og grundlæggende beskriver forskellige måder at opfatte forholdet mellem mennesket og dets omgivelser på. Generelt kan man sige, at vores tilgang til andre mennesker, uanset om det er patienter, borgere eller medstuderende, er præget af det grundlæggende menneskesyn, vi besidder.

Men hvorfor er det væsentligt at beskæftige sig med menneskesyn i en bog om bevægelse? Man kunne jo anlægge det synspunkt, at ens menneskesyn er en privat sag, som ikke vedkommer andre. Men menneskesyn,



værdier og vurderinger kommer til udtryk i holdninger, og i det øjeblik man skal agere som sundhedsprofessionel i forhold til andre mennesker, har man en forpligtelse til at være bevidst om, hvordan ens menneskesyn skaber holdninger og dermed også bliver rettesnor for de handlinger, man udøver (2,3).

Lidt firkantet kan man sige, at hvis man fx har den holdning, at bevægelse primært er et teknisk, biomekanisk fænomen, som foregår isoleret i kroppen, vil det have afgørende betydning for, hvordan man som behandler tilrettelægger og gennemfører træning sammen med en patient eller borger. Tænker man omvendt, at bevægelse er en unik oplevelse, der opstår i et samspil mellem mange forskellige faktorer, vil det tilsvarende have stor betydning for, hvordan ens behandling og træning tilrettelægges. Begge holdninger kan imidlertid føres tilbage til forskellige menneskesyn, og en større bevidsthed om dette forhold kan være med til at kvalificere arbejdet som sundhedsprofessionel i det hele taget.

For en uddybende beskrivelse af menneskesyn må andre lærebøger dog studeres, da denne bog primært fokuserer på en introduktion til menneskesyn i relation til det sundhedsvidenskabelige felt. I det følgende vil forskellige menneskesyn kort blive introduceret, således at de kan tjene som en overordnet forståelsesramme for de øvrige afsnit, hvor bevægelse relateres til menneskesyn, både direkte og indirekte. De første afsnit vil beskrive de teorier, der hævder, at der er en adskillelse mellem individ og omgivelser, og herefter præsenteres de teorier, der hævder, at der er en sammenhæng mellem individ og samfund, og at adskillelse ikke er mulig.

Adskillelse mellem individ og omgivelser

Reduktionisme

Reduktionisme er et menneskesyn, der hævder, at de biologiske, psykologiske og sociale faktorer, der indgår i et menneskes liv, kan ses og forstås fuldstændig adskilt fra hinanden. Når man taler om reduktionisme, sigter man til, at selve muligheden for at skabe forståelse kræver, at komplekse og udviklede fænomener reduceres til enkle og mindre komplicerede delelementer, hvorved overskueligheden øges.

En af de væsentligste repræsentanter for reduktionistisk tænkning er filosofen René Descartes (1596-1650). Hans menneskesyn har sat sig tydelige spor, især i sundhedsvæsenet, og hans tænkning har haft en meget væsentlig betydning for de traditioner, der har været og stadig er fremherskende inden for sundhedsvæsenet. Når man som Descartes tænker, at mennesket er opdelt i en tænkende ting (*res cogitans*) og en udstrakt ting (*res extensa*) fremgår det med al ønskelig tydelighed, at han ser mennesket som opdelt i to adskilte dele.

Denne filosofi har givet navn til begrebet dualisme, hvor der er en skarp opdeling mellem sjæl og legeme. Hans tænkning har dannet grundlag for det biomedicinske paradigme. Her vil sygdomme opfattes som fejl i kroppen, der i denne sammenhæng får karakter af en slags apparat, som man kan reparere efter evne og behov.

En behandler med dette menneskesyn vil se mennesket som en maskine, der kan repareres, og hvis fejlen findes og rettes, fungerer maskinen – ideelt set – igen. Det naturlige er at søge årsagen til sygdom i

kroppens del til kroget ikke l

Denne til betegnene tilgang minerende problemfy

Individuali

Her udtrykket er fri enkelte mvalg og ha dividet so revet fra b livsbering dette mer fra ordsp smed.” I inden for nomi, me hænge vil indebære, for deres fen Jean-F det: “Vi er

Indivi som bedsheds mæs de, at ma menten h selv må p handling

Det e leren er s dermed lingen, de handling et indivi

livid og

ennneskesyn, der psykologiske og går i et menneskes ildstændig adskilt aler om reduktion selve muligheden ever, at komplekse reduceres til enkelte delelementer, i øges.

repræsentanter for er filosofen René ans menneskesyn sær i sundhedsvæ har haft en meget le traditioner, der nherskende inden år man som De- ket er opdelt i en s) og en udstrakt det med al ønske mennesket som

et navn til begre- en skarp opdeling ans tænkning har iomedicinske pa- me opfattes som sammenhæng får at, som man kan ov.

tte menneskesyn naskine, der kan findes og rettes, lt set – igen. Det gen til sygdom i

kroppens mekanik og evt. få en ny reserve- del til kroppen, fx et nyt knæled, hvis ens eget ikke længere fungerer.

