

# TOTEM

Tidsskrift ved Religionsvidenskab  
Institut for Kultur og Samfund, Aarhus Universitet  
Nummer 41, forår 2018  
© Tidsskriftet og forfatterne, 2018

## Speciale

ET SPIRITUELT SUNDHEDSVÆSEN?  
*En diskursanalytisk undersøgelse af statens og autoriserede lægers syn på alternativ behandling i Danmark og disse diskursers sammenhæng med den spirituelle udvikling i Vesten.*

Af stud. mag.  
Louise Laursen

# Indhold

<b>Indledning</b> .....	<b>5</b>
Problemformulering .....	6
<b>Del 1</b> .....	<b>7</b>
1.1 Hvad forstås ved alternativ behandling? .....	7
1.1.1 Behandlingsformer og udbredelse .....	10
1.2. Definitioner af spiritualitetsbegrebet .....	12
1.2.1. Sproglige og historiske bemærkninger om spiritualitetsbegrebet .....	13
1.2.2. Nutidig forståelse af spiritualitetsbegrebet .....	15
1.3. Sammenhængen mellem spiritualitet og alternativ behandling .....	17
1.3.1. Den spirituelle revolution og sakralisering af subjektet .....	18
1.3.2. Spiritualitet, holisme og helbred .....	20
1.4. To behandlingsparadigmer .....	23
1.5. Opsamling for del 1 .....	24
<b>Del 2</b> .....	<b>25</b>
2.1. Diskursteori, magt og viden .....	26
2.2. Diskurs i staten om alternativ behandling .....	29
2.2.1. Folketinget .....	29
2.2.2 Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed .....	33
2.2.3 Delkonklusion .....	39
2.3 Diskurser hos autoriserede læger om alternativ behandling .....	39
2.3.1 Negativ diskurs .....	40
2.3.1.1 Distinktion blandt behandlinger: Det acceptable og det absurde .....	41
2.3.1.2 Fup og kvaksalveri .....	43
2.3.1.3 At være læge eller ikke at være læge .....	44
2.3.1.4 Alternative evidenskriterier og politisk naivitet .....	45
2.3.2 Imødekommende diskurs .....	47
2.3.2.1 Forsvar mod evidenskriteriet .....	48
2.3.2.2 Accept er ikke kongruent med tro .....	49
2.3.2.3 Brobygning og hierarkisk forhold mellem behandlingerne .....	50
2.3.2.4 Sandhedspræntioner og troen som et vovestykke .....	53
2.4 Opsamling af diskurserne .....	54
2.4.1 Lukning, hegemoni og ækvivalenskæder .....	55
2.4.2 Viden og magt .....	58
2.4.3 Antagonistisk identitet .....	61
<b>Del 3</b> .....	<b>62</b>

3.1. Spiritualitetsniveauer, handling og sprogbrug .....	62
3.2 Integration af behandlingsparadigmer.....	70
3.3 Konklusion og afsluttende bemærkninger .....	73
<b>4. Litteraturliste .....</b>	<b>76</b>
4.1 Artikler .....	76
4.2 Rapporter.....	77
4.3 Bøger .....	77
4.4 Links.....	79
<b>5. Appendix over artikler .....</b>	<b>81</b>
5.1 Artikler fra ”Ugeskriftet for læger” 2002-nu: .....	81

*ABSTRACT: This paper focuses on attitudes towards alternative and complementary medicine (CAM) in Denmark amongst the government and the licensed doctors. These different attitudes will create a basis to discuss whether a spiritual revolution is happening in the Danish healthcare system. I'll predominantly use Linda Woodhead and Paul Heelas' assertion that a spiritual revolution is occurring in the West because of the subjective turn which is expressed in their book “The Spiritual Revolution” (2005). I'll first explain how CAM and spirituality should be understood as two different concepts and then how they can be understood in relation to each other. Here namely mind-body-spirit spirituality is important.*

*The result showed that two discourses were at work in a Danish healthcare context: A negative discourse and an accommodating discourse towards CAM. These discourses showed a focus on establishing a biomedical paradigm as the dominating one. The doctors, regardless which discourse they belonged to, were choosing allopathic medicine over CAM. However, the politicians were open to put the demand of evidence in treatments aside to ease the development of CAM.*

*The concluding remarks gravitates towards an understanding that the growth of CAM is an expression of the subjective turn rather than an expression of a spiritual revolution. This conclusion is based on a distinction between an implicit and explicit spirituality. It's crucial to remember that a specific CAM treatment and the use of it cannot be assumed to be an expression of spirituality, before an understanding of the treatment as being spiritual is clearly expressed in notions and speech. Moreover, it is important to remember that most users of CAM seek a physical rather than a spiritual wellbeing and effect.*

## Indledning

Tendensen til at bruge alternativ behandling har været stødt stigende. Det har fordret, at sundhedssektoren og ikke mindst dennes faggrupper må forholde sig til alternativ behandling som et faktisk alternativ til konventionel behandling inden for det samme sundhedssystem. Det er væsentligt at se på de hegemoniske diskurser, som der udspiller sig i henhold til alternativ behandling på statsligt niveau og hos autoriserede sundhedspersoner, fordi disse diskurser tegner et billede af sammenhængen inden for spiritualitetsfeltet og alternativ behandling. Det kan ligeledes give et indblik i, hvor denne udvikling er på vej hen. Afhandlingen er derfor tillige en undersøgelse af argumentet om, at væksten i alternativ behandling er udtryk for en proportionel vækst i spiritualitet generelt i Vesten (Woodhead og Heelas 2005).

Dette vil blive undersøgt, da der ikke forefindes fyldestgørende forskning om relationen mellem det alternative behandlingsfelt og spiritualitet i religionssociologisk perspektiv og i en dansk kontekst. Der produceres store mængder redegørende stof om udbredelsen af alternativ behandling, og hvem der bruger det (behandlere og klienter), og til dels hvorfor de bruger det. Mit hovedfokus vil dog være at sammenkoble flere udviklingstendenser. Der er således ikke nogen konkret dansk forskning, som undersøger diskurser blandt stat og læger i forbindelse med alternativ behandling, og om denne kan sættes i sammenhæng med, eller nogen måde er udtryk for en spirituel vækst. Ved at eksemplificere og konkretisere kan vi være med til at specificere begrebet og fænomenet spiritualitet, da der til stadighed er behov for denne teoretisering og konceptualisering (Jespers 2011, 330). Det vil med andre ord sige, at vi skal beskæftige os med, hvornår og hvordan spiritualitet opstår, og hvornår det er relevant at tale om i et samfundsperspektiv.

Til at undersøge dette emne vil jeg i første del redegøre for, hvad der forstås ved alternativ behandling og beskrive udbredelsen. Dernæst vil jeg klarlægge, hvordan spiritualitet, som fænomen, har udviklet sig historisk og sprogligt, og se på hvordan begrebet opfattes i en nutidig kontekst. Dernæst vil jeg undersøge, hvorfor spiritualitet er blevet så populært, og hvorfor alternativ behandling tilsyneladende er vokset i takt med spiritualiteten. Til denne del benytter jeg mig af Linda Woodhead og Paul Heelas' teori om *den spirituelle revolution*.

Efter at have klarlagt sammenhængen mellem alternativ behandling og spiritualitet og væksten på området, ønsker jeg i anden del at undersøge, hvilke diskurser vi kan iagttage i samfundet om alternativ behandling, og om disse har et spirituelt islæt. Her med fokus på autoriserede læger og statens synsvinkler. Det empiriske materiale vil primært hvile på artikler fra det lægefaglige tidsskrift *Ugeskriftet for læger*, samt forslag til lovændringer på det alternative behandlingsområde. I analysen af empirien vil jeg benytte mig af diskursteorien, men før en diskursanalyse er mulig, vil jeg først forklare, hvad en diskurs er for en teoretisk størrelse, og hvordan vi kan bruge den i sammenhæng med følgende afhandling.

Til sidst vil jeg i tredje del diskutere, hvorvidt det er rimeligt at lave den førnævnte sammenkobling imellem spiritualitet og diskursen om alternativ behandling samt drøfte spiritualitetsbegrebets problematikker, da spiritualitetsbegrebet ikke er et entydigt begreb. Hertil vil jeg inddrage synspunkter fra blandt andet David Voas og Steve Bruce samt Lars Ahlin. Afhandlingen er et forsøg på at undersøge, hvordan religion manifesterer sig i samfundet, og hvilke betydninger dette har. Den er således del af en større diskussion om forholdet mellem religion og samfund, samt hvordan disse tilpasser sig hinanden.

### **Problemformulering**

Ud fra et postulat om, at spiritualitet som fænomen er støt stigende i Vesten (Woodhead & Heelas 2005), er det antagelsen i afhandlingen, at denne udvikling har haft indflydelse på det danske sundhedsvæsen. Dette i den forstand, at vi ser en signifikant stigning i brugen af alternativ behandling både hos sundhedspersonale og patienter, som udtryk for spiritualitet andre steder i Vesten (Heelas 2006). Derfor vil jeg undersøge om alternativ behandlings status i samfundet er ved at flytte sig og derudover se, om denne forskydning kan sammenkobles med den spirituelle udvikling i Vesten i form af holistisk og ’mind-body-spirit’ spiritualitet, som det bliver gjort i dele af forskningen (Heelas 2008; Heelas 2012; Woodhead & Heelas 2005; Woodhead og Vincett 2009). Problemformuleringen lyder som følgende:

*Hvordan bliver alternativ behandling fremstillet diskursivt i en dansk kontekst set ud fra et statsligt perspektiv med inklusion af autoriserede lægers synspunkter, og hvordan kan denne tendens sammentænkes med spiritualitetsudviklingen i Vesten?*

Derudover vil jeg besvare nedenstående underspørgsmål i relation til problemformuleringen:

- *Hvilke samfundsforandringer har medført en stigning i spiritualitet?*
- *Hvordan defineres alternativ behandling og spiritualitet, og hvordan hænger de to fænomener sammen?*
- *Hvad er en diskurs, og hvad kan den bruges til i sammenhæng med denne opgave?*
- *Kan vi ud fra analysen tale om en ’spirituel revolution’ inden for det danske sundhedsvæsen?*

## **Del 1**

Dette afsnit vil indeholde en redegørelse af de to vigtigste begreber for denne opgaves rammesætning: ’alternativ behandling’ og ’spiritualitet’. Da opgaven skal kunne sammenkoble disse to begreber, er det vigtigt at tydeliggøre deres betydning. Der vil være en gennemgang af, hvad alternativ behandling indebærer og en afklaring af, hvor udbredt forskellige former for alternativ behandling er. Efterfølgende vil jeg gøre rede for, hvilke kulturelle forandringer, som ifølge forskningen, har haft indflydelse på den popularitet, der ses inden for spiritualitet i dag. Herefter vil jeg forklare, hvordan spiritualitetsbegrebet kan forstås, samt hvilken sproglig og historisk kontekst som har haft indflydelse på begrebet.

### **1.1 Hvad forstås ved alternativ behandling?**

Der kan ifølge Laila Launsø, skelnes mellem fire former for medicinske retninger gennem historien: Folkemedicin, etableret medicin, alternativ medicin samt integreret medicin. Disse fire retninger er også opstillet kronologisk, hvilket vil sige, at hver retning bygger oven på den foregående, men samtidig betyder dette at de nyere retninger ligeledes har rod i de ældre retninger. Den alternative behandling er derfor ikke et nyt fænomen, da både konventionel medicin og alternativ behandling har udviklet sig ud fra samme grundprincipper, som man havde i folkemedicinen. Men selvom den alternative behandling og den konventionelle medicin har samme ophav, har de udviklet sig i vidt

forskellige retninger, hvilket har medført forskellige syn på behandling og sygdomsforståelse i dag (Launsø 1996, 95).

Overraskende kan man ifølge forskningen konstatere, at der ikke eksisterer nogen officiel definition af alternativ behandling eller behandlere. Hverken i det politisk-administrative system, i befolkningen eller i videnskabeligt regi (Launsø 1996, 20; Ahlin 2007, 27). Man kan diskutere hvorvidt, der forefindes en aktuell statslig definition af begrebet *alternativ behandling*, da der i de følgende år er kommet fokus på, hvordan myndighederne i Danmark definerer begrebet. Sandsynligvis som konsekvens af den stigende opmærksomhed og brug af alternativ behandling. Der kan for eksempel findes følgende formulering på hjemmesiden for Sundhedsstyrelsens råd vedr. alternativ behandling<sup>1</sup>:

De danske myndigheder bruger begrebet ”alternativ behandling” om: Behandlingsformer udført af behandlere, der ikke er autoriserede sundhedspersoner. Behandling udført af autoriserede sundhedspersoner, men som er baseret på metoder, der hovedsageligt bruges uden for sundhedsvæsenet. Behandlingen skal kunne udføres af personer uden sundhedsfaglig autorisation. Autoriserede sundhedspersoner er blandt andet læger, sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, kliniske diætister og kiropraktorer. ([www.srab.dk](http://www.srab.dk)).

Andre definitioner kan findes hos Statens Institut for Folkesundhed, som definerer, at der er tale om alternativ behandling, når der sker ”brug af behandlere uden for det almindelige sundhedsvæsen” (Illemaan & Ekholm *et al.*, 2013, 2). Denne definition er en anelse uklar i forhold til, hvordan ’det almindelige sundhedsvæsen’ skal forstås. Her giver det større udbytte at se på SRABs definition, som antager, at alternativ behandling er de behandlinger, der udføres af en uautoriseret eller autoriseret sundhedsperson i henhold til metoder, som hovedsageligt bruges uden for sundhedsvæsenet. Det er dog afgørende at understrege, at grænsen mellem konventionel behandling og alternativ behandling ikke er fastlagt, men at grænserne flytter sig afhængig af tidsperiode, kultur og geografi (Launsø 1996, 21-22; Johannessen & Ostfeld-Rosenthal 2012, 31-37; Ahlin 2007, 29). Hvad der anses som alternativt i Danmark, kan være konventionelt i Kina og så videre, hvilket selvfølgelig har noget at gøre med forskellige landes traditioner.

---

<sup>1</sup> Forkortes efterfølgende som SRAB.



Yderligere er der i både befolkningen og sundhedssystemet tendens til, at det alternative behandlingsfelt ses som et *supplement* til det konventionelle system således, at det fremstår som sekundært i forhold til det konventionelle systems behandlingstilbud (Ahlin 2007, 29-30). Hvis vi vender blikket mod internationale tendenser, er der for eksempel i USA og Australien forskel på, om de alternative behandlingsformer fungerer i sammenspil med konventionel behandling, hvor de efterfølgende kalder det enten komplementær behandling eller integreret medicin. Hvis behandlingen bruges uden for det konventionelle system, kaldes det for alternativ behandling. Desuden lægges der i flere definitioner vægt på, at der altid vil være tale om alternativ behandling, selvom behandlingen eksempelvis udføres på et sygehus eller af en autoriseret sundhedsperson (www.srab.dk). SRAB skriver desuden, at definitioner af alternativ behandling og sondringen i forhold til det konventionelle system vil variere afhængigt af, hvem der skal benytte definitionen. For eksempel vil myndighederne definere det således, at det passer på lovgivning og autorisationer, hvorimod en forsker ville være optaget af paradigmer imens sygeforsikringer ser på et tredje aspekt. Dette er sandsynligvis derfor, at begrebet kan være svært at definere (ibid.).

Til forskel fra de ovenstående definitioner benytter WHO sig af en anden indgangsvinkel, hvor de i stedet for at fokusere på en skelnen mellem konventionel og alternativ behandling, fokuserer på landets tradition inden for den gængse sundhedspraksis, således at de alternative behandlinger beskrives som: ”en bred vifte af sundhedsydelser og praksis, der ikke er en del af landets egen tradition og ikke er integreret i det dominerende sundhedssystem.” (Ahlin 2007, 27). Definitionen på de alternative behandlere læner sig delvist op ad definitionerne af selve den alternative behandling, da disse to begreber naturligvis hænger tæt sammen. Om de alternative behandlere beskriver SRAB dem, som værende en person:

Der udøver sundhedsmæssig virksomhed uden for det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Som ikke er autoriseret til at udøve den pågældende virksomhed eller er omfattet af Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med den sundhedsfaglige behandling, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet. Loven finder anvendelse for registrerede alternative behandlere og for autoriserede sundhedspersoner, der tillige er registrerede alter-

native behandlere i medfør af lovens § 3<sup>2</sup>. En registreret alternativ behandler kan både være en person uden sundhedsfaglig autorisation og en person med en sundhedsfaglig autorisation.«. ([www.srab.dk](http://www.srab.dk)).

Der differentieres ud fra ovenstående citat mellem alternative behandlere som er autoriserede sundhedspersoner og dem som er uautoriserede sundhedspersoner. Dette giver en god nuancering i den behandlersammensætning, der findes inden for feltet. Det er derfor ikke en forudsætning, at man som alternativ behandler står uden for det konventionelle system, men at man tværtimod kan fungere inden for systemet samtidig med, at man praktiserer alternativ behandling. For eksempel kan en autoriseret læge i princippet sagtens tilbyde og udøve en alternativ behandlingsform for sine patienter.

### **1.1.1 Behandlingsformer og udbredelse**

Der findes et hav af behandlingsformer og teknikker inden for det alternative felt. Det vil dog ikke være fokus her i afhandlingen, at gå i dybden med specifikke behandlinger, men derimod overordnet at se på, hvordan de omtales diskursivt. I denne sammenhæng kan man finde en række fællestræk for behandlingerne. De inkorporerer alle en forståelse af, at kroppen er en selvhelende organisme, at forebyggelse er at foretrække fremfor symptomlindring, og at individuel læring og helbredelse hænger sammen. Alt dette er ud fra en forståelse af, at mennesket er en holistisk enhed, hvor kroppen og psyken påvirker hinanden, og derfor ikke kan ses som to adskilte størrelser (Ahlin 2007, 29). I forbindelse med distributionen og antallet af behandlingsformer, kan man for eksempel finde 23 forskellige alternative behandlingsformer inde på SRABs hjemmeside ([www.srab.dk](http://www.srab.dk)). Lars Ahlin estimerer yderligere, at der sandsynligvis findes flere hundreder behandlingsformer, men at mange af disse vil være afarter af andre mere overordnede teknikker. Antallet varierer desuden nationalt og internationalt, og i internationale sammenhænge er det muligt at finde over 1.300 behandlingsformer i Alternative Health Dictionary (Ahlin 2007, 31;177).

For yderligere at skelne mellem de forskellige behandlingsformer kan man med fordel kategorisere dem i forskellige grupper, som Launsø har gjort. Hun deler alle al-

---

<sup>2</sup> Her henvises til RAB-loven (Lov om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlere fra 2004).

ternative behandlingsformer op i fire konstituerende kategorier: Primært biologiske tilgange, primært kropsorienterede tilgange, primært psykologiske tilgange og primært spirituelle tilgange. De biologiske tilgange kunne eksempelvis være homøopati, biopati og lignende, den kropslige tilgang kunne være yoga, akupunktur eller zoneterapi, den psykologiske tilgang kunne være følgende tilgange musikterapi, drømmeanalyse eller tegneterapi, og slutteligt kan metoder inden for den spirituelle tilgang være clairvoyance, healing eller meditation. Inden for hver behandlingsform kan der bruges flere lag fra de forskellige tilgange, hvorfor de ikke fremstår som *rene* tilgange, men som metoder, hvor de forskellige tilgangsformer overlapper hinanden (Launsø 1996, 128). En lignende fordeling gør sig gældende i ”Den store bog om Alternative Helbredelsesterapier” (2001), hvor man inddeler behandlingerne i henholdsvis *energiterapier* (for eksempel zoneterapi, akupunktur, homøopati og yoga), *kropsterapier* (for eksempel bevægelsesterapier, kinesiologi, kranio-sakral terapi og massage) og *terapi for sind og ånd* (for eksempel psykoterapi, drømmetydning eller neurolingvistisk programmering(NLP)), for blot at nævne nogle få (Ahlin 2007, 37). Der er i perioden 1987 til 2013 sket en markant stigning i brugen af alternativ behandling. Der er tale om en stigning på 17% generelt i befolkningen, og 27% af den voksne befolkning har benyttet sig af én eller flere former for alternativ behandling inden for det seneste år i 2013 (Ekholm & Illemann et al. 2015, 5). Når vi ser på hvilke behandlingsformer, som er de mest udbredte i Danmark, er der tilsyneladende en uoverensstemmelse i forhold til, hvilke behandlinger som er mest populære. I de senere år (2005, 2010 og 2013) er massage, osteopati og andre manipulative terapier de mest populære, ifølge rapporten fra Statens Institut for Folkesundhed, efterfuldt af akupunktur og zoneterapi på en anden og tredjeplads, samt healing på fjerdepladsen (Ekholm & Illemann 2015, 2) jf. nedenstående tabel:

**Table 1.** Brug af alternativ behandling nogensinde og inden for det seneste år, i 2005, 2010 og 2013. Procent og antal i befolkningen

	Brug nogensinde			Brug seneste år			Antal i befolkningen, der har brugt alternativ behandling inden for det seneste år (i 1.000)
	2005	2010	2013	2005	2010	2013	
Massage, osteopati og andre manipulative terapier	21,4	34,3	34,7	13,0	18,8	18,6	847
Akupunktur	16,0	24,0	25,6	5,2	7,1	7,7	351
Zoneterapi	20,7	23,8	21,4	5,9	5,6	4,8	219
Healing og/eller clair voyance	6,0	8,2	8,2	2,3	2,1	2,4	109
Kraniosakral terapi	3,1	6,1	6,7	1,5	2,1	2,2	100
Ernæringsterapi	2,4	6,8	6,4	1,0	2,1	2,0	91
Homøpati	3,5	5,5	5,9	1,1	1,3	1,8	82
Phytoterapi	-	2,0	2,3	-	0,6	1,0	46
Kinesiologi	3,5	4,2	4,4	0,7	0,7	0,9	41
Biopati, naturopati	1,0	1,7	1,9	0,3	0,3	0,5	23
Andet	2,2	3,2	3,7	0,9	1,1	1,4	64
Har brugt én eller flere former for alternativ behandling	44,4	52,8	53,2	22,0	26,3	27,0	1.230

*Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne*

*Kilde: Statens Institut for Folkesundheds rapport ”Alternativ behandling. Resultater fra sundheds-og sygelighedsundersøgelsen 2013”.*

Ifølge andre undersøgelser er zoneterapien den dominerende behandlingsform (Ahlin 2007, 31;33; Launsø 1996, 36;38; Johannessen & Ostefeld-Rosenthal 2012, 24). Nogle af disse uoverensstemmelser kan delvis skyldes vekslende svarmuligheder i forhold til udvalget af behandlingsformer i undersøgelserne, samt hvilke behandlinger, som respondenterne har set som deres primære behandling, hvis de har benyttet sig af mere end én i deres behandlingsforløb (Ahlin 2007, 32). Selvfølgelig vil tiden også spille en rolle i denne sammenhæng, da der er forskel på de mest populære behandlingsformer i henholdsvis år 2000 og 2013. Selvom det stadig er uklart, hvorfor der optræder forskellige konklusioner i forskningen i relation til den mest populære behandlingsform i Danmark, er det i hvert fald sikkert at sige, at der er bred enighed om, at det er følgende behandlingsformer, som samlet set bliver benyttet mest: Massage og manipulative terapier, zoneterapi, akupunktur, naturmedicin, homøpati og healing. Disse behandlinger figurerer som de mest brugte i stort set alle undersøgelser, og derfor giver det mening at fremhæve disse som de mest udbredte, dog uden at kunne udpege den mest brugte, grundet ovenstående reference til de forskellige undersøgelsesresultater.

## 1.2. Definitioner af spiritualitetsbegrebet

Der er konsensus blandt forskere inden for spiritualitetsfeltet om, at spiritualitet i en nutidig kontekst er vanskeligt at afgrænse. Dermed er det svært at afgøre, hvilke fænomener vi bør medtage i kategorien spiritualitet. Så før vi begynder at beskæftige os med, hvordan det spirituelle felt og alternativ behandling hænger sammen med tilhørende diskurser herom, er det helt afgørende at gå i dybden med betydningen af ordet *spiritualitet*. Dette indebærer, at afklare spørgsmål såsom hvilke sproglige og historiske forandringer, der har dannet grundlag for spiritualitetsfænomenets udvikling, og hvilke udviklingsmønstre i samfundet, der har tilvejebragt spiritualitetens popularitet.

Det er ikke uden forbehold, at vi bør benytte termen, da den har et langt sprogligt og historisk fundament i både Vesten og Østen (Carrette & King 2005, 37-44). Vi vil se nærmere på spiritualitetsbegrebet for at forstå, hvordan begrebet fungerer i samtiden, da den nutidige spiritualitet er mere kompleks end nogensinde før i sine mangeartede udtryksformer.

### **1.2.1. Sproglige og historiske bemærkninger om spiritualitetsbegrebet**

Spiritualitetsbegrebet er langt fra et begreb, som kun bruges i en nutidig kontekst. Selvom det især er i de seneste 10 år, at det har fået større opmærksomhed både i populærkulturen og den akademiske litteratur. Begrebet har en omfattende historisk og kulturel arv inden for en vestlig<sup>3</sup> kontekst. Her har begrebet primært sin rod tilbage i den jødisk-kristne kultur. Sproghistorisk stammer begrebet fra det græske substantiv *pneuma* [ånd], og senere det latinske substantiv *spiritualitas* i adjektivisk form *spiritualis* [spirituel] (Sheldrake 2013, 16; Sheldrake 2014, 5-6). Der findes en lignende betydning helt tilbage til Det Gamle Testamente, hvor det hebraiske begreb *rû(a)h* kunne minde om det, der kaldes spiritualitet. *Rû(a)h* kan oversættes som ’åndedræt i bevægelse’, hvilket refererer til Guds åndedræt, som blev givet til menneskene, og derved blev en del af dem, og gav dem liv. Termen betegner således en person i relation og kontakt med Gud (Carrette & King 2005, 34; Jacobs 2013, 1).

I Det Gamle Testamente betegner spiritualitet derfor både Gud og den troende i relation til hinanden, som et udtryk for, at et individ har været i kontakt med Guds ånd.

---

<sup>3</sup> Termen har sandsynligvis rødder tilbage til prækristne kulturer og samfund (Jacobs 2013, 1), men grundet relevans og pladsmangel, vil det være den vestlige udvikling i spiritualitetsbegrebet, som vi vil se på i denne sammenhæng.

I græsk optik, især influeret af Platon, er termen senere et udtryk for en stærkere dualisme i relation til kroppen således, at ånd og krop skal forstås adskilt som to modsætninger. Denne fortolkning findes dog ikke i Det Nye Testamente ifølge Anne C. Jacobs (Jacobs 2013, 2). Tilbage i tidlig kristen historie forklarer Paulus ordets betydning, hvor dét at være en spirituel person betød at leve et liv, hvor Guds ånd hvilede i personen eller at personen levede sit liv under indflydelse af Helligånden. Den bibelske fortolkning af ordet skal, ifølge Jacobs forstås, som et udtryk for, at alle individer besidder spiritualitet som et karaktertræk. Jacobs forklarer, at spiritualitet inden for den bibelske kontekst kan forstås således: ”Spirituality within the context of the Bible thus refers to an intrinsic part of the human being, which is in relationship with God and other people and which refers to an element of personality as well as energy and power” (Jacobs 2013, 3). I Det Nye Testamente, og ifølge Paulus, var det derfor i højere grad et spørgsmål om livsindstilling, end det var et spørgsmål om en skelnen mellem det spirituelle som noget åndeligt, og det fysiske eksemplificeret ved kroppen. Paulus’ fortolkning af begrebet levede videre i Vesten indtil ca. det 13. århundrede, hvor synspunktet blev erstattet af et, som havde større fokus på spiritualitet modsat det rationelle menneske, og derved skabte en større distinktion mellem krop og ånd (Sheldrake 2013, 17; 2014, 6).<sup>4</sup>

I efterveerne fra Reformationen, blev begrebet igen en del af en bredere forståelse, hvor spiritualitet, ifølge Martin Luther, skulle være tilgængeligt for alle, og i alle aspekter af livet, fordi Biblen kunne fortolkes, som at spiritualitet var iboende alle mennesker. En spirituel livsførelse havde førhen primært været forbeholdt gejstligheden og monastiske ordner (Jacobs, 2013, 3). Herefter blev spiritualitetsbegrebet i Vesten en del af den formative periode for protestantismen i Europa, og flere protestantiske grupper videreudviklede begrebet. Inden for den katolske kirke begyndte enkelte også at bruge ordet i sammenhæng med en indre tilbedelse og relation med Gud. Fælles for retningerne var, at man fremhævede en religionsudøvelse, som fokuserede på den indre spiritualitet hos individet, fremfor et udadgående fokus, som i den bredere institutionaliserede religion.

---

<sup>4</sup> Denne forandring skete i forbindelse med den skolastiske udvikling, hvor man forsøgte at genforene græsk og kristen tankegang, hvilket førte til en udpræget dualistisk forståelse af begrebet, som derfor skabte to modpoler: Ånd og stof. Dermed opstod en tankegang, der så det spirituelle som det rationelle og det materielle som det irrationelle og dermed opstod dualismen mellem ånd og krop (Jacobs 2013, 3)

Romantikken som periode er ligeledes central for begrebets udvikling. Perioden opstod i kølvandet efter Oplysningstiden, som havde fokuseret på videnskab og menneskelig rationalitet, og som konsekvens heraf taget afstand fra religion og spirituelle synspunkter. Dette er ifølge Jacobs, ikke ensbetydende med at religion forsvandt, men at man belyste andre aspekter af, hvad det ville sige at tro på Gud samtidig med, at man i mange tilfælde forsøgte at bevise Guds eksistens rationelt (Jacobs 2013, 7). Romantikken derimod banede vejen for en religion-og spiritualitetsforståelse, som i langt højere grad satte fokus på det subjektive selv, naturen og en panteistisk gud. Nostalgi og mytologiske fortællinger trivedes, og man ønskede i højere grad at se mennesket som en organisme fremfor en mekanisk enhed, som det ellers havde været tilfældet under Oplysningstiden. Jacobs fremhæver, at det var i denne periode, at der opstod et større skel mellem den institutionaliserede kirke og spiritualitetsfænomenet (Ibid., 7-8).

Romantikken blev derefter igen afløst af et mere mekanisk paradigme under det moderne samfunds tilblivelse og industrialiseringen. Her var man overbevist om, at videnskab sammen med determinisme, naturalisme, reduktionisme, materialisme og positivisme kunne give svar på alle spørgsmål (ibid., 8). Derfor havde man, fremhæver Jacobs, overvejende en forventning om, at verden kun ville udvikle sig en vej, nemlig til det bedre, og fornuft var det ypperste middel for at nå dertil. Med denne tankegang efterfulgte ligeledes en faldende interesse for religion, og flere sekulære værdier blev fremtrædende. Ifølge Jacobs skete der derimod en stigning i interessen for spiritualitet, især inden for psykologien. Herefter blev det moderne samfund afløst af det, vi i dag kunne kalde det senmoderne samfund. Dette resulterede i, at ultimative sandheder mistede deres betydning, og at man derfor kunne stille spørgsmålstejn ved al epistemologisk viden. Som konsekvens heraf kunne man nu selv bestemme sin spirituelle overbevisning uden tilknytning til et epistemologisk fundament i eksempelvis institutionaliseret religion. Man er, ifølge Jacobs, fri til at vælge den form for spiritualitet, der passer til én selv, og i mange tilfælde kan denne spiritualitet betegnes som sekulær, og samtidig eksisterer der adskillige former for spiritualitet (ibid., 8-10).

### **1.2.2. Nutidig forståelse af spiritualitetsbegrebet**

Først i slutningen af det 19. og starten af det 20. århundrede blev ’spiritualitet’ alment kendt inden for det engelske sprog efter en oversættelse af det franske ’*spirituel*’ eller

’spiritualité’, som inden for kristendommen refererede til processen i perfektion (Carrette & King 2005, 37). Det er ifølge Linda Woodhead og Giselle Vincett først hér, at spiritualitet opstod som et alternativ og modstykke til traditionel religion, hvilket er en påstand som Jacobs ligeledes tilslutter sig (Jacobs 2013, 8-10). Det var i forbindelse med den moderne psykologi, som det også kort blev nævnt i ovenstående afsnit, at man for alvor adskilte religion og spiritualitet som to fænomener uden intern afhængighed (Woodhead & Vincett 2009, 335; Jacobs 2013, 8-9; Carrette & King 2005, 37-44).

Både Phillip Sheldrake og Frank Jespers samt Jacobs fremhæver, at betydningen af spiritualitet i et nutidigt perspektiv er langt mere kompliceret, fordi det er et begreb, som er tilgængeligt for alle, og dermed er eklektisk og oftest står det i diametral modsætning til religion (Jacobs 2013, 3; Sheldrake 2013, 17; Jespers 2011, 328). Dette skyldes, at spiritualitet bruges i adskillige forskellige sammenhænge, både i religiøs og sekulær, og derfor ikke kan defineres ud fra samme kriterier i alle tilfælde. Der findes af den grund ikke én universel definition af spiritualitet og det medfører, at begrebet er flydende, og betydningen vil variere kontekstuel. En pointe, som yderligere fremhæves i diskussionen.

Jacobs påpeger, at det er væsentligt at skelne mellem den nutidige brug og forståelse af ordet spiritualitet på den ene side, og ordets bibelske samt teologiske ophav på den anden side, da mange forskere overser denne pointe, hvilket resulterer i en manglende konsensus og forståelse af begrebets historiske og sproglige betydning. En pointe som Jespers tilslutter sig (Jespers 2011, 333-334). Ved at inddrage begrebets rødder, og diskutere begrebet i forhold til dets jødisk-kristne ophav, nuanceres den nutidige diskussion af spiritualitetsbegrebet, da ordet ofte bruges ukritisk i medierne og populærkulturen, men også i forskningssammenhænge, ifølge Jacobs (Jacobs 2013, 1; 10).

Sheldrake mener derimod, at kunne klarlægge nogle overordnede tendenser i betydningen af spiritualitet i en nutidig kontekst. Han påpeger, at spiritualitet indebærer et *holistisk* perspektiv på livet, som ligeledes er et karakteristikum, som Woodhead og Vincett fremhæver ved begrebet (Woodhead & Vincett 2009, 335).

Ifølge Sheldrake kan man se det holistiske perspektiv i relation til spiritualitetsbegrebet, ved at kigge på begrebets relation til *’det hellige’*. Ordet *’holy’* på engelsk har rod i det oldengelske ord *’hālig’*, som i sin essens betyder *’hel’*.<sup>5</sup> Således pointerer Sheldrake, at

---

<sup>5</sup>Denne forklaring understøttes desuden af Oxford Dictionaries.



spiritualitetsbegrebet har med helheden (i livet) at gøre, hvor alle aspekter i tilværelsen forstås i forhold til og i sammenhæng med hinanden. Derudover er den nutidige forståelse af begrebet spiritualitet forbundet med en stræbelse efter ’det hellige’<sup>6</sup>. Denne søgen efter ’det hellige’ vil som oftest forbindes med en søgen efter det guddommelige og den kristne gud, men kan i senmoderne tid forbindes med en søgen efter mere abstrakte numinøse forståelser af det hellige, som for eksempel indenfor kunst, naturen, menneskets eksistens eller kosmos (Sheldrake 2013, 18-19).