Denne holdning til mennesket har ført til betegnelsen 'apparatfejlsmodellen'. Denne tilgang til mennesket er stadig meget dominerende i sundhedssektorens møde med problemfyldte tilstande i kroppen (3-5).

Individualisme

Her udtrykkes det menneskesyn, at mennesket er frit og selvforvaltende, hvorfor det enkelte menneske selv har ansvaret for sine valg og handlinger. Faktisk tænker man individet som radikalt frigjort, dvs. som løst fra både samfundsmæssige og sociale livsbetingelser. Grundlæggende udtrykker dette menneskesyn en lære, som vi kender fra ordsproget: "Enhver er sin egen lykkes smed." Individualismen står især stærkt inden for felter som organisation og økonomi, men i sundhedspolitiske sammenhænge vil et individualistisk menneskesyn indebære, at man tillægger personer ansvar for deres egne handlinger (3). Som filosofen Jean-Paul Sartre (1905-1980) udtrykker det: "Vi er vores handlinger" (3-5).

Individet foretager de valg, der opleves som bedst for den enkelte. Set i et sundhedsmæssigt perspektiv vil det derfor betyde, at man som behandler vil tænke, at patienten har haft sit frie valg og dermed også selv må påtage sig konsekvenserne af sine handlinger, både de positive og de negative.

Det er utrolig væsentligt, at behandleren er sig en sådan holdning bevidst og dermed er klar over, hvordan de handlinger, det resulterer i, kan influere på behandlingsforløbet. Når en behandler med et individualistisk menneskesyn møder en

overvægtig knæpatient, vil den første tanke måske være, at der er en sammenhæng mellem knæproblemerne og overvægten. Men med dette menneskesyn vil behandleren også tænke, at patienten har foretaget nogle personlige valg, der nu er årsagen til problemerne, hvorfor patienten selv er ansvarlig for både overvægt og knæproblemer. Men måske vil patienten ikke i samme grad have opfattelsen af at have haft et frit valg, fordi vedkommendes privatøkonomi måske har givet visse begrænsninger i forhold til at vælge sunde fødevarer og gå til træning og på den måde holde sig i form.

Med denne adskillelse mellem individ og omgivelser bliver reduktionisme og individualisme en del af et overordnet naturalistisk menneskesyn. Det er kendetegnet ved at se mennesket som et stykke natur, der er underlagt de samme livsvilkår som et biologisk væsen – at mennesket er at betragte som et biologisk væsen med de samme drifter og instinkter som dyr. Samtidig indgår en opfattelse af, at alt, hvad der sker med og omkring mennesket, indgår i en form for lovmæssighed og kan forklares ud fra naturvidenskabelige sammenhænge (3-5).

Sammenhæng mellem individ og omgivelser

Kollektivism

Her betragtes mennesket som et grundlæggende socialt væsen. Den græske filosof Sokrates (469-399 f.Kr.) var angiveligt den første, der formulerede denne opfattelse af mennesket, som senere er blevet betragtet som en af grundstenene til humanismen (4,5). Med et kollektivistisk menneskesyn forstås, at mennesket skal ses og forstås i



sammenhæng med sine omgivelser og den gensidige afhængighed, der ligger i denne dynamik. Det betyder, at mennesket er en del af det omgivende samfund med dets værdier og krav, men også at det enkelte menneske indgår i et samspil, hvor fællesskabet er med til at skabe rammerne for livet og indholdet i den enkeltes tilværelse. Det gør, at der er fokus på fælles værdier og en indbyrdes naturlighed i at hjælpe hinanden og påtage sig ansvar for hinanden.

For en behandler med et kollektivistisk menneskesyn betyder det derfor, at borgerens problemer sættes ind i en sammenhæng med det omgivende samfund. Man vil dog ikke kun forsøge at forklare problemerne i relation til omgivelserne, men også bevidstgøre borgeren om de muligheder, der ligger i at inddrage sine nærmeste i et behandlingsforløb. Behandleren vil her typisk spørge ind til, hvilket netværk borgeren har, og hvordan han bruger det, og hvis der ikke er et netværk, så hjælpe ham med at etablere et. Det kan være via patientforeninger eller netværksgrupper, og på den måde kan borgeren opleve, hvilke kvaliteter der kan være i fællesskaber.

Holisme

Hvis man er fortalere for et holistisk menneskesyn, indikerer det, at man ser mennesket som et hele. Holo betyder hel på græsk, og med 'hel' menes alle de faktorer, der indgår i et menneskes liv. I sundhedsvæsenet er det dette menneskesyn, der ligger bag den såkaldte bio-psyko-sociale sygdomsmodel, hvor man betragter sygdom og sundhed som produkter af dynamiske vekselvirkninger mellem menneskets biologiske, psykologiske og sociale omstændigheder (4,5).

Det betyder også, at en ubalance i et af områderne kan påvirke de andre områder. Har man gennem lang tid været psykisk belastet af stress, vil det måske på et senere tidspunkt resultere i et konkret fysisk mavesår. Og omvendt: Har man gennem længere tid haft en fysisk sygdom, fx en diskusprolaps, kan det få både sociale og psykiske konsekvenser.

Jævnfør den bio-psyko-sociale sygdomsmodel vil en behandler med dette menneskesyn typisk forsøge at se borgerens problem ud fra alle tre perspektiver på én gang, og i sin samtale med borgeren vil behandleren formentlig også forsøge at afdække, hvordan de forskellige faktorer indbyrdes påvirker hinanden. Det er dog ikke ensbetydende med, at man har redskaber inden for alle områder til at afhjælpe borgerens problemer. Det handler mere om at skabe mening for borgeren, så han oplever at se en større sammenhæng og dermed få en forståelse for, hvordan problemet er opstået, og hvordan det kan løses.

Et holistisk menneskesyn angiver også, at man som menneske både har en fortid, en nutid og en fremtid: Hvad er man kommet fra, og hvad skal man tilbage til? Spørgsmål som disse er afgørende, når en borger bliver indlagt på hospitalet, selvom man i udgangspunktet oftest er mest koncentreret om det aktuelle sygdomsforløb. Det er selvfølgelig meget væsentligt, men lige så væsentligt er det at tænke på sygdomsforløbet i forhold til hele personens personlige livshistorie. For at borgeren kan opleve sig forstået, kræver det, at behandleren forsøger at skaffe sig viden om og forståelse for dét, der er borgerens livsverden. Hermed menes, hvilke værdier, hvilken opvækst og

hvilke social indtil indlæ

De her p kobler indiv går som en skesyn. Det karakteriser et socialt, s jekt med en spekt for sin menneskesyn forhold om sammenhæ både til and

Samtidig neskesyn er res handlin er det også forstå, hvor denskabssyn ceret hereft

VIDENSKA SUNDHED

Som tidlig have indfly sin viden, c kort præser skabssyn in

Det intt præsenterer det ofte væ mål, man e ge tradition Hvad kan i den opnæe gang har p ling siden c let stillede :

hvilke sociale relationer der har præget livet indtil indlæggelsen.

De her præsenterede menneskesyn, der kobler individ og omgivelser sammen, indgår som en del af det humanistiske menneskesyn. Dette menneskesyn er overordnet karakteriseret ved at se mennesket som et socialt, selvstændigt og ansvarligt subjekt med en egenverdi, der har krav på respekt for sin egen skyld. Det humanistiske menneskesyn har udgangspunkt i, at alle forhold omkring mennesket skal forstås i sammenhæng med individets relationer, både til andre mennesker og omgivelserne.

Samtidig med at vores respektive menneskesyn er med til at bevidstgøre os i vores handlinger over for andre mennesker, er det også en vigtig forudsætning for at forstå, hvorfor der er opstået forskellige videnskabssyn. Dette aspekt vil blive introduceret herefter (4,5).

VIDENSKABSSYN INDENFOR SUNDHEDSVÆSENET

Som tidligere nævnt vil menneskesynet have indflydelse på, hvorledes man tænker sin viden, og i det følgende vil der være en kort præsentation af de væsentligste videnskabssyn inden for sundhedsvæsenet.

Det interessante er, at selvom man repræsenterer forskellige videnskabssyn, vil det ofte være de samme indledende spørgsmål, man er drevet af inden for de forskellige traditioner: Hvordan opnår man viden? Hvad kan man opnå viden om? Hvad skal den opnåede viden bruges til? Denne tilgang har præget videnskabsteoriens udvikling siden oplysningsfilosofferne i 1700-tallet stillede sig selv de samme spørgsmål.

Svarene på disse spørgsmål kan til gengæld være ret forskellige, da de er tæt knyttet til det grundlæggende menneskesyn, uanset om der er tale om et primært naturalistisk eller humanistisk menneskesyn (5).

Naturvidenskabeligt videnskabssyn

Har man et naturalistisk menneskesyn, hvor man ser mennesket som adskilt fra omgivelserne, vil det også påvirke måden, man tænker viden på.

Man ser således mennesket som et naturligt forekommende objekt, der kan beskrives og forklares fuldstændigt. Der er naturligvis nogle begrænsninger for, hvad der hos mennesket kan gøres tilgængeligt for forskning, men fokus er på at opnå en generaliserbar viden, der ikke er præget af tilfældigheder. Det betyder, at man forsøger at indsnævre de problemstillinger, der ønskes undersøgt, så det bliver muligt at gennemføre fysiske målinger, ofte via kliniske forsøg.