Spiritualitet er et fænomen, der ifølge Sheldrake, også er forbundet med en søgen efter meningen med livet og formålet med menneskets eksistens. På grund af denne søgen efter mening og formål, understreger Sheldrake, at spiritualitet ligeledes kan sammenkædes med menneskets identitet, trivsel og udvikling i psykologisk sammenhæng. Hermed er spiritualitet i en moderne forståelse af begrebet forbundet med en vis selvrefleksivitet, moral og etik i menneskets måde at leve på (ibid.). Sheldrake understreger, at spiritualitetsbegrebet i nyere tid optræder i flere kollektive og offentlige sammenhænge, og har udvidet sig til domæner som for eksempel sundhedsvæsenet, uddannelse og forretning, men at det også i akademisk regi bliver mere populært at undersøge. Det er derfor ikke længere kun en teologisk og religionsvidenskabelig tilgang til fænomenet, som man skal forholde sig til, men i stigende grad en tværfaglig forståelse i fag som for eksempel samfundsvidenskab, psykologi og filosofi (Sheldrake 2013 19; Sheldrake 2014, 10; Jacobs 2013, 1).

### **1.3. Sammenhængen mellem spiritualitet og alternativ behandling**

Hvad har alternativ behandling overhovedet med spiritualitet at gøre? Der er særligt i de seneste år lavet en lang række generelle undersøgelser om indflydelsen af religiøse og spirituelle trosforestillinger og sprogbrug i forbindelse med forskellige sygdomsforløb (la Cour et al. 2012, 63; Sheldrake 2014, 176-77)<sup>7</sup>. Sheldrake fastslår i den sammenhæng, at spiritualitet i moderne tid rækker langt ud over dets kristne ophav og endda religion. Et af de mest udbredte områder er sundheds- og omsorgssektoren ifølge Sheldrake (Sheldrake 2010, 367-68). Men før en sammenkobling af spiritualitet og alternativ

---

<sup>6</sup> På engelsk *the sacred* jf. skelnen mellem ’sacred’ og ’holy’, som ikke forefindes på dansk, hvorfor begge begreber oversættes til: ’helligt’. Dette kan have betydning for konteksten på engelsk, som muligvis ikke kommer til udtryk på dansk.

<sup>7</sup> Se eventuelt organisationen: ’Research in Faith and Health’ for mere information: <http://faith-health.org/> Hjemmesiden er hovedkilde til en hel forskningsenhed om tro og helbred og publicerer forskning fra Norge, Sverige, Finland og Danmark.

behandling er mulig, vil jeg redegøre for, hvilke forandringer, der er sket i samfundet, som har muliggjort spiritualitetsfænomenets vækstbetingelser.

### 1.3.1. Den spirituelle revolution og sakralisering af subjektet

Det er afgørende at huske, at de processer vi ser ske i samfundet, i høj grad spiller ind på religion om end ikke altid direkte, men snarere indirekte og sekundært. Lars Ahlin peger på aftraditionaliseringen som en helt central faktor for samfundets udvikling og dermed religionens forandring. Den helt store ændring har vist sig i udviklingen fra det traditionelle landbrugssamfund til et højteknologisk og industrialiseret samfund. Herefter er der blevet skabt det, som vi i dag kalder det senmoderne samfund. Denne udvikling førte til udviklingen af velfærdsstaten i Vesten, hvor kvinderne fik adgang til arbejdsmarkedet, flere børn begyndte i institutioner og fik en uddannelse, og dermed blev velstanden og forbruget øget. På samme tid blev der udviklet flere avancerede teknologier og nyliberalismen blev fremtrædende som en af de førende kræfter i samfundet. Denne strukturelle udvikling svækkede den kollektive stat, som var blevet opbygget i løbet af 1960'erne. Udviklingen er heller ikke gået ubemærket hen på individniveau, idet man oplevede en forandring i individets måde at reflektere over tilværelsen og sig selv på (Ahlin 2007, 18-19).

Således fokuserede man radikalt mere på individets værdi og potentiale, end man førhen havde gjort, og man fik langt større værdi i sig selv, hvor det i traditionelle samfund lagde vægt på den kollektive identitet og værdier. Flere forskere er enige om at dette skifte i måden at forholde sig til sig selv og sin omverden på, samt skiftet fra den kollektive identitet til en individualistisk selvopfattelse, kan betegnes som *den subjektive vending*. Begrebet stammer fra Charles Taylor, og er en af de helt centrale udviklinger, som har haft signifikant indflydelse på nutidige religiøse institutioner (Ahlin 2007, 19; Woodhead & Heelas 2005, 2; Heelas 1996, 160, Woodhead & Sointu 2009, 260)<sup>8</sup>. Denne udvikling begynder, som tidligere nævnt, i 1960'erne, hvor der for alvor bliver sat fokus på individualisme, ikke kun i elitære kredse, men i den bredere befolkning,

---

<sup>8</sup> Andre samfundsudviklinger i et internationalt perspektiv, som har haft betydning for spiritualitetsudviklingen kunne være menneskerettigheder, privatisering af det offentlige rum, pluralisme og konsumerisme. Yderligere er der kulturelle strømninger, som ligeledes har haft indflydelse: romantikken, et øget terapeutisk fokus på individet, feminisme og miljøaktivisme. Desuden har der været forskelle på ældre og yngre generationer, der har oplevet forskellige udviklinger, som derfor, som konsekvens, har haft forskellig holdning til religiøse og spirituelle spørgsmål (Woodhead & Vincett 2009, 330-335).

hvor der bliver udviklet en såkaldt ekspressiv individualisme. Den ekspressive individualisme går i korte træk ud på, at individet vil søge autenticiteten i sin tilværelse og dermed realisere sig selv og sit ’sande jeg’, fremfor at underlægge sig normer og traditioner med rod i ældre generationer og samfundsopfattelser. Samtidig med dette vil individet heller ikke længere underlægge sig hverken politiske eller religiøse autoriteter (Ahlin 2007, 19).

I Linda Woodhead og Paul Heelas toneangivende bog *”The Spiritual Revolution. Why Religion is Giving Way to Spirituality”* (2005), ser de i deres undersøgelse en forskydning fra de traditionelle religiøse praksisser til spirituelle og holistisk baserede praksisser. De postulerer, at de spirituelle praksisser med tiden vil erstatte de traditionelt religiøse praksisser grundet den subjektive vending, hvor individet er i centrum, og derfor vil være sin egen højeste autoritet. Woodhead og Heelas fandt særligt at spiritualitet var fremtrædende i det de kalder ’det holistiske miljø’. Kendetegnet ved denne gruppe var, at den primært bestod af alternative behandlere.

Woodhead og Heelas påpeger den stigende forskel på religion og spiritualitet i den forstand, at de ser religion som udtryk for et ældre og mere traditionelt samfund. Her anså man livet som det, Woodhead og Heelas kalder ’life-as’, hvor individet fandt sin plads gennem tildelte roller, eksempelvis ægtefælle, forælder, arbejder osv. med fokus på kollektivet og selve rollens opgaver og pligter, som passede til den samfundsopfattelse, man havde i det moderne industrialiserede samfund. Fokus lå i den forstand på en ekstern autoritet frem for en intern. Der er i det senmoderne samfund kommet langt større fokus på individet, og derfor vælger Woodhead og Heelas at betegne dette som ’the subjective life’, hvor det nu drejer sig om at fremhæve individets indre autoritet og følelser, og i den forstand sakralisere subjektet. Dermed ikke sagt, at det første ’life-as’ synspunkt ikke stadig findes i vores samfund, og at det subjektive livssyn ikke fandtes i ældre samfund, men vi kan derimod sige, at det subjektive verdenssyn er blevet definerende for den kulturelle udvikling i moderne vestlige kulturer (Woodhead & Heelas 2005, 3-5).

Betydningen af den subjektive vending har ifølge Woodhead og Heelas, yderligere resulteret i, at institutioner i samfundet vil blive påvirket på en sådan måde, at de institutioner, der fastholder ’life-as’ tankegangen vil miste tilslutning. På samme måde vil de institutioner, som favner de stigende individualistiske tendenser opleve medgang.

Denne proces argumenterer Woodhead og Heelas for ligeledes sker inden for den religiøse sfære, hvor de praksisser, som imødekommer den subjektive vending vil trives i langt højere grad, end dem der ikke gør. I forlængelse af dette, fremsætter Woodhead og Heelas to påstande i forbindelse med det, de kalder den spirituelle revolution:

- a. ’Life-as’ former af det hellige, der betoner en transcendent kilde som signifikant autoritet, til hvilken det enkelte individ må indordne sig på bekostning af enkeltindividets subjektive liv, vil falde.
- b. ’Subjektive-life’ former af det hellige, der fremhæver indre kræfter som signifikant autoritet, samt kultiveringen og sakraliseringen af det subjektive liv, vil højst sandsynligt stige (ibid., 6).

Woodhead og Heelas argumenterer for, at det som helt konkret vil vokse er:

those forms of spirituality in the West that help people to live in accordance with the deepest, sacred dimension of their own unique lives can be expected to be growing. These will include the multifarious forms of sacred activity which are often grouped together under collective terms like ‘body, mind and spirit’, ‘New Age’, ‘alternative’ or ‘holistic’ spirituality, and which include (spiritual) yoga, reiki, meditation, tai chi, aromatherapy, much paganism, rebirthing, reflexology, much wicca and many more (ibid., 7).

### 1.3.2. Spiritualitet, holisme og helbred

Nutidig spiritualitet er, som det blev fremhævet i afsnittet om den nutidige forståelse af spiritualitet, ganske kontekstuel. Det ændrer karakter alt afhængigt efter, hvilket område det benyttes i, hvad enten det er sundhed, økonomi eller uddannelse. I sundhedssektoren ser vi, ifølge Sheldrake og Heelas, en tendens til et stigende fokus på erhvervelsen af et alment velbefindende (Sheldrake 2010, 367; Heelas 2008, 62). Heelas forklarer at denne forandring har medført en form for ’wellbeing’-spiritualitet, som særligt fremmes i vestlige samfund, hvor spirituelle elementer manifesterer sig i ellers sekulære praksisser som for eksempel fitnesscentre, skønhedssaloner og lignende. Det handler nu om for subjektet, at tilpasse livets gøremål og aktiviteter på en måde som fremmer og tilgodeser deres subjektive liv og velvære i henhold til en *subjective wellbeing culture* (Heelas 2008, 61-62). På samme måde kan der argumenteres for, at de alternative behandlinger kan bruges til at fremme dette subjektive liv, fordi det er subjektet, som su-

verænt er i fokus under behandlingsforløbet. Man ser på hele individets liv, hvilket inkorporerer en holistiske tilgang til helbred samtidig med at der fokuseres på et autonomt subjekt.

Særligt én spiritualitetsform har vundet frem i det etablerede sundhedsvæsen og inden for alternativ behandling. Denne kaldes i forskningen for *holistisk spiritualitet*. Den holistiske spiritualitet kommer til udtryk igennem et øget fokus på krop, velvære og ånd, hvorfor denne spiritualitetstype også kaldes *mind-body-spirit* spiritualitet, og søger at fremme holistiske aspekter, hvor krop, sind og ånd skal ses som en samlet enhed (Woodhead & Vincett 2009, 324; Woodhead & Sointu 2008, 259; Heelas 2008, 61). Det understreges af Woodhead og Sointu, at holistisk spiritualitet har en bred populærkulturel tilslutning, og derfor kan forstås som udtryk for bredere tendenser i samtiden, som går ud på at ”conceptualizing the person holistically.” (Woodhead & Sointu, 2008, 259-60). Holismen var ligeledes et kendetegn, som Sheldrake fremhævede ved den nutidige forståelse af spiritualitetsbegrebet jf. afsnit 2.2.

Heelas (2008) kalder samme spiritualitetsform for *Spiritualities of Life* eller *Inner-Life Spirituality*. Det er derfor et spiritualitetsbegreb, der er forbundet med flere forskellige teoretiske termer, hvorfor det i nogle tilfælde virker som om, at der er tale om forskellige spiritualitetsformer, men jeg vil påstå, at der overordnet er tale om den samme spiritualitetsform, da det er det samme formål, som spiritualitetsformerne lægger vægt på, nemlig:

to integrate, 'harmonize' or 'balance' oneself; draw one's mind, body and spirit into a whole by way of the sacralization of the body-cum-subjective life; to find self-fulfilment by way of the craft of life; enable 'natural' spirituality to 'fill' the unique life rather than letting it 'drain away' by using up life for the sake of the consumptive (Heelas 2008, 5).

I andre tilfælde identificeres denne spiritualitetsform med New Age. Jeg vælger ikke at benytte mig af denne betegnelse, eftersom det er en betegnelse, der tilhører en bestemt tidsperiode i forbindelse med opblomstringen af spiritualitetsfænomenet i 1960'erne, og New Age må derfor mere ses som en del af en historisk (mod)bevægelse (Jespers 2013, 348). Woodhead og Sointu påpeger følgende om forbindelsen mellem alternativ behandling og den holistiske tilgang til individet:

Complementary and alternative medicines represent one of the earliest and most important manifestations of the growing significance of holistic conceptualizations of personhood, and their importance is still increasing” (Woodhead & Sointu 2008, 260).

Woodhead og Vincett fremhæver, at der derfor findes en tæt sammenhæng mellem denne spiritualitetsform og alternativ behandling, da den retter sin opmærksomhed mod at fremme fysisk, psykisk og spirituelt velbefindende hos individet. Dette er ligeledes grundideer, der kan genfindes inden for alternativ behandling (Woodhead & Vincett 2009, 324).

Overordnet set beskæftiger alternativ behandling sig netop med forbindelsen mellem krop og sind, og samtidig kan mere spirituelle alternative praksisser adressere åndelige aspekter. Umiddelbart opsøger de fleste brugere de alternative behandlere med ønsket om et bedre fysisk velvære, men kan let, ifølge Woodhead og Vincett, komme til at interessere sig for det holistiske og åndelige aspekt af praksissen, og derved finde interesse for sin egen spiritualitet. Det er dog vigtigt at understrege, at det langt fra er i alle tilfælde, at denne interesse er til stede, hvilket vil blive diskuteret i tredje del. Mind-body-spirit spiritualitet er ifølge Woodhead og Vincett, en af de mest populære spiritualitetsformer i vores samtid, da den tilbyder et forskelligartet engagement inden for forskellige praksisser og teknikker, og giver et hurtigt fysisk udbytte, når det kommer til helbred og sundhed (ibid., 325).

Alternativ behandling kan tillige, ifølge Heelas, være udtryk for en spiritualitetsform, der hører til i den transformative zone (Heelas 2012, 263-64)<sup>9</sup>. Denne zone kendetegnes ved at befinde sig mellem det sekulære og det teistiske, der resulterer i, at det hellige bliver immanent fremfor transcendent forankret:

This is the zone which lies beyond the secular in that the secular is transgressed in crucial regards, *and* which lies beyond the realm of the sacred of traditional, institutionalized God-on-High, theistic religion in that it, too, is transgressed in crucial manner (Ibid.).

---

<sup>9</sup> Paul Heelas inddeler alle spiritualitetsformer i tre zoner: Den teistiske, den transformative og den sekulære. I hver zone forholder man sig til 'det hellige', der i denne sammenhæng skal forstås som det perfekte og utopiske, for eksempel 'ægte kærlighed' eller 'lykke', som kan variere fra zone til zone. Dog er det hellige i den sekulære zone helt fraværende, da det sekulære er uperfekt, og derfor kan det hellige ikke eksistere. For mere information om denne tilgang se *”Spirituality in the Modern World”* (Heelas 2012, 3-37).

På samme måde kan vi se i mange nutidige former for spiritualitet, at det hellige bliver fundet horisontalt, det vil sige i individet fremfor, at blive fundet vertikalt, det vil sige i en transcendent gud eller kraft, eller endda til tider i sekulære fænomener og værdier. I henhold til ovenstående er det derfor opfattelsen i afhandlingen, at spiritualitet kan forstås på følgende måde: Som et subjektiveret fænomen, der hænger sammen med den subjektive vending, der ønsker at fremme individets indre liv, selvets følelser kombineret med en overskridelse af det sekulære. Dette skal forstås som, at man sakraliserer en indre eller ydre immanent kraft, som ligger uden for det vi ved fra videnskaben. Det kunne for eksempel være, når en person fortæller, at de tror på at der er mere mellem himmel og jord.

#### 1.4. To behandlingsparadigmer

For ligeledes at forstå forskellen mellem alternativ og konventionel behandling, vil jeg inddrage Launsøs bog ”*Det alternative behandlingsområde. Brug og udvikling; rationalitet og paradigmer*” (1996). Her skelner hun mellem to overordnede paradigmer<sup>10</sup> inden for alternativ behandling og konventionel medicin: Det mekanistiske objektiviserende videnskabsparadigme og det subjektorienterede praksisparadigme (Launsø 1996, 101-102; 242).