Det kan fx være at måle blodtrykket i forbindelse med forskellige typer af aktiviteter, hvorved man kan nå frem til konkret, generaliserbar viden om, hvilken form for aktivitet der har den bedste effekt i forhold til at sænke blodtrykket hos en borger.

Videnskabsteorien inden for det naturvidenskabelige felt baseres på forskellige traditioner. Her vil primært være fokus på positivismen som en af de mest udtalte videnskabsteoretiske traditioner inden for sundhedsvidenskab (5).

Positivismen

Positivismen blev primært introduceret af franskmændene Auguste Comte (1798-1857). Han var meget inspireret af René



Descartes' rationalisme og David Humes (1711-1776) empirisme, og Comte forenede de to positioner i positivismen. Med 'positiv' skal her forstås, at man skal forholde sig til det, der reelt er givet, det iagttagelige, det faktiske og det virkelige. Det skal være målbare, objektive data, forskeren baserer sin viden på. Det betyder også, at andre forhold, der evt. kan gøre sig gældende for borgeren – såsom de følelser, holdninger og tanker, der opstår i forbindelse med en skade – ikke inddrages i tilegnelsen af viden.

Der er således et skarpt skel mellem objektiv, faktuel erkendelse og subjektive normer og værdier. Her ser man således en tro på, at man får kendskab til verden ved at forholde sig nøgternt til den, og at problemer bedst løses ved at lade vores handlinger styre af helt igennem rationelle, videnskabelige overvejelser.

Målet med den positivistiske tilgang er primært at finde årsagsforklaringer via iagttagelse og logisk tænkning.

Humanistisk videnskabssyn

Har man et humanistisk menneskesyn, hvor man ser individet som både sjæl og krop og som en del af omgivelserne, vil tilegnelsen af viden tilsvarende være præget heraf. Den humanistiske tilgang til forskning inden for sundhedsvidenskab er dog endnu ikke nær så rodfæstet som den naturvidenskabelige. Men flere og flere forskere begynder at have fokus på, hvordan borgerne oplever det at være syg, og inddrager disse erfaringer i udviklingen af sundhedsvæsenet, og på den måde inddrages også de almenmenneskelige forhold. Det kræver derfor også

en humanistisk baseret videnskabsteori, hvis man vil indfange den form for viden.

Inden for den humanistiske videnskabsteori er der flere fremherskende traditioner, hvor der her primært vil være fokus på hermeneutikken og fænomenologien (5).

Hermeneutikken

Wilhelm Dilthey (1833-1911) introducerede hermeneutikken som videnskaben om fortolkning og forståelse. Sådan som hermeneutikken udfoldes i dag, er det dog primært i den form, som ny-hermeneutikerne Martin Heidegger (1889-1976) og Hans-Georg Gadamer (1900-2002) har beskrevet den. De har fokus på at fortolke og forstå de handlinger, som mennesket foretager. Som forudsætning for forståelse kræves if. hermeneutikken en såkaldt forforståelse. Det vil sige, at man altid i sin bevidsthed har en eller anden forestilling om, hvordan noget vil være.

Hvis man som behandler fx skal undersøge en forstuvet ankel, vil ens tidligere erfaringer give bevidstheden en ramme for, hvad man forventer at finde. For at afdække hele problemfeltet forudsætter hermeneutikken, at man arbejder ud fra den hermeneutiske cirkel eller spiral. Som hermeneutisk tænkende vil man antage, at alle mennesker i udgangspunktet er i besiddelse af en forforståelse, og at denne sættes på spil i hvert et møde med fx borgeren med den forstuede ankel.

Det vil her betyde, at terapeuten, inden vedkommende møder borgeren, allerede har en forestilling om at ville finde hævelse og en tydelig misfarvning af foden. Men terapeuten finder måske kun let misfarvning, men en tydelig fejlstilling. Det giver anled-

ning til e
kan hand
bånd. De
den oprin
som man
udgangsp
større for
måde opr
ces, hvor r
mellem er
stadig bec
Når fø
skal denn
menhæng
forhold sk
i den hern
til en forst
til motiver

Fænomen

Edmund I
havsmænd
beskrev se
ringsfilos
I mod
ger man i
beskrivels
nesker, alt
ologiske i
systematil
alt det, m
der skal a
og skal un
her være f
netop den
gang, mar
den måde
meget kri
eventuelle
nomenolo

ning til en ny fortolkning, nemlig at det kan handle om et eller flere sprængte led-bånd. Denne nye forforståelse kobles med den oprindelige forståelse, og efterhånden som man undersøger borgeren, er man ved udgangspunktet flere gange, men med en større forståelse for hver gang. På denne måde opnås forståelsen, via en cirkelproces, hvor man hele tiden går frem og tilbage mellem en forståelse af enkelte dele og en stadig bedre forståelse af helheden.

Når først en enkelt detalje er afdækket, skal denne viden sættes ind i en større sammenhæng, som derefter afslører, at et nyt forhold skal afdækkes i detaljen osv. Fokus i den hermeneutiske tilgang er at finde frem til en forståelse af et givet forhold, men også til motivet for en given handling (5).

Fænomenologi

Edmund Husserl (1859-1938) anses for ophavsmanden til dette videnskabsyn. Han beskrev selv fænomenologien som en erfaringsfilosofi.

I modsætning til hermeneutikken søger man i fænomenologien en fordomsfri beskrivelse af det, som viser sig for os mennesker, altså fænomenerne. Den fænomenologiske metode er kendetegnet ved stor systematik, hvor man søger at se bort fra alt det, man mener at vide om det forhold, der skal analyseres. Hvis man er behandler og skal undersøge en forstuvet ankel, vil der her være krav til, at man forsøger at se på netop denne ankel, som om det var første gang, man mødte en forstuvning. Kun på den måde kan undersøgeren forholde sig meget kritisk til sine egne antagelser og eventuelle forudindtagede holdninger. I fænomenologien lægges der stor vægt på, at

man inddrager menneskets livsverden i en samlet vurdering, når man skal forstå en given problemstilling. Så med en fænomenologisk tilgang vil behandleren skulle afdække, hvilken betydning en forstuvning kan få for borgeren, og hvordan det sandsynligvis vil påvirke hans relationer til omverdenen.

Fokus i den fænomenologiske tilgang er at gå til problemstillinger med så åbne og nysgerrige øjne som muligt og ikke være farvet af tidligere erfaringer eller andres påvirkning; det kaldes i fænomenologien at være 'forudsætningsløs'. Denne tilgang kan bl.a. hjælpe behandleren til at se, hvordan et givent problem påvirker borgeren og dennes livsverden (5,6).

Sociologisk videnskabsyn

Taler vi om menneskesyn, er den sociologiske videnskab primært knyttet til det humanistiske menneskesyn, særligt det kollektivistiske, idet man især ser på det sociale aspekt af den menneskelige tilværelse. Sociologien har netop som udgangspunkt, at intet menneske er født i et isoleret og værdifrit rum, men i et socialt system, fx en gruppe eller et samfund. Den sociologiske videnskab bygger på den grundlæggende antagelse, at den sociale interaktion er nøglen til at forstå mennesket og gruppen.

I den sociologiske videnskab har man således fokus på de sociale relationers struktur, funktion og udvikling, hvilket vil sige individet selv, gruppetilhørsforhold, og hvilken betydning det har i et større samfundsmæssigt perspektiv.

Som behandler med en socialvidenskabelig tilgang vil man derfor se på disse relationer og lade deres betydning for borgeren



rens livsførelse indgå i de vurderinger, man foretager. Som behandler vil indsatsen således ikke være rettet mod mennesket som krop, idet det ikke bare er kroppen som biologisk og biomedicinsk objekt, vi har med at gøre, men også mennesket som krop i det samfund og den kultur, det er en del af.

Tilegnelsen af viden inden for det sociologiske felt har dannet udgangspunkt for den socialmedicinske model. Her opererer man med årsager, der ligger uden for det enkelte menneske, fx fattigdom, boligforhold, tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelse. Det kan også handle om livsstil, fx rygning, misbrug, kost og motion.

I forhold til samfundets indflydelse er det interessant at se, hvordan det påvirker den enkeltes livsførelse og opfattelse af, hvordan vedkommende passer ind i samfundets normer. Er man i stand til at leve op til den politisk korrekte krop, som er slank, stærk og veltrænet, og som også forventes at afspejle menneskelige egenskaber som konkurrencedygtighed, sejhed, ungdom og selvkontrol - eller er ens forudsætninger og muligheder anderledes?

Denne skævhed eller differentiering, der er i samfundet, herunder både den biologiske og sociale arv, er også væsentlige aspekter i det sociologiske videnskabssyn.

Efter denne korte introduktion til forskellige videnskabssyn set i relation til sundhedsvæsenet og bevægelse, vil det være relevant at se på, hvordan kroppen og bevægelse kan være kilden til viden, hvilket det næste afsnit vil tage udgangspunkt i.

BEVÆGELSE OG ERKENDELSE

Op gennem kulturhistorien har flere prominente filosoffer beskæftiget sig med, hvordan man kan forstå koblingen mellem bevægelse og mulighed for at opfatte virkeligheden. Den tyske filosof Edmund Husserl (1859-1938), tidligere nævnt under beskrivelsen af fænomenologien, betragtede især den kinæstetiske sans som forudsætningen for erkendelse.