Launsø forklarer det mekaniske paradigme, som primært benyttes inden for en biomedicinsk diskurs og i den konventionelle behandling, som grundtanken om, at subjektet ikke har en aktiv rolle i behandlingsarbejdet. Derfor kan kroppen reduceres til at være udtryk for specifikke symptomer (ibid., 126). Launsø beskriver i korte træk det kliniske paradigmes<sup>11</sup> rollemønster og sygdomsopfattelse, som værende asymmetrisk, hvor brugeren tildeles en passiv rolle og al viden tildeles sundhedspersonen. Dette asym-

---

<sup>10</sup> Launsø definerer et paradigme som: en kollektiv faglig selvforståelse, der er udtryk for bestemte rationalitetsforståelser og erkendelsesinteresser, som sætter grænser og muligheder for paradigmet (Launsø 1996, 229). En anden og ganske anvendelig definition kunne være følgende: Et samlet sæt af anskuelser og normer, der ligger bag ved og bestemmer de fremherskende teorier og metoder inden for et bestemt (videnskabeligt) område ([www.sproget.dk](http://www.sproget.dk)). Selve begrebet i sig selv stammer fra Thomas Kuhn, hvor det hænger sammen med en videnskabelig, lovmæssig og metafysisk tilgang til virkeligheden. Paradigmer er altid i sin unikke form inkommensurable ([www.denstoredanske.dk](http://www.denstoredanske.dk)).

I den forstand passer paradigmebegrebet på de tendenser vi senere skal se på i analysen. Jeg vælger stadig at bruge ordet diskurs (defineres senere i afhandlingen), da dette ikke i samme grad tilhører en naturvidenskabelig genre, men i særdeleshed beskriver de mekanismer, der viser konflikter mellem modstridende opfattelser, hvorfor diskursteorien har stor anvendelsesmulighed. Jeg vil dog stadig benytte paradigmebegrebet, eftersom det benyttes i Launsøs teori.

<sup>11</sup> Som her også må forstås som det mekaniske paradigme.

metriske forhold bidrager til en afhængighedsrelation mellem sundhedspersonen og patienten, da det er sundhedspersonen, som besidder den nødvendige viden til at helbrede patienten. Sygdomsopfattelsen i dette paradigme er, at patienten er et objekt, som udviser kvantificerbare symptomer og af samme grund måles sundhed i fraværet af disse symptomer. Genstandsfeltet for dette paradigme er patienten, og dennes eventuelle sygdomme, som skal behandles og forebygges medicinsk og teknologisk (ibid., 101-102).

Det subjektorienterede paradigme er qua sit navn naturligvis funderet i en forståelse af, at subjektet er det helt centrale i dette paradigme, og det er dette paradigme, som gør sig gældende inden for langt de fleste alternative behandlinger. Det vil sige, at man her fokuserer på at:

behandlingsindsatsen skal stimulere et menneskes selvhelbredende kræfter, der skal arbejdes med kroppsyke-sammenhænge, der skal fokuseres på subjektet som noget unikt, klienten må respekteres som den endelige dommer, der besidder en dømmekraft, og behandlerens rolle bør være katalysator (ibid., 136).

Launsø beskriver derudover det subjektive paradigme, som et behandlingsparadigme, der sidestiller den syge person med behandleren således, at det hér bliver behandlerens opgave at oplære individet i at handle med henblik på sundhedsfremme. Det bliver derfor et aktivt subjekt, som selv ud fra sin egen erfarede livssituation må indgå i sin behandling. Desuden er en vigtig pointe, at mennesket ikke kun kan anskues ud fra et klinisk synspunkt, når man skal helbrede deres sygdomme, men må ses i en samlet social kontekst, da sygdom skal forstås som en konflikt mellem mennesket og dets omverden. Derfor er sundhed langt mere end blot fraværet af sygdom i det subjektive paradigme (ibid.). Disse to paradigmer kan have relevans for, hvordan staten og lægestanden kan og vil inkludere det alternative behandlingsfelt i det konventionelle system, som vi vil se nærmere på i afhandlingens del 2 og 3.

### **1.5. Opsamling for del 1**

Vi har i ovenstående første del set på to essentielle teoribegreber, som har betydning her i afhandlingen: *Alternativ behandling* og *spiritualitet*. Det er således blevet beskrevet, hvordan disse to begreber kan forstås hver for sig og i relation til hinanden. Det alternative behandlingsfelt defineres som de typer af behandlingsformer, der finder sted uden



for det konventionelle sundhedsvæsen. Samtidig er de kendetegnet ved ofte at blive udført af personer, som ikke kan karakteriseres som autoriserede sundhedspersoner i juridisk forstand. Dog skal det understreges, at der på trods af de alternative behandlingsformers distancering fra det konventionelle sundhedsvæsen sagtens kan være autoriserede sundhedspersoner som anvender alternativ medicin. Man kan i sådanne tilfælde kalde det enten komplementær medicin eller integreret medicin afhængigt af om behandlingen fungerer som supplement til den konventionelle behandling, eller om den indgår på lige fod med denne. Desuden opstår der sig i forskningen en usikkerhed om, hvilke behandlingsformer som er mest udbredte i Danmark. Ikke desto mindre kan det konstateres, at de fem mest udbredte alternative behandlinger er zoneterapi, homøopati, akupunktur, healing og massage.

Derefter blev der gennemgået en historisk og sproglig introduktion i forhold til spiritualitetsbegrebet. Her blev det fastslået, at begrebet havde væsentlig forankring i den jødisk-kristne kultur på bibelsk tid, men at denne betydning ikke er levet videre i den nutidige forståelse af begrebet, hvor begrebet bruges i flere modstridende kontekster og betydninger. Ligeledes blev specifikke sociale og kulturelle forandringer fremhævet, som har været med til at give spiritualitetsfænomenet et fundament i senmoderniteten. Her var den subjektive vending helt central.

Når vi ser på, hvordan alternativ behandling og spiritualitet hænger sammen, er det væsentligt at inddrage den spiritualitetsform, som kaldes holistisk spiritualitet eller mind-body-spirit spiritualitet. Denne er særlig anvendelig, når det kommer til sammenhængen mellem alternativ behandling og spiritualitet, fordi de deler samme værdisæt. Nemlig det at krop, sind og ånd skal anses som en holistisk og samlet enhed, samtidig med at man søger en autenticitet i sit liv. Til sidst blev der redegjort for et mekanisk behandlingsparadigme og et subjektivt behandlingsparadigme, der hver især har forskellige måder, at forstå patienten og sygdom på, som har betydning for, hvordan konventionel og alternativ behandling kan forstås.

## **Del 2**

I denne del vil jeg komme ind på en række forskellige punkter. Først vil jeg beskrive de diskursteoretiske overvejelser, som jeg vil benytte mig af som metode, til at analysere den fundne empiri. Jeg vil give en overskuelig rammesætning for, hvordan vi kan be-

nytte diskursteorien i forbindelse med denne opgave, og det vil derfor ikke være en dybdegående beskrivelse af diskursteorien og dens teoretiske oprindelsesgrundlag i videre omfang grundet pladsmangel. I stedet vil jeg forklare, hvordan diskursteorien kan være et værktøj til at fremlægge og synliggøre forskellige diskursive konflikter i empirien.

Jeg vil derefter analysere, hvilke diskurser vi ser om alternativ behandling i den sundhedsfaglige sektor i Danmark. Som nævnt i afhandlingens indledende afsnit vil analysen tage udgangspunkt i statens synspunkt på alternativ behandling med udgangspunkt i Folketingsdebatten der fulgte i forbindelse med lovændringen af kiropraktorers forbeholdte virksomhedsområde i 2016 samt Lægeforeningens høringssvar om dette. Derudover inddrages lægernes synspunkter gennem artikler fra tidsskriftet *Ugeskriftet for læger*. Først og fremmest vil jeg dog i det nedenstående komme ind på diskursteoriens vigtigste begreber i relation til denne afhandling.

## 2.1. Diskursteori, magt og viden

Hvad betyder begrebet *diskurs*? Vivien Burr beskriver diskursbegrebet således: ”Discourses are ’practices which forms the objects of which they speak’” (Burr 2015, 74). Ifølge Burr, kan dette være en samtale imellem personer, men det kan ligeledes være alle former for produceret tekst, som eksempelvis avisartikler, lovtekst eller bøger. Det er denne udlægning af diskursteorien, som jeg vil læne mig opad i denne afhandling, idet teorien er bred, men samtidig kohærent således, at vi kan bruge den meningsfuldt på vores empiriske materiale. Diskurser refererer altså til de sociale praksisser, som vi kan finde i samfundet, og Burr fortæller videre at diskurser:

refers to a set of meanings, metaphors, representations, images, stories, statements and so on that in some way together ’construct’ it in a different way (...) pieces of speech or writing can be said to belong to the same discourse to the extent that they are painting the same general picture of the object in question (ibid., 76; 78).

Forskellige diskurser former på denne måde narrativer om et bestemt fænomen eller objekt, og denne anskuelse anses inden for den enkelte diskurs som den objektive sandhed. Det er i kampen om sandhed, at diskurser kæmper om den dominerende status, da diskurser aldrig er endegyldige, selvom det inden for diskursen kan fremstå således. Det handler derfor om at danne et narrativ om et bestemt kulturelt fænomen eller objekt, som

diskursen forsøger at sætte i et positivt eller negativt lys afhængig af diskursens overordnede narrativ. Derfor vil de samme begreber ofte gå igen internt imellem diskurser, men meningen, som begreberne tillægges vil være vidt forskellig afhængigt af diskursen (ibid., 78).

Diskurser er ligeledes stærkt forbundet med samfundets institutioner og sociale praksis, og det fremstår ofte som noget helt naturligt og givet uanset om dette er bevidst eller ej. Diskurserne reproduceres derfor af individer uden, at de nødvendigvis er bevidste om dette. Derfor er diskurser ikke kun et redskab til at omtale og forstå verden på, men det er i høj grad også et middel til at producere viden, som igen kan producere og reproducere diskursive magtforhold (ibid., 84-85).

Derudover vil jeg af teoretiske grunde benytte mig af de begreber, som findes i Ernesto Laclau og Chantelle Mouffes diskursteorier, som kommer til udtryk i deres værk ”*Hegemony and Socialist Strategy*” (1985). Dette er ikke udtryk for et forsøg på at tage deres teori ud af kontekst, da jeg er klar over at teorien er rodfæstet i et opgør med marxismen og strukturalismen. Når jeg alligevel vil inddrage deres begreber, er det fordi de er relevante at bruge i langt de fleste diskursanalyser inden for det samfundsfaglige felt (Jørgensen & Phillips 1999, 62). De vigtigste begreber, som jeg vil gøre brug af er: Hegemoni, antagonisme, ækvivalenskæder og nodalpunkter, da disse er særligt anvendelige til at beskrive diskrepanser og konflikter inden for et bestemt diskursområde. Ifølge Laclau og Mouffe er diskurs en samling af *tegn* som diskursen vil forsøge at fastlåse i *momenter* gennem *artikulation*, som er enhver praksis, der sætter tegn i relation til hinanden, således at de får betydning inden for diskursen. Laclau og Mouffe definerer en diskurs således:

In the context of this discussion, we will call *articulation* any practice establishing a relation among elements such that their identity is modified as a result of the articulatory practice. The structured totality resulting from the articulatory practice, we will call *discourse*.” (Laclau & Mouffe 2014, 91).

Diskurser er derudover en måde, hvorpå muligheder reduceres, som et forsøg på at stoppe tegnenes meningsforskydning og i den forstand skabes der entydighed (Jørgensen & Phillips 1999, 37). I diskursen vil der ofte være en række af privilegerede tegn, som kaldes *nodalpunkter*, der hænger tæt sammen med *flydende betegnelser*, som er tegn,

der diskursivt kæmpes om at indholdsudfylde, da de ikke i sig selv har et givet indhold (ibid., 99). Som Laclau og Mouffe selv beskriver det: ”The practice articulation therefore, consists in the construction of nodal points which partial fix meaning; and the partial character of this fixation proceeds from the openness of the social” (Laclau & Mouffe 2014, 100). Alternative betydninger kan opstå, når et tegn optræder eller har optrådt i andre diskurser, og den pågældende diskurs vil forsøge at ignorere disse betydninger.

Dette netværk af andre alternative delvis irrelevante betydninger betegnes som det *diskursive felt*, og disse betydninger vil ikke være belastende for diskursen. Det diskursive felt er forskelligt fra *diskursordenen*, da alle artikulationer og tegn indgår i diskursfeltet (Jørgensen & Phillips 1999, 38). Omvendt er der i diskursordenen et begrænset antal diskurser, som kæmper om dominans på samme område, eksempelvis alternativ og konventionel behandling eller forskellige politiske ideologier. Før en diskurs bliver fastlåst, vil der være en række *elementer*, det vil sige tegn, der endnu ikke har fået deres endelige betydning, men som får det i relation til andre begreber i diskursen. Denne relationelle identitet kan også beskrives igennem *ækvivalenskæder*, hvor nodalpunkterne sættes i forbindelse med, hvad de er lig med og hvad de er forskellige fra. For eksempel vil ordet kvinde have forskellig betydning i en feministisk diskurs sammenlignet med en konservativ kristen diskurs. I førstnævnte vil man eventuelt bruge ord som stærk, individualistisk og uafhængig, mens man i relation til sidstnævnte kunne bruge ord som afhængig (af manden), passiv, svag og reproduktion med flere. Ordet skal sættes i relation til andre ord, før det giver meningen i en specifik diskurs eftersom ordet, det vil sige elementet, ikke er betydningsgivende nok i sig selv og derfor må differentieres gennem relationen til andre ord.

Elementerne er derfor flertydige, og diskurserne forsøger at fastlåse disse elementer i de førnævnte momenter for således at gøre deres betydning entydig. Dette resulterer i de fleste tilfælde i det, der kaldes for en *diskursiv lukning*, hvor det er lykkedes diskursen at fastlåse elementer til momenter. Lukningen er dog aldrig total og kan altid udfordres, eftersom nodalpunkterne som sagt, har flere betydninger, som der kontinuerligt strides om at fastlåse betydningen af.

Når der opstår konflikt mellem diskurser, taler man i denne forbindelse om *hegemoni* og *antagonisme*. Begreberne refererer, inden for diskursteorien til, at der er opstået

en konflikt mellem to diskurser, hvor forskellige identiteter gensidigt udelukker hinanden. Konflikten opstår, når forskellige identiteter, som ellers ikke har været antagonistiske før, pludselig bliver det. Det kunne være tilfældet, hvis for eksempel en skolelærer, som samtidig er kristen, oplever en konflikt, fordi det pludseligt vedtages ved lov, at man ikke må være religiøs samtidig med, at man arbejder som skolelærer. Her ville de to identiteter ’skolelærer’ og ’kristen’ komme i konflikt med hinanden og derved være antagonistiske. Det er hegemoniets opgave at etablere en af diskurserne, som den dominerende, for derved at ophæve konfliktforholdet. Antagonismen opløses derfor gennem en såkaldt *hegemonisk intervention*, hvor én af diskurserne vinder dominans og entydighed, og derved udelukker den anden diskurs.

## **2.2. Diskurs i staten om alternativ behandling**

Jeg vil særligt tage udgangspunkt i lovbekendtgørelse nr. 990 om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfagligt virke (senest ændret ved lovforslag nr. L 47 til ændring af ’Lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfagligt virke’ og ’Lov om brancheadministreret registreringsordning af alternative behandlere’). I 2016 vedtog Folketinget en udvidelse i forhold til hvem, der må foretage manipulation af rygsøjlen, herunder er registrerede alternative behandlere omfattet.

Lovforslaget blev fremsat af den daværende sundheds-og ældreminister Sophie Løhde. Forslaget, som i dag er vedtaget, indebærer en ændring i kiropraktorers (og lægers) forbeholdte virksomhedsområde således, at manipulation af perifere led og rygsøjle, ledmobilisering af perifere led og rygsøjlen, samt bløddelsbehandling ikke længere kun er forbeholdt specifikke autoriserede sundhedspersoner, dvs. læger og kiropraktorer. Dette medførte, at manipulation af rygsøjlen nu kan udføres af registrerede alternative behandlere eller autoriserede sundhedspersoner, som ikke er læger eller kiropraktorer, hvor disse faggrupper ellers har haft monopol på dette virksomhedsområde.

### **2.2.1. Folketinget**

Lovforslaget blev fremsat d. 27/10 2016 og vedtaget d. 16/12 2016 med virkning fra 1. juli 2017. Jeg har valgt at se på selve den debat, der fulgte, under den første behandling af lovforslaget i Folketinget. Her kan man se, hvert enkelt partis diskursive holdninger.

I debatten er socialdemokraterne klart imod at blandt andet registrerede alternative behandlere får lov til at manipulere med rygsøjlen. De læner sig op ad Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerheds<sup>12</sup> anbefalinger om, at denne beføjelse ikke kan delegeres ud til andre faggrupper end læger og kiropraktorer ud fra argumentet om patienternes manglende sikkerhed i sådanne tilfælde. Om alternative behandlere udtaler Flemming Møller Mortensen (Socialdemokratiet):

Jeg synes, det er rigtig ærgerligt, at man i det her lovforslag tager registrerede alternative behandlere med. Det havde været en anden diskussion om faglighed, hvis man havde haft en opsplnitning af nogle af delene. (kilde: [www.ft.dk](http://www.ft.dk))<sup>14</sup>.