Kinæstesi er et sammensat ord fra *kinein* (græsk: bevæge) og *aistheisis* (græsk: følelse, fornemmelse), dvs. opfattelsen af kroppens bevægelser, position, vægt og kraft gennem sansning fra muskler, sener og led. For Husserl betyder det, at mennesket har mulighed for at foretage en fortsat kontrol og koordinering af legemets bevægelse gennem rummet og dermed indgå i en fortsat aktiv undersøgelse af sig selv og sine omgivelser.

Det er i kraft af vores muligheder for at bevæge os, at vi kan erkende og erfare så sandt som muligt. Husserl hævdede, at perceptionen af genstande i rummet foregår i en proces, som er tæt knyttet til, og muligvis gjort af vores kinæstetiske erfaring (6).

Samtidig pointerede Husserl, at det ikke er alle bevægelser, der er tilgængelige for vores umiddelbare opfattelse eller - som han betegnede det - kun eksisterer som afskygninger. Eller sagt på en lidt anden måde, med relation til behandling: Hvis man fx skal udføre en grundig analyse af en borgers bevægelser, så er der forhold, som er åbenlyst synlige, mens andre forhold blot fremtræder som svagere afskygninger. For at få det fulde billede frem i lyset, herunder afskygningerne, skal borgeren eksperimentere med og nuancere sine bevægelser,

mens bel
til borge
der frem
ring. Ku
at danne
onsnivea

Den
Ponty (1
get af kro
neskets r
i verden
opfatter
et midd
tværtim
da bevæg
verden p
kroppen
den eller
kan ram
ren via p

Fakti
gelse - b
er et sar
følgende
nogle be
og andre
vidsthed
kan kun
gør han
se holdr
Faktisk
og hævde
pen har
at menn
gøre en
terer det
at kropp
skal opf
leau-Por

SE

flere pro-
sig med,
ngen mel-
at opfatte
f Edmund
evnt under
i, betragte-
om forud-

d fra *kineis*
sk: følelse,
f kroppens
ift gennem
d. For Hus-
mulighed
l og koor-
e gennem
ortsat aktiv
mgivelser.
gheder for
og erfare så
ede, at per-
t foregår i
og mulig-
ig (6).
at det ikke
lige for vo-
- som han
om afskyg-
den måde,
is man fx
af en bor-
ld, som er
rhold blot
inger. For
et, herun-
n eksper-
bevægelser,

mens behandleren skal bevæge sig i forhold til borgeren og lade de forskellige indtryk, der fremkommer, indgå i en samlet vurdering. Kun på den måde får vi mulighed for at danne os et mere sandt billede af funktionsniveauet (6-8).

Den franske filosof Maurice Merleau-Ponty (1908-61) har om nogen været optaget af kroppens bevægemuligheder og menneskets mulighed for at være fuldt til stede i verden i kraft af sine bevægelser. Men han opfatter ikke bevægelse udelukkende som et middel til at opnå viden. Han mener tværtimod, at bevægelsen er mål i sig selv, da bevægelse er menneskets måde at være i verden på. Merleau-Ponty hævder, at det er kroppen, der forstår bevægelsen, genstanden eller afstanden, på samme måde som vi kan ramme næsen præcist med pegefingern via proprioceptionen (7-9).

Faktisk hævder Merleau-Ponty, at bevægelse – både fysisk og bevidsthedsmæssig – er et samlet hele. Han formulerede det på følgende måde: "Man kan ikke henregne nogle bevægelser til den kropslige mekanik og andre til bevidstheden. Kroppen og bevidstheden er ikke indbyrdes afgrænsede, de kan kun være parallelle" (9, s. 73). Dermed gør han op med den i hans samtid gængse holdning, at kroppen er hovedets tjener. Faktisk vender han den problemstilling om og hævder, at "bevægelse er lært, når kroppen har lært den" (7, s. 92). Det betyder, at mennesket skal opleve, ikke at man *kan* gøre en bevægelse, fordi ens fornuft dikterer det, men at man *gør* en bevægelse, og at kroppen naturligt bevæges mod det, der skal opfattes, fordi kroppen ved bedst. Merleau-Ponty slår fast: "Motorikken er således

ikke bevidsthedens tjenestepige, der transporterer kroppen til det sted i rummet, som vi først har forestillet os" (9, s. 92).