Den omtalte opsplnitning er en reference til, at der er tale om flere faggrupper, så som fysioterapeuter, i lovforslaget. Ud fra denne udtalelse er disse tilsyneladende ikke så problematiske som de alternative behandlere, da fysioterapeuter trods alt er autoriserede sundhedspersoner. Møller Mortensen understreger fagligheden, som en problematik, når andre faggrupper end læger og kiropraktorer skal have lov til at manipulere rygsøjlen:

man vil give også de registrerede alternative behandlere en mulighed for det – med det lave uddannelsesniveau, de har, om end man siger, at de skal have nogle flere teoretiske timer på det her område (...) der bliver for stor risiko for, at man får alvorlige bivirkninger på grund af manipulationsbehandling udført af faggrupper, der ikke har det samme uddannelsesniveau og den samme indsigt og viden som læger og kiropraktorer. (...) Her lytter Socialdemokratiet til den største og højeste faglighed, vi har her i landet [Sundhedsstyrelsen], og de argumenter er tilstrækkelig skarpe til, at vi siger, at der skal vi ikke gå på kompromis. (ibid.)

Det er ud fra ovenstående citat tydeligt, at Socialdemokratiet ønsker at alternative behandlere ikke får muligheden for at udøve rygsøjlemanipulation grundet manglende faglighed, hvilket ikke betydeligt ville ændres, selvom de fik flere teoretiske timer, ifølge Møller Mortensen. Her ser det ud til, at der er tale om en diskursiv fastholdelse af kiropraktorerne og lægernes ret til at behandle på et bestemt område, som understøtter status quo inden for det konventionelle behandlingssystem.

---

<sup>12</sup> Senere blot: Styrelserne.

<sup>14</sup> Forslag til lov om ændring af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlere., 1. behandling: <http://www.ft.dk/samling/20161/lovforslag/L47/BEH1-19/forhandling.htm>

Liselotte Blixt (Dansk Folkeparti), udtaler modsat følgende i forhold til lovforslaget:

Sundhedsstyrelsen fraråder det, som også den tidligere ordfører sagde, men det er jo så tit, at Sundhedsstyrelsen fraråder nogle ting, specielt hvis der ikke ligger noget evidens – og det gør der jo ikke for kiropraktisk behandling, heller ikke fra kiropraktorer. Alligevel er der en gang imellem – heldigvis, vil jeg sige – nogle folketingsmedlemmer, der tager sagen op og siger: Jamen vi kan se, at der er mennesker, der bliver hjulpet her, og at der ikke er nogen, der kommer til skade ved det. (ibid.).

Ud fra Blixts udtalelse ses en diskursiv italesættelse, der går imod det monopol, som læger og kiropraktorer har haft til den omtalte behandling. Det er en interessant pointe, at kiropraktorerne, som i sin tid blev anset for en alternativ behandling, som Blixt ligeledes referer til, nu er inkorporeret i det konventionelle system. Dette på trods af, at der ikke forelægger videnskabelig evidens for deres behandlingspraksis. At kiropraktorer pr. 1. januar 1992 ved Kiropraktorloven (nr. 415<sup>15</sup> i dag erstattet af autorisationsloven) officielt blev en del af det konventionelle behandlingssystem kunne indikere, at selve tendensen, hvor politikere ignorerer faggrupper og andre myndigheders autoritet ikke er særegen i ovenstående tilfælde. Vedtagelsen af kiropraktorerens autorisation foregik under forhold lig debatten som analyseres her. Der var ligeledes ringe evidens for kiropraktorerens behandlingsmetode, men alligevel valgte man at indlemme dem i det danske behandlingssystem på lige fod med andre autoriserede sundhedspersoner. Tværtimod er eksemplet med kiropraktorerne startskuddet til den tendens, som ses her i analysen.

Blixt går altså direkte imod autoritære instanser, når hun afviser Styrelsernes argumenter, hvilket passer med den subjektive vending, der har været fremtræden i Vesten, hvor subjektet får større autoritet end de traditionelle autoriteter. Politikerne udfordrer gennem en lempelse af alternativ behandling autoriserede sundhedspersoners (her særligt lægers) status og autoritet i behandlingssystemet, fordi politikere ikke i samme grad stiller krav til evidens i forhold til en behandlingsform, hvorfor lægerne i dette tilfælde ikke længere er beskyttet som faggruppe qua evidensen. Blixt bruger nemlig argumentet om, at det ikke er evidens, men den faktiske virkning, som skal lægges til grund for, hvorvidt behandlingerne skal benyttes eller ej jf. ovenstående citat. Blixt

---

<sup>15</sup> <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=46942>

fremhæver på denne måde det pragmatiske aspekt i den alternative behandling, ud fra en forestilling om, at hvis det hjælper, så virker det, og derfor burde det benyttes på trods af det faktum, at der ikke foreligger videnskabelig evidens for behandlingen.

Heelas berører ligeledes det pragmatiske aspekt, når der tales om alternativ behandling i forbindelse med spørgsmålet om, hvorvidt det er et udtryk for spiritualitet eller ej. Dette skyldes, at det kan være vanskeligt at skelne mellem alternative behandlings værdisæt og praksis, og om disse er udtryk for en spiritualitetsform i det hele taget. Derfor må vi, ifølge Heelas, se på en anden forudsætning for de alternative behandlings succes, og dette bliver pragmatikken. Hvis det virker, så virker det. Grunden til at alternativ behandling ligeledes kan kategoriseres som spiritualitet, ifølge Heelas er, at det sekulære stadig overtrædes: ”The cause and effect of the secular is not at work. The energy flow of *predominately non-sacred* CAM is ‘protected’ from falsification (or verification) by science: simply by maintaining that what works, *works*.” (Heelas 2012, 19). Dette er blandt andet et kriterium, som Heelas benytter til at argumentere for, at alternativ behandling hører ind under en transformativ spiritualitets zone, da alternativ behandling ud fra ovenstående forståelse, overskrider det sekulære ved ikke at lade sig underlægge den videnskabelige evidens.

Maj-Brit Katstrup (Liberal Alliance) udtaler desuden, at lovændringen vil ”side-stille fysioterapeuter og godkendte registrerede alternative behandlere med læger og kiropraktorer, hvad angår manuel behandling, herunder manipulation af kroppens led.” (kilde: [www.ft.dk](http://www.ft.dk)). En udvikling som allerede sker på internationalt plan, hvor andre europæiske lande har en langt mere lempelig lovgivning, som Mette Abildgaard (Det Konservative Folkeparti) påpeger:

Sammenligner vi os med nogle af de lande, vi plejer at sammenligne os med, Sverige, Finland, Island, Frankrig, Holland, England, Tyskland, ser vi, at disse lande ikke tilnærmelsesvis har så restriktiv lovgivning, som ordføreren lægger op til, og de har jo vel at mærke også sundhedsstyrelser, som rådgiver dem. Kan ordføreren ikke anerkende, at der, når man kigger på det internationalt, er stor tillid til, at fysioterapeuter og alternative behandlere kan løfte den her opgave? (ibid.)

Det er igen en tendens til, at man vil modsætte sig Styrelsernes anbefalinger til fordel for større tillid til de alternative behandlere. Heelas påpeger selv denne udvikling i sin



artikel ”Nursing Spirituality” (2006), hvor han gør opmærksom på en ’blødgørelse’, i statslig og politisk holdning til alternativ behandling (Heelas 2006, 14). Politikernes holdning, som den kommer til udtryk her i analysen, viser denne tilbøjelighed. Dette vil kunne forklare nogle af de magtkampe vi ser mellem lægestanden og de alternative behandlere, da politikerne kontinuerligt indgår flere lempelige afgørelser til gavn for det alternative behandlingsområde, hvorfor lægerne mister autoritet. Dette vil jeg vende tilbage til senere i analysen.

Peder Hvelplund (Enhedslisten) begrundede desuden lovforslagets gyldighed i en antagelse om, at alternative behandlere længe allerede har manipuleret med rygsøjlen, og at der ikke foreligger noget nyt i lovforslaget: ”Fysioterapeuter og godkendte alternative behandlere har gennem flere år udført manipulationsbehandling af rygsøjlen også uden større risiko for skader end hos læger og kiropraktorer.” (kilde: [www.ft.dk](http://www.ft.dk))

Der henvises til, at der ikke opstår flere skader, når alternative behandlere udfører manipulation af rygsøjlen end hos læger og kiropraktorer, som også understreger den sidestilling af læger og alternative behandlere, som blev fremhævet. Når vi ser på denne debat i forbindelse med lovbehandlingsprocessen, tegner der sig et sigende billede for den politiske holdning til det alternative behandlingsfelt. Generelt dannes der en positiv diskurs, som tilgodeser alternativ behandling. Fællesnævneren for alle partierne, på nær Socialdemokratiet er, at man ønsker en mindre restriktiv lovgivning, da dette er tilfældet i andre europæiske lande, og samtidig foreligger der, ifølge flere af politikerne, ikke evidens for at alternative behandlere gør mere skade ved manipulation, sammenlignet med kiropraktorer og læger, hvilket, ifølge politikerne, derfor ikke mindsker patient-sikkerheden. Dog skal det pointeres, at der med denne lovændring samtidig foreligger et krav om, at den pågældende RAB-behandler, som ønsker at udføre rygsøjlemanipulation, skal have en obligatorisk ansvarsforsikring i tilfælde af uheld og skader, som pådrages under behandlingen (ibid.)<sup>16</sup>. Det er derfor ikke en ubetinget tillid, som vises til de alternative behandlere fra politikernes side.

### **2.2.2 Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed**

Styrelserne derimod udtaler selv følgende i forhold til lovændringen:

---

<sup>16</sup> <http://www.ft.dk/samling/20161/lovforslag/147/index.htm>

Styrelserne anbefaler derfor, at manipulationsbehandling af rygsøjlen af patientsikkerhedsmæssige hensyn forbliver forbeholdt virksomhedsområde for læger og kiropraktorer, der qua deres grunduddannelse opnår sundhedsfaglige kompetencer til at vurdere indikation og kontraindikationer (medicin, andre sygdomme etc.) samt øvrige behandlingsekvenser ved manipulationsbehandling af rygsøjlen. (...) Det er Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsens vurdering, at de registrerede alternative behandlere som udgangspunkt ikke besidder de grundlæggende faglige forudsætninger for at vurdere indikation og kontraindikation for manipulationsbehandling af rygsøjlen. Derudover vurderes, at de krav, som stilles til de registrerede alternative behandleres uddannelse og eksamen ikke i tilstrækkelig grad, set fra et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv, sikrer at forudsætningerne for at udføre manipulationsbehandling af rygsøjlen er til stede hos de registrerede alternative behandlere. (Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed 2016, 33-34).

Det er tydeligt, at det er patientsikkerheden, som er i fokus fra Styrelsernes side. Denne bekymring hænger ligeledes sammen med førnævnte manglende faglighed, som Styrelserne ikke mener er til stede inden for alternativ behandling. Hertil kan man undre sig over, at de ikke medregner for eksempel efteruddannelse (ibid., 32), som en del af vurderingen, da dette eventuelt kunne bevirke, at alternative behandlere kunne erhverve sig de fornødne kompetencer til at udføre behandlingen på sikker vis. Det konstateres blot, at de alternative behandlere ikke har den tilstrækkelige faglige kompetence til at udføre rygmanipulation (ibid., 34). Det er derfor en forbeholden attitude, som begge styrelser repræsenterer, som ikke nødvendigvis er ubegrundet, da manipulation af rygsøjlen kan være farligt. Dette er dog stadig tilfældet, selvom man har den fornødne viden, som for eksempel læger og kiropraktorer har. Styrelsernes rapport lægger sig derfor tæt opad Lægeforeningens høringssvar d. 21. marts 2017 i forlængelse af lovforslaget. Her udtaler Lægeforeningen:

Lægeforeningen er fortsat af den helt klare opfattelse, at manipulationsbehandling af rygsøjlen bør være et virksomhedsområde, der er forbeholdt læger og kiropraktorer (...) Manipulation af rygsøjlels led kan utvivlsomt

medføre alvorlige skader og må kun ske på baggrund af et kvalificeret fagligt skøn, hvilket stiller krav til behandlerens faglige kvalifikationer. ([www.laeger.dk](http://www.laeger.dk)).

Igen kan det påpeges, at alternative behandlere, ifølge Lægeforeningen, ikke har den nødvendige kompetence til at udføre manipulation af rygsøjlen, som kun læger og kiropraktorer har. Denne udtalelse skyldes, at man er bekymret for patienternes sikkerhed, hvilket kan være udtryk for en reel bekymring, eller det kan skyldes, at lægerne ikke vil miste autoritet. Her bliver det interessant at se på, hvilke diskurser der netop gør sig gældende hos lægerne, når grænserne mellem det alternative og det konventionelle skal formes. Dette vil jeg vende tilbage til senere i denne analyse.

Hvis vi skal se på, hvilket diskursivt narrativ som fremmes hos de to styrelser samt Lægeforeningen kan vi se, at man forsøger at skabe et ”skræmme-narrativ”. Her må vi igen huske på, at diskurser hænger tæt sammen med magt og vidensproduktion, og de hegemoniske diskurser vil forsøge at reproducere sig selv på en måde som virker naturlig. Dog skal det understreges, at denne reproduktion kan foregå ubevidst, jf. afsnittet om diskursteorien. Det er som regel vanskeligt, at se de diskursive elementer, når man selv er en del af diskursen, fordi den tit er struktureret på en sådan måde, at den forekommer selvfølgelig, og derfor ikke opfordrer til skepsis.

Samtidig kan man se, at der i den juridiske litteratur er sket en ændring i forestillingen om alternativ behandling. Eksempelvis kan Lægeloven (1935-2007), som blev erstattet af Autorisationsloven (2007-nu) inddrages. Her forekommer der i den kommenterede udgave af Lægeloven fra 2004 et helt afsnit om såkaldt ’kvaksalveri’. En betegnelse som kobles sammen med alternativ behandling, da der under overskriften kvaksalveri kan læses følgende: ”Alternativ behandling §23. Den, der uden at have autorisation som læge, betegner sig som læge eller på anden måde, der er egnet til at vække forestillinger om, at han har sådan en autorisation, straffes med bøde” (§23 Lægeloven kommenteret udg. 2004, 167). De to kommentatorer Michael von Magnus og Anna K. H. Murphy understreger at ordet *kvaksalveri* ikke længere benyttes i juridisk forstand, da ”udtrykket af mange opfattes som et negativt ladet udtryk. I stedet bruges den i dag almindeligt brugte betegnelse: alternativ behandling/behandler” (ibid.).

Ordet kvaksalver figurerer stadig inde på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside, og man kan derfor diskutere, hvorvidt denne term er helt udeladt fra den statslige

diskurs. Inde på hjemmesiden nævnes der for eksempel under overskriften: ’Kvaksalveri og lægeforholdt virksomhed’:

Det er udgangspunktet, at en person, der ikke har autorisation efter autorisationsloven, kan behandle syge. Den pågældende må dog ikke udsætte nogens helbred for påviselig fare. Gør man det kan man straffes med bøde eller fængsel, jf. autorisationslovens § 73 og § 87. (...) Hvis styrelsen bliver opmærksom på konkrete overtrædelser af bestemmelserne om kvaksalveri og om lægeforholdt virksomhed, vil styrelsen anmelde forholdet til politiet. ([www.stps.dk](http://www.stps.dk)).

På denne måde vises det, at alternative behandlere i udgangspunktet har tilladelse til at behandle syge, men samtidig delvist beskyldes for kvaksalveri, hvis de udsætter en person for påviselig fare. Det kan diskuteres, hvornår der er tale om en ’påviselig fare’. I forlængelse af dette kan det fremhæves, at motivet for indførelsen af lovbestemmelser om kvaksalveri og sanktioner herom i år 1794 hang sammen med en beskyttelse af apotekernes og lægernes profession imod de såkaldte kvaksalvere (Launsø 1996, 156-57). Et motiv, der til dels går igen i analysen af lægernes diskursive holdninger til alternativ behandling senere i analysen.

Lægeloven blev som sagt afskaffet i 2007, og erstattet af autorisationsloven, som indeholder lovbestemmelser for alle autoriserede sundhedspersoner i Danmark. Her indgår alternative behandlere naturligvis ikke, da disse ikke anses som værende autoriserede sundhedspersoner i juridisk forstand. I stedet fik de alternative behandlere deres egen branchelovgivning i forbindelse med RAB-loven fra 2004 (Lov om en branchestyreret registreringsordning for alternative behandlere). Dermed kan alternative behandlere nu registrere sig, og vise at de overholder visse statslige kvalitetsstandarder i henhold til deres behandling. Dette kan ses som et tiltag til at fjerne det negative stigma, som alternativ behandling har haft i statsligt regi førhen blandt andet eksemplificeret ved lægeloven og kapitlet om kvaksalveri heri. SRAB udtaler følgende om RAB-ordningen:

Af hensyn til din sikkerhed er det vigtigt at du bliver behandlet af personer, der overholder de regler og standarder der findes indenfor alternativ behandling. Vi anbefaler derfor, at du vælger en RAB-registreret behandler. RAB-registrerede

behandlere lever op til bestemte kvalitetskrav, der er med til at sikre dig behandling ud fra en offentligt anerkendt standard” ([www.srab.dk](http://www.srab.dk))

Diskursivt er sådan en udtalelse med til at sætte ikke RAB-registrerede behandlere i et mindre positivt lys, da citatet indikerer, at det er forbundet med fare, hvis man ikke vælger en registreret alternativ behandler. Hermed har myndighederne en vis magt til, at kunne definere hvad, der kan anses for at være en kompetent behandler, og hvad der ikke er en kompetent behandler. Det er i den forstand staten, der bestemmer, hvilke behandlinger og behandlere som er sikre at bruge, og selvom der højst sandsynligt er en sikkerhedsfremmende bagtanke ved indførelsen af RAB-loven, kan denne alligevel have indflydelse på befolkningens valg af behandlere. Der er muligt, at klienter derved vil vælge bestemte behandlere til eller fra på baggrund af deres registrering eller mangel på samme, hvilket giver myndighederne autoritet til at guide befolkningens valg.

Det er desuden en måde, hvorpå staten kan ’holde øje’ med, hvad der foregår på det alternative behandlingsområde, og samtidig favne alternative behandleres ønske om anerkendelse af deres kompetencer. Det kan også ses som en indikator for, at alternativ behandling er blevet så omfattende, at myndighederne anser det som nødvendigt at komme på banen med diverse anbefalinger og restriktioner på området. Selvom de krav, som der stilles til de alternative behandlere ikke nødvendigvis er høje, gør det alligevel en forskel, da det kan ligne en blåstempling af RAB-registrerede behandlere på en måde, som fremmer deres position i samfundet til trods for, at de ikke er autoriserede sundhedspersoner. Som sagt er statens indførelse af RAB-ordningen og SRAB-hjemmesiden funderet i et ønske om at sikre patientsikkerheden, men samtidig må vi huske på, at ingen ord er neutrale, og at man bevidst eller ubevidst kan reproducere en bestemt diskurs.

Her kommer Sundhedsstyrelsens anbefalinger en biomedicinsk diskurs til gode, da de eksempelvis opfordrer til at man søger egen læge før påbegyndelse af alternativ behandling: ”Spørg din læge. Tag din læge med på råd. Spørg om, hvilke behandlingsformer du kunne overveje.” ([www.srab.dk](http://www.srab.dk)). Launsø understreger, at læger, politikere og myndigheder i de fleste tilfælde har søgt en ”beskyttelse af den etablerede lægeprofessioners interessehævdelse” (Launsø 1996, 165). Jeg vil ikke selv tage stilling til, hvorvidt disse interesser bliver beskyttet, da det blot er hensigten at påpege, at bestemte narrativer kan fremmes ubevidst. Især når det er et narrativ, som er fast forankret i ens kultur, jf.

Burrs pointe om, at diskurser hænger sammen med sociale institutioner, og at disse diskurser i langt de fleste tilfælde synes naturlige og selvfølgelige og i kraft heraf reproduceres. Derimod ses en tendens til, at politikere mere aktivt går imod lægernes og myndighedernes anbefalinger, hvilket tyder på en forskydning i autoritet til fordel for alternativ behandling. Ækvivalenskæderne som kan formes ud fra den foreløbige analyse, kunne se ud som følgende:

**Positiv ækvivalenskæde:** (Konservative Folkeparti, Dansk Folkeparti, Radikale Venstre, Alternativet, Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Venstre, Enhedslisten, i forbindelse med lovforslaget):

*Nodalpunkt: Alternativ behandling:*

- Alternativ behandling bør sidestilles med lægefaget, da alternative behandlere har høj faglighed.
- Alternativ behandling hjælper folk, derfor virker det.
- Lovændring opdaterer ’virkeligheden’ på et område, hvor teknikkerne allerede foregår og udføres.
- Ændringen giver flere muligheder til borgere
- Det vil berige den konventionelle behandling med andre synspunkter.

**Negativ ækvivalenskæde:** (Socialdemokratiet, Styrelsen for Patient-sikkerhed og Sundhedsstyrelsen, samt Lægeforeningen):

*Nodalpunkt: Alternativ behandling:*

- Alternative behandlere er slet ikke kompetente nok.
- Der er risiko for farlige skader i forbindelse med alternativ behandling.
- Kompromitterer patienternes sikkerhed.
- Manglende erstatningsgrundlag.
- Går på kompromis med kvalitet af behandling.

### **2.2.3 Delkonklusion**

I forhold til den statslige italesættelse af alternativ behandling, lader der til at være positiv interesse på området fra politikernes side. Omvendt ses det, at de statslige instanser, det vil sige Styrelsen for Patientsikkerhed samt Sundhedsstyrelsen forholder sig kritisk over for alternativ behandling. Her forelægger en diskursiv diskrepans i den statslige diskurs, da politikerne direkte går imod Styrelsernes anbefalinger om alternativ behandling og rygmanipulation. Den positive holdning blandt politikere kan ses som en antagonistisk diskurs i forhold til den, der optræder i Styrelserne og Lægeforeningen. Man tilsidesætter dermed Styrelserne og lægers autoritet til fordel for at give mere råderum til de alternative behandlere.

Det skal understreges, at der endnu ikke lader til at være et eksplicit spirituelt motiv med i overvejelserne om lempelserne inden for det alternative behandlingsfelt. Alligevel kunne der dog være tendenser, som peger på, at man i en politisk diskurs har en pragmatisk tilgang til alternativ behandling, som Heelas argumenterer for, hører ind under en transformativ spiritualitetszone.

### **2.3 Diskurser hos autoriserede læger om alternativ behandling**

Ikke mindre end 1288 hits kommer frem, når man søger på ’alternativ behandling’ inde på *Ugeskriftet for læger* fra 2002-nu. Hjemmesiden sorterede derefter selv artiklerne efter relevans i forhold til søgeordene. Artiklerne inddeles i ugeskriftet under tre forskellige sektioner: Nyheder, videnskab og debat. Grundet temaet her i opgaven er debatsektionen mest relevant, da disse forventeligt indeholder flest diskursive modaliteter omhandlende alternativ behandling. De andre to sektioner er ikke udeladt, men de beskriver ofte mere neutralt, hvordan alternativ behandling bruges generelt i forskning og lægepraksis. Selvom dette er interessant, er hovedfokus her i opgaven, ikke hvordan alternativ behandling implementeres og benyttes i praksis, men derimod hvilke attituder lægerne bidrager med i forhold til emnet.

Det skal derudover pointeres, at søgeordene linkede til artikler, hvor ordet ’alternativ’ eller ’behandling’ alene blev brugt uden sammenhæng med det alternative behandlingsfelt, hvorfor disse ikke inddrages som empiri, da det ville give en falsk positiv. Artiklerne blev udvalgt ud fra en skinningsproces af overskrift og indhold. Denne fremgangsmåde er tilbøjelig til at indeholde fejlkilder, såsom forskerbias, men da det er en

formålsbestemt undersøgelse, ville det være modsigende at medtage alle de tilfælde, hvor ordet ’alternativ’ eller ’behandling’ indgik uden relation til hinanden. Jeg har derfor fravalgt de artikler, der ikke eksplicit giver udtryk for alternativ behandlings position i sundhedsvæsenet set fra lægernes synspunkt.

Tilbage er en mindre, men ikke ubetydelig del af artikler (37 i alt), som italesætter og implicerer alternativ behandling og dens status i sundhedsvæsenet. Empirimængden er dog ikke stor nok til at være egentlig repræsentativ, men den er tilstrækkelig til at vise relevante tendenser i forbindelse med afhandlingens problemformulering. De pointer jeg finder i analysen, vil jeg ligeledes understøtte med andre lignende undersøgelser inden for lignende områder. Derudover skal der gøres opmærksom på, at nogle af artiklerne er skrevet af journalister og andre bidragsydere for eksempel sociologer eller andre forskere, og derfor ikke kan være udtryk for *autoriserede danske lægers* diskursive holdning. Dog må man forvente, eftersom at det er et lægefagligt magasin, at journalisterne og forskerne beskriver de tendenser og holdninger, der rører sig i lægestanden.

Hvad kan der i så fald konkludere ud fra artiklerne om lægernes diskursive modalitet i forhold til alternativ behandling? Der tegner sig umiddelbart to forskellige diskurser ud fra artiklerne i *Ugeskriftet for læger*: Den første diskurs (20/37 artikler), som viser sig i empirien, er kendetegnet ved en negativ attitude og afstandtagen fra det alternative behandlingsfelt. Den anden diskurs (17/37 artikler) er eksemplificeret ved, at lægerne ikke er afvisende over for det alternative behandlingsområde. Samtidig forholder de sig med en vis skepsis til området. Denne diskurs er også repræsenteret af de læger, som er decideret positivt stemte overfor alternativ behandling.

### **2.3.1 Negativ diskurs**

Særligt for den negative diskurs i forbindelse med alternativ behandling er, at behandlingsformerne beskrives som fup, (over)tro, og/eller uvidenskabelige. Der kan ud fra dette opstilles følgende temaer:

1. Alternativ behandling er uvidenskabelig, og kan tendere til religionslignende forestillinger. Dette kan til tider være farligt, da patienten ikke går til en autoriseret læge i forbindelse med alvorlig sygdom. Alternativ behandling skal underlægges evidensbaseret forskning før det kan tages seriøst.



2. Sondringen mellem det alternative og det *virkeligt* alternative. Her skelnes i høj grad mellem forskellige alternative behandlingsmetoder og deres potentiale, eller mangel på samme.
3. Sondring mellem det medicinske og det ikke-medicinske. Her er en forestilling om, at de aspekter som forudsætter den alternative behandlings succes, også kan genfindes i konventionel behandling. Her fremstiller man især alternativ behandling som fup og kvaksalveri. Samtidig er der fokus på, at ikke-lægelige alternative behandlere misbruger læge- og dokortitlen i forbindelse med deres arbejde.

### **2.3.1.1 Distinktion blandt behandlinger: Det acceptable og det absurde**

Vi kan tage udgangspunkt i første emne om, hvordan alternativ behandling til tider sættes i samme kategori som religion og udviser de samme træk som religion, ifølge lægerne, som i denne forbindelse ikke er positivt. Dette kommer eksempelvis til udtryk i følgende udtalelse fra lægerne Laurids Touborg Bune og Sune Tybjerg-Pedersen:

Her står vi [lægestanden] i modsætning til religiøse docenter og alternative behandlere, hvor fasthed i troen beundres og idealiseres, ligesom nye opdagelser indpasses i det eksisterende paradigme eller ignoreres (...) Religion og udokumenterede alternative behandlingsformer bør i videst mulig omfang holdes adskilt fra videnskaben. (Bune & Tybjerg-Pedersen, 2008).

Her fremstilles alternativ behandling i forbindelse med religion, som stilles overfor (læge)videnskaben som værende diametrale modsætninger. Det er i troen på, at alternativ behandling virker uanset lidelse og situation, at lægerne finder den problematisk. Når troen med andre ord overskygger rationaliteten. Ole Hartling udtaler blandt andet i forbindelse med en registreringsordning af de alternative behandlere: ”det kunne måske være med til at udskille fjernhealing, syvstjernetterapi, homøopati og lignende mystik.” (Haller, 2. nov. 2005a).

Det er i sådanne situationer, at der ligeledes opstår en intern differentiering blandt lægerne mellem det alternative, og det *rigtigt* alternative. Se for eksempel læge Jan Lindebjergs udtalelse: ”En af brancheforeningerne (fysiurgiske massører) er da også utilfredse med at blive sat i samme bås som de rigtigt alternative” (Lindebjerg, 30. marts, 2017a), og ”Mon politikerne har gjort sig nogle tanker om, hvorvidt der findes alternative behandlinger, som er for absurde til brobygning?” (Lindebjerg, 4. august, 2016b).

De absurde behandlinger, som fremhæves, er eksempelvis healing, zoneterapi og homøopati. Af plausible alternative behandlinger nævner Lindebjerg kun urtemedicin. Samtidig fremhæver Lindebjerg, at der ikke er noget alternativt ved for eksempel motion, massage, kost, yoga og meditation (ibid.).

Denne skelnen mellem det alternative og det ikke-alternative er interessant, fordi de behandlinger, som ikke kan antages at være alternative, ifølge Lindebjerg, er overvejende kropslige praksisser, som er nemme at adskille fra et eventuelt filosofisk eller religiøst fundament, fordi disse behandlinger har et udpræget praktisk og fysiologisk aspekt. Han udtaler videre: ”Der er således gode muligheder for at supplere konventionel behandling med tiltag, som egentlig ikke er alternative” (ibid.), det vil sige for eksempel yoga og meditation, som han har understreget, ikke er alternative praksisser. Hvad der opfattes, som alternativt eller ej, er derfor helt afgørende for, hvornår det kan medtænkes i det konventionelle system, og hvornår det ikke kan. Det ser ud til, at de mere håndgribelige alternative behandlinger oftere er accepteret hos lægerne, end når man taler om behandlingsformer, der har tydelige elementer af spiritualitet og trosforestillinger eksempelvis healing eller kinesiologi.

Igen skal evidensen og videnskaben fremhæves, ifølge lægerne, som garant for, at en behandling kan godtages eller ej. Omvendt tror de alternative behandlere på at behandlingen virker, selvom det ikke altid kan bevises videnskabeligt. Det definerende ved tro generelt er, at den ikke kan bevises, og at man alligevel vælger at tro. Dette er udtryk for en snæversynet og farlig tankegang, ifølge lægerne i denne diskurs. For eksempel udtaler Lindebjerg: ”Det er ugiftigt for kroppen men giftigt for sindet. Det kan få folk til at fravælge effektiv behandling af alvorlige lidelser. Hvis man først tror på homøopati, er der ikke langt til at tro på alt muligt andet farligt gøgl.” (Lindebjerg 27. juni 2017b) og ”det er udtryk for en snæversynet forestilling at tro, at der er helende kræfter i krystaller eller håndspålæggelser” (Bune & Tybjerg-Pedersen 14. marts, 2008).

Dette er diametralt modsat af, hvordan videnskaben italesættes. Her er det fakta, evidens og den håndgribelige viden, som forudsætter dennes værdigrundlag. I en diskurs, hvor alternativ behandling bliver sammenlignet med religion og absurditet, bliver det derfor uforenelig med den konventionelle medicin, som repræsenterer videnskaben, som er inkompatibel med religionslignende forestillinger. Derfor må man antage, at det er de alternative behandlinger, som kan adskilles fra deres filosofiske og spirituelle ophav, som måske, ifølge lægerne i denne diskurs, kan være brugbare behandlinger inden

for det konventionelle behandlingssystem, såfremt at metoden underlægges videnskabelige forsøg for at finde en eventuel effekt.

### **2.3.1.2 Fup og kvaksalveri**

Det er ikke kun absurditeten, som lægerne hér fremhæver ved alternativ behandling. De fremstiller det ligeledes som fup og uetisk udnyttelse af syge mennesker. Eksempelvis siger læge Niels Kristian Kjær:

Men hvis en behandler franarrer en dødssyg patient 100.000 kroner, bliver indgrebet nemt opfattet som magtmisbrug og forsøg på monopolisering af viden. I konsekvens af dette er kvaksalveri reelt fredet (...) Og det er fortvivlende at være vidne til, at et døende og stærkt lidende menneske bruger sine sidste dage med at slæbe sig afsted til fupbehandlinger” (Haller 2. nov. 2005d).

Selvom der helt bestemt er tilfælde, hvor der udøves kvaksalveri i forbindelse med alternativ behandling, er der ligeledes tilfælde, hvor dette ikke gør sig gældende. Bedrageriet fremhæves alligevel, selvom lægerne er klar over, at man godt kan have høj moral som alternativ behandler, og omvendt være amoralsk som læge (ibid.). At lægerne i begge diskurser både giver udtryk for skeptiske og tolerante holdninger om alternativ behandling, gør kategoriseringen af lægerne endnu mere vanskelig. Det er samtidig med til at minde os om, at kategorier aldrig er fastlåste og ’rene’ i den forstand, at man kun ser én diskursiv mening udtrykt. Jørgensen og Phillips understreger også, at subjektet ofte vil være fragmenteret således, at individet indtager mange forskellige positioner ud fra forskellige diskursive relationer og situationer (Jørgensen & Phillips 1999, 53).

I forlængelse heraf fremhæver John Adams i sin artikel ”Demarcating the medical/non-medical border. Occupational boundary-work within GP’s accounts of their integrative practices.” (2004), at lægerne også i hans undersøgelse placerer videnskab som den ultimative værdi for deres virke, selvom de selv benytter alternativ behandling. Deres alternative arbejde vil derfor altid være komplementært i forhold til allopatisk medicin (Adams 2004, 145-47). Tidligere formand for Lægeforeningen og læge Jesper Poulsen forklarer: ”Vi diskuterer gerne alternativ behandling – dog ikke i alle dens former – men vi holder også fast i, at lægegerningen er baseret på naturvidenskaben.” (Poulsen 4. nov. 2005). Der er derfor et eksplicit hierarkisk forhold mellem alternativ og allopatisk behandling, og det er centralt for lægerne at fremhæve denne forskel mellem allopatisk

medicin og alternativ behandling både internt i lægestanden og eksternt over for de alternative behandlere.

Dette er muligvis hvad der forsøges gjort ved at fremhæve visse former for alternativ terapi som værende kvaksalveri og fup. Det handler derfor ikke kun om at adskille alternativ behandling fra konventionel behandling, men også i høj grad om at fastsætte lægernes dominans som *læger* i modsætning til de alternative behandlere, som ikke er uddannede inden for lægevidenskaben. For eksempel udtaler professor i almen medicin ved Bruxelles’ universitet Willem Betz: ”Jeg mener, at alternative behandlere skal *registreres* og underlægges et sæt etiske retningslinjer, som for eksempel tilsiger, at patienten også skal konsultere en rigtig læge” (Haller, 2. nov. 2005a) eller ”Mange behandlere har da også forstået, at de ikke må påstå, at de kan helbrede nogen for noget som helst” (Lindebjerg 30. marts 2017a). Her fremhæves distinktion mellem læger og alternative behandlere, hvoraf førstnævnte siges at være ’rigtig’, modsat at være ’forkert’, som er et attribut, der indirekte tilfalder sidstnævnte behandlergruppe. Samtidig er det en udtalelse, der skal opstille begrænsningerne for de alternative behandleres evner, og dermed tydeliggøre lægernes unikke kompetence til at behandle og kurere sygdomme.