I en træningsmæssig sammenhæng giver det god mening at huske Merleau-Pontys ord: "Bevægelse er lært, når kroppen har lært den". Prøv at tænke på de første gange man indøver en given bevægelse. Det kan være at sparke på mål, at ramme bolden i badminton eller at indøve det helt rigtige sving i golf - hvor optaget man er af enkeltbevægelserne i opgaven, og hvor bevægelsen ofte ser meget opdelt og uharmonisk ud. Først "når kroppen har lært bevægelsen", vil det opfattes som en harmonisk og naturlig bevægelse, hvor alle delelementer naturligt indgår og afløser hinanden, så det også af udøveren opleves som en positiv og harmonisk bevægelse.

Så når kroppen efterhånden oplever, at alle disse delelementer går op i en højere enhed, vil bevægelse og bevidsthed ikke opleves som adskilt, men indgår i et unikt samspil.

Med betragtninger som disse får Merleau-Ponty pointeret, at bevægelse er en forudsætning for, at mennesket kan være fuldt til stede i verden – eller eksistere, for den sags skyld.

Både Edmund Husserl og Maurice Merleau-Ponty, der som tidligere nævnt er repræsentanter for fænomenologien og dermed dennes fokus på livsverdensbegrebet, har højst sandsynligt været inspiration for den bølge af opmærksomhed, der de senere år er blevet på at inddrage borgere i beslutninger i sundhedsvæsenet. Dette vil blive uddybet nærmere i følgende afsnit.



BORGERINDDRAGELSE OG MEDBESTEMMELSE

Indenfor de sidste år er der i det danske sundhedsvæsen blevet et stort fokus på borgerinddragelse og reel medindflydelse på især eget rehabiliteringsforløb, men også beslutninger i sundhedsvæsenet generelt. Dette kan ses som et udtryk for en begyndende implementering af det menneskesyn, der blev præsenteret under humanismen, nemlig at mennesket skal ses som et socialt, selvstændigt og ansvarligt subjekt med en egen værdi, der har krav på respekt for sin egen skyld, og at alle forhold omkring mennesket skal forstås i sammenhæng med individets relationer, både til andre mennesker og omgivelserne.

Næsten samme formulering finder man i "Borgerens sundhedsvæsen - vores sundhedsvæsen", der kom i april 2015. Det er en fælleserklæring mellem de største sundhedsorganisationer, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Danske Patienter, hvori det pointeres, at man ønsker at fremme en kultur, der fremmer, at borgere og patienter oplever, at deres viden, behov og præferencer er udgangspunkt i al pleje, behandling og rehabiliteringsforløb. I flere af de formulerede mål ses endda meget tydelige referencer til det humanistiske menneskesyn, bl.a. målet "Inddragelse af borgernes livssituation og viden om deres sygdom" (10).

Aktuelt er der derfor sat mange projekter i gang for at sikre, at det bliver den tilgang til borgerne, der bliver gældende i sundhedsvæsenet. Men det er ikke så enkelt, da netop det humanistiske menneskesyn udfordrer mange af de sundhedspro-

fessionelle, som stadig har forankring i et mere naturalistisk menneskesyn, hvor borgerinddragelse som sådan ikke har værdi, så på flere fronter i sundhedsvæsenet er der adskillige kultursammenstød i denne tid.

Selvom man tænker medinddragelse er det dog også vigtigt at inddrage det perspektiv, at man som sundhedsprofessionel forstår sit ansvar stadigvæk, og ikke kun tænker, at "man gør, som borgeren ønsker".

Her bør man være meget opmærksom på, om borgeren er så vidende som muligt i forhold til at træffe de rigtige beslutninger og også kapabel til at gennemskue valg og fravalg i behandlingen. Her nærmer vi os de mere etiske principper om autonomi kontra omsorg - autonomi forstået som retten til selvforvaltning og omsorg forstået som pligten til at tage vare på næsten (11).

Hvis man for konsekvent tænker borgerinddragelse uden at medtænke de etiske principper, vil man risikere at havne i ansvarsforflygtigelse fra den sundhedsprofessionelles side.

AFRUNDING

Der er med jævne mellemrum store diskussioner inden for sundhedsvæsenet, hvor tilhængere og udøvere af et videnskabssyn har anfægtet modstandernes måde at tænke og agere på. For eksempel har mange læger i en af landets regioner reageret kraftigt på, at journaler nu skal skrives på lægmandssprog, hvor de fremhæver, at patientsikkerhed kan gå tabt, hvis man tænker journalen som et kommunikationsredskab mere end som et præcist arbejdsredskab. De forskellige argumenter, der bringes ind i denne diskurs, har helt klare afsæt i, hvordan man

tænker men sammen, mer plads at beva hvad det reel for fra den s og lade denne

Hvis man til skade med i det private på det lokale meste fremtid 3. division, v forskellige ho vigtigst at fok ren. Samtidig ventninger, o terapeutens ti

Kunsten e menhæng me og terapeuter peutens ansvar det sker, og at draget i alle l geren priorite sig om at udfø ring, så den re tes. Her er sy, farvning og ev fund, som giv af skadens or geten vil ople skaden ikke i til andre over der er i forhold peutens aktiv møder en nar er alt jo godt.

Men hvis get humanist

tænker menneskesyn og videnskabssyn sammen, men her er det måske mere på sin plads at bevare en vis ydmyghed over for, hvad det reelt er, som patienten har brug for fra den sundhedsprofessionelles side, og lade denne stemme blive hørt.

Hvis man har en borger, som er kommet til skade med sin fod, og som er bogholder i det private erhvervsliv og fodboldspiller på det lokale fodboldhold, der i den nærmeste fremtid skal spille om oprykning til 3. division, vil forskellige terapeuter have forskellige holdninger til, hvad der vil være vigtigst at fokusere på, når de møder borgeren. Samtidig har patienten også sine forventninger, og måske harmonerer de med terapeutens tilbud, måske ikke.

Kunsten er at få skabt en fornuftig sammenhæng mellem borgerens forventninger og terapeutens handlinger, og det er terapeutens ansvar at være opmærksom på, at det sker, og at sikre, at borgeren er reelt inddraget i alle led i processen. Måske vil borgeren prioritere, at terapeuten koncentrerer sig om at udføre en hurtig og præcis vurdering, så den rette behandling kan iværksættes. Her er symptomer som hævelse, misfarvning og evt. fejlstilling vigtige objektive fund, som giver terapeuten en god pejling af skadens omfang og karakter. For borgeren vil oplevelsen og konsekvenserne af skaden ikke i første omgang give anledning til andre overvejelser end de rent fysiske, og det er i forhold til dem, han forventer terapeutens aktive indsats. Hvis denne patient møder en naturalistisk funderet terapeut, er alt jo godt.

Men hvis samme borger møder en meget humanistisk funderet terapeut, der vil

inddrage patientens samlede livsførelse i sin behandling, så vil nogle borgere med rette føle, at problemet forhales og bliver trukket i langdrag. Og omvendt, hvis den humanistisk tænkende borger møder en meget naturalistisk funderet terapeut, vil borgeren måske føle sig reduceret til en ting, som terapeuten skal undersøge og behandle, mens borgeren måske ikke føler sig inddraget som et menneske med selvstændige følelser og holdninger.

For måske er det netop denne forstuvning, der minder borgeren om, hvor galt det gik sidste gang, han fik en fodskade. Dengang betød det, at han ikke kunne være med i fællesskabet på fodboldholdet i meget lang tid, og da holdet faktisk er det eneste sociale fællesskab, han har, har det store menneskelige konsekvenser for ham. Så for ham drejer tankerne sig ikke kun om en banal forstuvning, men også om en frygt for at miste sit netværk.

Det er, som tidligere nævnt, terapeutens ansvar at finde den rette balance, men det kræver en bevidsthed om, hvilke værdier der er i spil, både hos terapeuten og patienten. På samme måde skal videnskabssynet skærpe terapeutens opmærksomhed i forhold til, hvordan han eller hun indsamler viden, og hvordan denne viden bruges i en fortsat udvikling til glæde for borgerne. Man skal desuden respektere, at forskellige videnskabssyn har forskellige metoder til rådighed, og en præcis viden om de forskellige positioner er en vigtig forudsætning for at gennemføre seriøse undersøgelser i det hele taget.



LITTERATUR

1. Thulstrup N, Weltzer C. Breve og aktstykker vedrørende Søren Kierkegaard. København: 1953.
2. Birkler J. Erik i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard; 2006.
3. Larsen H. Menneskesyn i teorier om mennesker. Århus: Klim; 2002.
4. Andersen D, Mabeck CE, Riis P. Medicinsk etik. København: FADL's Forlag; 1985.
5. Birkler J. Videnskabsteori – en grundbog. København: Munksgaard; 2005.
6. Husserl E. Phänomenologische Psychologie. Biemel W, red. Husserliana (IX), Dordrecht, Kluwer Academic Publishers; 1977.
7. Rendtorff J. Eksistens og krop hos den tidligere Sartre. *Philosophia* 1993;22(3-4):107-22.
8. Scheper-Hughes N, Lock M. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Med Anthropol Q* 1987;1(22-43)
9. Merleau-Ponty M. Kroppens fænomenologi. København: Samlerens Forlag; 1994.
10. Danske Regioner. Plan for borgernes sundhedsvæsen - vores sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2015.
11. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 2012.

KAPIT

BE
KR

Uffe Læ

BEGREI

Kropsbe
og ret så
lige fagg
fælles fo
(1). I rela
man for
som "be
bevægels
sider af
for at be
Ordbog
"kendsk
en af én
udseend
at indkr
ration fr
givet for
gangspu
elemente

AT VÆF
EN KRO

Som næ
losof De
de, bleve