### 2.3.1.3 At være læge eller ikke at være læge

Hermed foregribes tredje emne, som indikerer en skelnen mellem det lægelige og det ikke-lægelige fra lægernes side. Denne sondring kommer til udtryk gennem en bekymring over den utilstrækkelige kontrol med, hvordan lægetitlen benyttes og beskyttes mod såkaldte falske lægetitler, ifølge læge Arne Astrup:

I visse behandleres klinikker hænger diplomerne tæt på væggene og efterlader indtryk af, at behandleren ikke alene er læge, men videnskabsmand ... Hvis man ikke har særlige forudsætninger for at vurdere validiteten af diplomer og uddannelse, vil man da tro, at man har at gøre med en person, som har betydeligt finere faglig baggrund end ens egen praktiserende læge. (Haller 2. nov. 2005d).

I den negative diskurs er man derfor bekymrede for de konsekvenser det medfølger, hvis patienten tror, at den alternative behandler faktisk *er* læge. Ole Hartling udtrykker denne bekymring:

hvis denne behandler benævner sig selv som læge eller doktor eller professor, tror folk alligevel, at de bliver behandlet af en autoriseret sundhedsperson. De venter

måske så med at gå til egen læge, fordi de allerede mener sig i lægehænder. Man kan ikke forlange, at de skal kunne gennemskue, at behandlingerne ikke er ligestillede. (Haller 2. nov., 2005c).

Dette er således med til at etablere lægernes dominerende status, og problematiserer alternativ behandling, som i denne sammenhæng fremhæves som farlig og/eller ude af stand til at fortage en tilstrækkelig diagnosticering og behandling. Der er også den åbenlyse indrømmelse af, at de to behandlingsområder ikke er ligestillede. Ole Hartling fremhæver problematikken ved en sådan ligestilling:

jeg er imod, at alternativ behandling indirekte sidestilles med evidensbaseret medicin, og at vi i Danmark kritikløst overtager udlandets holdning til behandlingerne. Homøopati er fx anerkendt i Indien og Tyskland. Traditionel kinesisk medicin er anerkendt i Kina, men det gør altså ikke behandlingerne mere evidensbaseret (Haller, 2. nov., 2005c).

Det er altså ud fra en forestilling om, at alternative behandlere i nogle tilfælde misbruger lægetitlen, og at patienterne i deres ofte ulykkelige eller desperate situation ikke kan skelne mellem, hvornår der er tale om en autoriseret læge, og hvornår der ikke er. Samtidig mener lægerne, at de alternative behandlere lover mere end de kan holde, hvilket passer med fremstillingen af alternativ behandling, som bedrageri. Der er i den forstand et problem, ifølge lægerne, når patienterne får associationer til lægestanden, hvis det er en alternativ behandler, der giver anledning til disse associationer:

#### **2.3.1.4 Alternative evidenskriterier og politisk naivitet**

Ikke alene er det et problem, at alternative behandlere misbruger lægetitlen, men der er en forestilling hos lægerne om, at alternativ behandling kan være farligt for patienten, og samtidig er der en holdning om, at politikerne ikke handler på baggrund af problemet. Følgende udtalelser kan inddrages fra Lindebjerg: ”selvom produkter er beviseligt sundhedsskadelige, kan det være en kamp at få dem forbudt.” (Lindebjerg 2016a), og Arne Astrup sammenslutter:

En del af forklaringen er, at nogle myndigheder desværre har den naive holdning, at alternativ medicin er uskadelig. Jeg har talrige eksempler på det modsatte: Folk får ordineret giftige stoffer, og de føler sig diagnosticeret af den alternative behandler, så de venter for længe med at gå til deres praktiserende læge (Haller 2. nov. 2005d).

Det samme narrativ figurerede hos Styrelserne og Lægeforeningen, hvor man også fremhævede faren ved at bruge alternative behandlere i relation til manipulation af rygsøjlen, da disse ikke i samme omfang har kompetencer til at foretage en fagligt funderet og grundig diagnostik samt udarbejde en behandlingsplan for patienten. Det er et tema, som genfindes hos Adams, hvor praktiserende læger, der bruger alternativ behandling, distancerer sig fra de ikke-lægelige alternative behandlere ved at pointere faren for forkert eller manglende diagnosticering af alvorlig sygdom (Adams, 2004, 147-49).

Dog taler de fleste læger i diskursen om, at den alternative behandling basalt set er virkningsløs sammenlignet med konventionel medicin. Her fremhæver læge Klaus Johansen: ”Der er ingen dokumentation for, at behandlingerne virker. Havde de en videnskabeligt dokumenteret virkning, ville de blive klassificeret som evidensbaserede behandlinger” (Johansen, 11. jan., 2008) eller når læge Bjarke á Rogvi-Hansen refererer til den amerikanske astronom og skeptiker Neil deGrasse Tyson med følgende udtalelse: ”Hvad kaldes alternativ medicin, der beviseligt virker: medicin!” (Rogvi-Hansen, 15. feb., 2016). Denne argumentation minder i høj grad om den, som Ian Coulter fremhæver i forbindelse med sin artikel ”Integration and paradigm clash. The practical difficulties of integrative medicine” (2004), hvor han taler om en særlig radikal holdning inden for biomedicinen, som har følgende holdning: ”There is no alternative medicine. There is only scientifically proven, evidence-based medicine supported by solid data or unproven medicine, for which scientific evidence is lacking.” (Coulter 2004, 109).

I så fald udlignes det alternative element, så snart en behandling kan påvises at have en evidensbaseret effekt. Ud fra sådan en udtalelse vil de alternative behandlinger aldrig kunne inkorporeres i det konventionelle system, og hvis de alligevel bliver det, er det ikke alternativ behandling længere, men konventionel medicin. Generelt mener lægerne inden for diskursen, at der mangler evidens for flere af de alternative behandlinger, og forholder sig åbenlyst kritisk imod ideen om at inddrage eksempelvis subjektive parametre for måling af effekt, som ofte fremhæves og understøttes af blandt andet politikerne.

Hertil svarer Willem Betz: ”Den nyeste trend er undersøgelser med udgangspunkt i patienternes tilfredshed. Det er et meget farligt instrument. Man får det bedre af at gå i spabad, spise en god middag, elske, men det kurerer jo ikke kræft” (Haller, 2. nov. 2005a). Der er således en udpræget utilfredshed om, at politikerne blander sig i lægefaglige diskussioner og vurderinger, som de ikke har kompetencer til.

For at gøre ondt værre henviser han til, at kiropraktorer jo også kom ind i det etablerede sundhedssystem trods manglende evidens. Beslutningen om at indføre kiropraktikken var rent politisk, og der er ingen tvivl om, at det kun var begyndelsen. Men skal lægestanden ikke stå fast her? Lad politikerne gøre, hvad vælgerne/forbrugerne giver dem mandat til, og overlad den ikkeevidensbaserede behandling til de kloge koner m/k (Rogvi-Hansen, 15. feb. 2015).

At politikerne, som vi kunne se i ovenstående analyse af en statslig diskurs, favoriserer alternativ behandling gør kun, at lægerne i den negative diskurs i stigende grad føler sig truede af det alternative paradigmes vækst. De så gerne at beslutningen om indlemmelsen af alternativ behandling forblev en lægefaglig beslutning og at politikerne ikke ”tillægger pseudovidenskab/tro samme værdi som videnskab” (Lindebjerg, 26. juli, 2016a).

### **2.3.2 Imødekommende diskurs**

På den anden side former der sig en diskurs, som mere eller mindre favner det alternative behandlingsfelt, fordi det ville være ulogisk at lade være. Fælles for denne diskurs er, at langt de fleste læger selv benytter en alternativ behandling i deres virke som læge. Jeg vælger at kalde diskursen for imødekommende, fordi de fleste af lægerne her forholder sig med en vis skepsis til alternativ behandling til trods for deres brug heraf. Det er derfor ikke en overvejende positiv diskurs, selvom den indeholder positive elementer. De overordnede temaer, som optræder, inden for denne diskurs er:

1. Evidens. Lægerne er åbne over for at finde sandhed udenfor det videnskabelige paradigme. Dog er man også enige om, at der i mange tilfælde, skal mere forskning til, for at kunne blåstempe alternativ behandling helt, da der stadig er ukendte bivirkninger ved behandlingerne grundet nedprioritering af forskning på området.

2. Imødegå patientens ønsker og interesser – dog uden selv at ’tro’ på behandlingen. Det er essentielt at have viden om alternativ behandling, for at kunne vejlede patienterne.
3. Alternativ behandling skal bruges komplementært, og ikke i stedet for allopatisk medicin. Lægerne mener, at det er bedst, at lægeligt uddannede behandlere udfører behandlingen for at øge patientsikkerheden.
4. Ingen absolut sandhed. I denne diskurs er man åben for at alternativ behandling kan noget, som den konventionelle behandling ikke kan, og derfor er der også sandhed at finde i det alternative behandlingsparadigme såvel som i den konventionelle behandling.

Hvis vi tager udgangspunkt i det første emne, er der i størstedelen af artiklerne artikuleret en forestilling om evidens, og hvordan det skal inkorporeres i det konventionelle system i forbindelse med alternativ behandling. Den mest udtalte attitude i denne diskurs er, at alternativ behandling er mere end blot evidens, og derfor kan det ikke underlægges et kriterium herom. Dette er ellers hvad den videnskabelige model kræver af den; nemlig at påvise evidens, ofte gennem dobbeltblindede og randomiserede kontrolforsøg.

### **2.3.2.1 Forsvar mod evidenskriteriet**

Faktisk er mange af lægerne inden for denne diskurs bevidste om at de, som læger, benytter mere end videnskabelige mål og statistikker i deres privatliv, hvilket ikke kan adskilles fra deres arbejdsliv. For eksempler udtaler læge og kinesolog Marianne Camille Tiffanie Kirkskov:

I vore egne private lægeliv ved vi udmærket godt, at der er meget mere end naturvidenskabelige modeller, der er væsentligt, når vi skal forstå vores egen verden og vores omgivelser, familie osv. (...) De [patienterne] vil gerne forstås som hele mennesker. Sygdom påvirker ikke kun patienternes krop, men hele deres system inkl. bl.a. tanker og følelser. (...) Ved at acceptere og forholde os nysgerrige over for patientens ønske om at bruge andre og ikkenaturvidenskabelige behandlingsmetoder, vil vi yderligere støtte patientens opfattelse af sig selv som hele mennesker. For mig er dette også en del af det at være læge. (Kirkskov, 1. nov. 2005).

Her er der tale om et holistisk perspektiv på patient og behandling, som blev fremhævet i del 1 i afsnittet om holistisk spiritualitet. Lægerne kan godt se det fornuftige i, at tage



deres patienter alvorligt, når de spørger ind til naturmedicin eller healing. Selvom der ikke foreligger evidens, er det ifølge denne diskurs ikke ensbetydende med, at det ikke virker. Dette er ligeledes et argument, som blev fremhævet hos Blixt i analysen af politikernes holdning til alternativ behandling, og som Heelas påpegede jf. afsnittet om den statslige diskurs. Læge og akupunktør Ole Dahl udtaler: ”Man påberåber sig en manglende dokumentation af akupunktorens virkning til trods for så mange lægers positive kliniske erfaringer. Manglende videnskabeligt bevis er ikke ensbetydende med bevis på manglende effekt” (Dahl, 2. nov. 2005). Netop positive erfaringer fremhæves, som et tilstrækkeligt argument for at tage de alternative behandlinger seriøst. Læge, psykoterapeut og mindfulness-instruktør Mette Mouritsen siger: ”Når alt kommer til alt, kan et menneske ligesom en læge kun vide ud fra levet erfaringer” (Mouritsen 12. okt. 2012). Dermed gør man altså op med forestillingen om, at effekt kun kan bevises ud fra videnskabelige forsøg, og at mennesker i sidste ende er subjektive væsner i alle aspekter, samtidig med at videnskaben ikke altid har patent på sandheden. For eksempel udtaler læge og formand for FMT (Foreningen for Mentalhygiejnisk Træning), samt akupunktør Frank Thor Jørgensen ”Igen og igen sætter videnskaben sig til dommer over hvad der virker og hvad der ikke virker. Det at mennesker oplever at få det bedre tæller ikke, når det ikke kan bevises at der også er sket en fysisk videnskabeligt målbar ændring” (Jørgensen 2. nov. 2005).

### **2.3.2.2 Accept er ikke kongruent med tro**

Der lader til at være en antagelse om, at hvis det virker for patienten, så bør man favne deres behov, også inden for sundhedsvæsenet. Dette er dog ikke ensbetydende med, at lægerne altid selv accepterer eller tror på, at disse behandlinger har en effekt, men de anerkender alligevel, at det kan have en subjektiv effekt for den enkelte patient. Det er netop patienterne, som skal være i fokus, ifølge lægerne her, og dette indebærer, at kunne tage stilling til eventuelle alternative behandlingsformer, som patienterne benytter eller gerne vil benytte.

Man er derfor indforstået med, at det alternative kan noget det konventionelle ikke kan, og selvom man som læge ikke *tror* på det, er det ud fra patienternes interesse, at man skal bruge det, og tage det seriøst. Læge Anders Tuxen siger: ” Hjælper det alternative så? Ja, vist gør det det! (...) jeg har fulgt det gode råd, som professor Eggert Møller på Rigshospitalet gav til sine medicinske studerende: »Det gør ikke noget, at De narrer

Deres patienter – blot De ikke narrer Dem selv.«” (Tuxen 4. marts, 2009). Yderligere udtaler læge og repræsentant for Lægeforeningen i det daværende VIFAB (Videns-og Forskningscenter for Alternativ Behandling) Annette Damgaard ”som lægeforening skal man turde sige, at vi gerne vil støtte patienten, og at vi ikke er lukkede for diskussion. Men uden at give køb på vores faglighed” (Larsen 4. nov. 2005).

Lægerne går op i at tage patienterne seriøst, når de spørger ind til alternativ behandling, også selvom de ikke selv tror på det. Læge Hans Buhl understreger: ”Selv om der mangler videnskabelige beviser for en lang række alternative behandlinger, så bør lægen møde patienten med åbent sind, når fru Jensen kommer med krystaller eller hr. Sørensen vil sove i en pyramide og spise tibetanske urtetabletter som led i deres behandling” (Vinther Andersen 31. okt. 2005). Sådanne udsagn vidner om, at lægerne på trods af at ville acceptere alternativ behandling, stadig forholder sig skeptiske i den forstand, at de ikke vil tro på hvad som helst uden rygdækning fra videnskaben. Man vil gerne tro, men mangler lige at blive fuldstændig overbevist. Dette er en pointe som Heelas berører nemlig, at der ikke er tale om en særlig udtalt spiritualitet i forbindelse med alternativ behandling, men at det i stedet er overskygget af skepsis: ”More generally, though, experience of the sacred of CAM is relatively subdued, muted, muffled; or attenuated. *Penultimate-sacrality* (or the *partially* so) is in evidence, perhaps associated with a tentative, hesitant approach held back by scepticism.” (Heelas 2012, 18). Lægerne forbliver derfor stadig skeptiske og bevidste om risikoer ved at bruge alternativ behandling, som læge Buhl udtaler ”lægen skal fraråde alternativ behandling, hvis virkningen ikke er dokumenteret, men hvor der i stedet for er risiko for bivirkninger” (Vinther Andersen 31. okt. 2005).

### **2.3.2.3 Brobygning og hierarkisk forhold mellem behandlingerne**

Det er altså et faktum, ifølge læge Lene Unnerup, som har arbejdet med at formulere Lægeforeningens daværende politikpapir om alternativ behandling at ”læger, hvad enten de bryder sig om det eller ej, er nødt til at forholde sig til alternativ behandling. Om ikke andet, så fordi den er en kendsgerning, og at den ofte kan interagere med den lægelige behandling.” (Larsen 4. nov. 2005). De læger som overvejende befinder sig i en imødekommende diskurs ønsker mere brobygning. For eksempel udtaler Jørgensen:

Kunne det ikke tænkes at disse behandlingsformer indeholder noget som kunne berige lægevidenskaben og omvendt? Det kræver dog at samarbejdet foregår i åbenhed, ligeværdigt og betingelsesløst uden krav om at den ene part skal underlægge sig den andens regelsæt (Jørgensen 2. nov. 2005).

Brobygningen skal ske på identiske betingelser for begge behandlingssystemer, men i praksis lader dette sig ikke umiddelbart gøre for flere af lægernes vedkommende. Der er stadig i den imødekommende diskurs en antagelse om, at lægevidenskaben stadig står over alternativ behandling, og at alternativ behandling er et emne, som skal håndteres, men ikke accepteres på lige fod med konventionel medicin, som Kirkskov siger:

Det er temmelig utænkeligt, at vi i mødet med AT [alternativ terapi] alle falder på halen og tager pendulet frem og kaster lægetasken væk, og det er jo heller ikke formålet! Der er altid brug for læger AT eller ej (...) Og selvom jeg ud over læge også er DK-kinesiolog og formentlig kommende RAB, så ordinerer jeg stadig penicillin til en lungebetændelse (Kirkskov, 1. nov. 2005).

Så selvom de fleste af lægerne inden for den imødekommende diskurs faktisk helst ser det alternative som en praksis, der var en del af sundhedsvæsnen, er det stadig vigtigt for lægerne at skabe mere brobygning og forskning mellem den alternative behandling og den konventionelle medicin. At denne brobygning i realiteten er vanskelig at implementere er et aspekt som Coulter kommer ind på: ”To expect CAM to compete on a level playing field with conventional medicine in research is unrealistic” (Coulter 2004, 109).

Alligevel mener flere af lægerne i denne diskurs, at brobygning er helt essentielt for at fremme den alternative behandlings position. Kræftlæge Ulrik Dige udtaler for eksempel: ”Hvis det etablerede system står fast på sin model som den eneste kilde til sandhed, er brobygning udelukket.” (Dige 2. nov. 2005). Hermed vil de læger, som har en imødekommende attitude overfor alternativ behandling gøre op med det etablerede systems måde at tænke sygdom, patienter og behandling på. Men det er, ifølge lægerne i den imødekommende diskurs, ikke alle alternative behandlingsformer man skal benytte sig af. Her deler den imødekommende diskurs synspunkter med den negative diskurs i den forstand, at man ikke accepterer hvad som helst i forhold til behandlinger. Ole Dahl pointerer:

Nu er der næppe nogen læger, som accepterer ethvert tilfældigt terapeutisk tiltag som f.eks. magiske sten eller pyramidebehandling. Men der er tale om en behandlingsform som akupunktur, hvor man bliver præsenteret for et enormt klinisk empirisk grundlag, bør man som læge se nærmere på en sådan terapi med henblik på de patienter, som ikke kan hjælpes tilstrækkeligt med skolemedicinen (Dahl 9. marts 2007).

Dahl gør det dermed klart i ovenstående citat, at man ikke vil lade alternativ behandling overskygge den konventionelle medicin, men netop supplere med behandlingerne der, hvor der er behov for det. Han understreger samtidig, at ”akupunktur efterhånden nu mere opfattes som en supplerende lægelig behandling end som en alternativ terapi” (Dahl 2. nov. 2005). Derfor er det stadig et spørgsmål om, hvilke behandlinger, som er bevist videnskabeligt til en hvis grad. Lægerne gør ligeledes opmærksom på at behandlingerne helst bør udføres af læger og bruges komplementært, og ikke i stedet for konventionel behandling. Formand for Dansk Medicinsk Akupunktur Selskab og læge Tommy Sommer fastslår:

Mht. akupunktur kunne det være en fordel, hvis beslutningen om at bruge akupunktur hos en given patient blev truffet af en læge med kendskab til behandlingen. Som læger er vi uddannet til at diagnosticere og behandle (...) Jeg ser et stort potentiale i onkologien og den palliative behandling. *Ikke* som en erstatning for effektiv cancerbehandling, men til behandling af følgetilstande (Sommer 11. feb. 2016).

Det er ud fra ovenstående citat en central pointe, at alternativ behandling ikke bruges ukritisk, men undersøges i henhold til, hvornår det kan være gavnligt, og hvilke behandlinger der kan være gavnlige, som supplement. Dette er primært grunden til, at jeg kalder diskursen imødekommende og ikke positiv, selvom den også indeholder elementer heraf. Det er stadig ikke for enhver pris, at lægerne vil inkorporere alternativ behandling. Navnlig skal det være komplementært, og gerne udføres af lægeligt uddannede behandlere samtidig med at det kun er bestemte behandlinger, som lægerne vil godtage. Denne pointe underbygges af Adams, som finder den samme tendens i sit materiale, om hvordan praktiserende læger i England ligeledes benytter alternativ behandling komplementært (Adams 2004, 145). Når det er sagt, er de ikke i tvivl om, at der er brugbare elementer at hente i bestemte alternative behandlinger.

#### **2.3.2.4 Sandhedspræntioner og troen som et vovestykke**

To andre centrale emner, som der yderligere fremhæves i diskursen er forestillingerne om sandhed og tro. Det er fra lægernes side vigtigt at modsætte sig den antagelse, at det kun er i videnskaben der findes sandhed. Disse synspunkter kunne være eksempler på en udpræget positiv indstilling, men det er ikke en holdning som gennemsyre den imødekommende diskurs, men snarere er det den mere accepterende, dog skeptiske indstilling. Kirkskov fremhæver alligevel troen som et tema:

Min påstand er, at vi i forvejen bruger vores tro, selv i vores videnskabelige verden (...) Vores tro vil formentlig øge vores hensyntagen til helheden for vores patient. Det er ikke anderledes at bruge denne tro i forbindelse med AT [alternative terapier]. Jeg mener godt, at vi kan fortsætte med at bruge »overbevisende kliniske erfaringer« også i sammenhæng med AT, så længe det ikke skader patienterne! (Kirkskov 1. nov. 2005).

Også Jørgensen tilslutter:

Et af problemerne med kommunikationen opstår når troen bliver ophøjet til sandhed, der, oplever jeg, videnskabens største problem, at den videnskabelige metode er blevet ophøjet til et sandhedsbevis (...) Videnskaben er, derfra hvor jeg oplever den, blandt andet på ovennævnte baggrund, en tro vi kan vælge at bekende os til. (Jørgensen 2. nov. 2005).

Det er ikke eksplicit, hvilken form for tro, som Kirkskov og Jørgensen fremhæver her i citaterne. Dog bruger Jørgensen religiøse metaforer til at beskrive forholdet mellem konventionel og alternativ behandling, eksempelvis ortodoksi, som bruges om konventionel behandling, mens kætteri benyttes om alternativ behandling (ibid.). Men hos Kirkskov skal det nok snarere forstås som en tro på, at der kan være flere sandheder end én. Man skal i nogle tilfælde gå holistisk til værks og samtidig anerkende, at der er metoder, som ikke kan bevises gennem videnskabelig evidens.

Hvis sandheden er en elefant, så har lægevidenskaben måske fat i ørerne og de alternative behandlere i halen, og måske har de afrikanske medicinmænd fat i venstre bagben! De beskriver naturligt nok vidt forskellige verdener, men alle dele viser måske en del af sandheden! (...) derfor må der være mindst et kim af sandhed at hente i enhver alternativ terapiform, lige så vel som der også findes sandhed i

lægevidenskaben (...) Flere læger (f.eks. jeg selv) er allerede begyndt at se efter sandheder andre steder end i naturvidenskaben! Og naturvidenskaben bliver ved med at indeholde sandhed, selvom andre sandheder skulle komme frem. (...) Tør vi erkende og acceptere, at vi i lægestanden måske har nogle mindre skygger eller blinde pletter for vore øjne, hvis vi kun erkender og accepterer vores egen sandhed? (Kirkskov 1. nov. 2005).

Det er særligt modet til at turde at tro på alternative behandlingsformer og deres sandhedsværdi, men som Kirkskov fremhæver, kan det være svært for den naturvidenskabelige læge at forholde sig til. Her ses også et eksempel på en antagonistisk diskursiv identitet for lægerne, eftersom det for de fleste lægers vedkommende, anses for modstridende at være både alternativ og konventionel læge på samme tid. Det er dog ikke umuligt<sup>17</sup> at forene de to identiteter, men for mange læger kan det synes sådan, fordi de to grundparadigmer i behandlingsområderne er forankrede i vidt forskellige overbevisninger om behandling, sundhed og sygdom. Alligevel er det, ifølge Mouritsen, en nødvendighed at fravige den naturvidenskabelige tilgang, hvis lægerne fortsat ønsker at være relevante for patienterne. Som Mouritsen fremhæver:

Kære kollegaer, tiden indhenter os, hvis vi ikke ophører med udelukkende at tro på og referere til generaliserende undersøgelser og sandsynligheder i stedet for at forstå kasuistikker eller mere præcist det enkelte menneske, patienten, som sidder foran os (Mouritsen 12. okt. 2015).

## **2.4 Opsamling af diskurserne**

I det hegemoniske perspektiv, hvilket vil sige den negative diskurs<sup>18</sup>, handler det om at skabe afstand fra en alternativ diskurs, fordi den truer den måde, hvorpå den hegemoni-

---

<sup>17</sup> Pr. 1. juli 2017 blev det muligt for autoriserede sundhedspersoner at registrere sig som alternativ behandler under RAB-loven. Indtil da var det ikke muligt at registrere sig i RAB som autoriseret sundhedsperson, men i stedet kunne man registrere sig som Sundhedsautoriseret Alternativ Behandler (<https://www.srab.dk/nyheder/alternativ-og-sundhedsautoriseret/>).

<sup>18</sup> Den negative diskurs bruger jeg til at betegne både den diskurs, der ses hos lægerne, Styrelserne samt Lægeforeningen. Jeg kalder den negativ i den forstand, at den forholder sig primært negativt til alternativ behandling. Diskursen hører overordnet ind under det, vi kunne kalde et biomedicinsk paradigme, som indeholder det konventionelle behandlingsparadigme, hvorfor jeg benytter og har benyttet mig af begge begreber igennem opgaven. Da lægerne i den imødekommende diskurs i realiteten deler mange synspunkter med den negative diskurs, er de vanskelige at kategorisere. Derfor vælger jeg bevidst ikke at kalde den imødekommende diskurs for alternativ. Dette gør jeg, da den imødekommende diskurs delvis hører under et biomedicinsk paradigme, men dog samtidig har rod i et alternativt behandlingsparadigme.

ske diskurs reproducerer sig selv. Når en diskurs forholder sig negativt til en anden diskurs, er det et strategisk virkemiddel, der både former diskursens identitet, fordi den fastsætter hvad den er, og samtidig definerer, hvad den ikke er i denne afstandtagen (Torfing 1999, 128-29).

#### 2.4.1 Lukning, hegemoni og ækvivalenskæder

Både den alternative behandling og den konventionelle medicin søger at helbrede og behandle, men deres fremgangsmåder er vidt forskellige. Faktisk så forskellige at de forekommer inkompatible. Så selvom det tilsyneladende virker som om, at der ingen ligheder er, er det stadig samme diskursive område, de kæmper om og dermed samme domæne: Behandlings-og kropsforståelse. I den negative diskurs forsøger, man at udligne deres eventuelle ligheder ved at fokusere på forskellene. Dette gør man ved: ”en udelukkelse af diskurser om alternative behandlingsmetoder, hvor kroppen i højere grad ses som en holistisk enhed, der gennemstrømmes af energi i forskellige baner” (Jørgensen & Phillip 1999, 37). Det handler for de to diskurser om at fastlægge *elementerne* ’behandling’ og ’krop’ til *momenter*, da de to begreber ikke har en iboende betydning, og derfor kan begreberne først få mening i relation til en artikulation, hvilket vil sige gennem diskursive udsagn og handlinger. Således forsøger begge diskurser at fastlåse betydningen af elementerne, så der ikke bliver nogen alternativ betydning at kæmpe om, og derved skulle dette ideelt set lukke diskursen for meningspluralisme, hvilket med tiden vil få karakter af at være objektivt gældende, som noget der ikke kan stilles spørgsmålstegn ved. Diskurser er dog i deres natur kontingente, men de vil forsøge at fjerne denne kontingens (ibid., 48).

Enhver artikulation, der er blevet fremført i det empiriske materiale, er derfor enten en reproduktion eller en udfordring af en bestemt diskurs. Jeg vil derudover foreslå, at de forskellige diskurser, udover at opretholde forskellige behandlings-og kropsforståelser ligeledes handler om at etablere autoritet. Adams forklarer, at grænsedragningen overvejende drejer sig om at ”distinguish their work from that of a whole host of other healthcare professionals and to maintain and enhance their authority and dominance in the healthcare arena” (ibid., 142). Afstanden som lægerne skaber mellem dem selv og de alternative behandlere, er en måde, hvorpå de kan stadfæste deres dominans på sund-

hedsområdet (ibid., 152). Samtidig er det, ifølge Coulter en måde, hvorpå den konventionelle behandling kan påpege den alternative behandlings fejl, gennem argumentationen om, at alternativ behandling/behandlerne mangler: ”extensive knowledge (...) evidence efficacy” og ” (...) is a risk for patients because they delay appropriate medical care by using CAM.” (Coulter 2004. 108). Denne argumentation bliver netop brugt, fordi store dele af den konventionelle behandling ikke altid selv kan leve op til disse krav i alle aspekter (ibid., 109). Disse argumenter blev ligeledes fundet i nærværende analyse.

I denne diskursive kamp handler det om at afgrænse, hvad der er alternativ behandling sammenlignet med konventionel behandling, og hvad der ikke er det. Denne afstandtagen skabes sandsynligvis helt bevidst, fordi alternativ behandling inden for den biomedicinske diskurs repræsenterer ”a radical otherness that has no common measure with the differential system from which it is excluded, and that therefore poses a constant threat to that very system” (Torfing 1999, 124). Antagonismen, hér alternativ behandling, eksisterer derfor som en konstitutiv *andethed* over for et biomedicinsk paradigme, som ’afslører’ det biomedicinske paradigmes begrænsninger (ibid.). Derfor er formålet for den negative diskurs at konstituere alternativ behandling som antirelationel i forhold til konventionel medicin. Det er derfor heller ikke muligt at inkorporere den alternative behandling som en positiv forskel, men kun som antidiskursiv. Det vil sige, at diskurserne ikke kan repræsentere to forskellige diskurser for eksempel A og B, men at alternativ behandling, for at kunne neutraliseres af den hegemoniske konventionelle diskurs må være anti-A. Det er, når denne *andethed* fremstår som en trussel, at den hegemoniske diskurs får mulighed for at handle, fordi der i så fald medfølger et vakuum, hvor de diskursive elementer skal betydningsfikseres. Hvis de blot eksisterede som to forskellige diskurser uden berøring med hinanden, ville den hegemoniske diskurs ikke være i stand til at handle. Så længe der eksisterer alternative diskurser, der alle teoretisk set forsøger at definere elementer og nodalpunkter inden for samme diskursorden, vil disse altid fremstå som antagonistiske over for den hegemoniske diskurs.

Ækvivalenskæderne i forlængelse af ovenstående analyse kunne efterfølgende se således ud:

### **Imødekomende lægelig diskurs (til dels politisk diskurs)<sup>19</sup>:**

---

<sup>19</sup> Denne diskurs er delvist udtryk for et alternativt og subjektivt behandlingsparadigme, som Launsø taler om jf. del 1, dog ikke i ren form, da jeg i analysen fandt overlap mellem et alternativt og et biomedicinsk



+ Alternativ behandling:

- Lyttende/intuitiv.
- Alternativ sandhed.
- Virkningsfuld (der skal blot måles på andre subjektive parametre. Her blev særligt akupunktur nævnt).
- Kan noget, som konventionel medicin ikke kan.
- Komplementær – Holistisk.

÷ Konventionel behandling:

- Begrænset.
- Snæversynet.
- Bange for andre sandheder end sin egen.
- Reducerende.

**Negativ lægelige diskurs (til dels Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen og Socialdemokratiet, samt Lægeforeningen):<sup>20</sup>**

÷ Alternativ behandling:

- Fup og kvaksalveri.
- Farlig.
- Uvidenskabelig.
- Absurd (her blev særligt homøopati og healing nævnt).
- Ikke lægefaglig.

+ Konventionel behandling:

- Sikker.
- Videnskabelig.
- Virkningsfuld.

---

paradigme. Den imødekommende diskurs er derfor en blanding af både en alternativ og en biomedicinsk diskurs.

<sup>20</sup> Ligeledes er denne diskurs udtryk for elementer, der findes i et biomedicinsk behandlingsparadigme, og det er her, at konventionel allopatisk medicin hører til. Diskursen deler også ligheder med det, som Launsø kalder *det objektive mekaniske paradigme* jf. del 1.

- Objektiv.
- Lægefaglig.

Ovenstående eksempel er dog ikke uproblematisk, da begge diskurser flere gange overlapper hinanden på forskellige områder. For eksempel ses dette i den imødekommende diskurs, hvor flere læger stadig ønsker mere videnskabelig forskning på det alternative område, og derfor ikke uden forbehold vælger at bruge alternativ behandling. Samtidig var det heller ikke alle alternative behandlinger de fremhævede som brugbare, og det var inden for et begrænset område, som de alternative behandlinger skulle benyttes eksempelvis i forbindelse med smertelindring. Denne skepsis var funderet i manglende dokumentation af flere af behandlingsformerne, men ikke manglende tro på deres potentiale. Omvendt kunne lægerne inden for den negative diskurs godt fremhæve fordelene i en mere subjektiv behandling, men funderede ikke dette i en alternativ behandlingsmetode. Der ses dog stadig en væsentlig forskel mellem den negative og den imødekommende diskurs, hvoraf sidstnævnte udfordrer status quo, hvor der kæmpes om, hvordan bestemte elementer skal fikseres i henhold til status quo eller et mere subjektorienteret behandlingsparadigme.

#### **2.4.2 Viden og magt**

I lang tid har det været op til det konventionelle behandlingssystem at definere behandlingsparadigmet i Danmark, hvilket især hænger sammen med et positivistisk videnskabsideal i Vesten. Men populariteten inden for alternativ behandling ændrer på definitionsmandatet, som den konventionelle medicin ellers har haft. Denne magtforskydning hænger sandsynligvis sammen med den subjektive vending, hvor traditionelle autoriteter bliver tilsidesat til fordel for individets egen autoritet og selvstændighed jf. del 1. Derfor er lægen ikke længere en given autoritet, som patienterne ubetinget tror på. Det er et aktivt subjekt fremfor et passivt objekt, som aktuelt fremmes i alternativ behandling, og denne tankegang forenes langt bedre med en øget autoritet til individet (Ahlin 2015, 406-407). Denne udvikling kan enten modtages positivt eller negativt i lægestanden. Den umiddelbare indikation er, at de unge læger udviser større forståelse for det alternative behandlingsfelt end de ældre læger gør. Denne observation er ikke understøttet af direkte undersøgelser, men man kan på SRABs hjemmeside konstatere,

at ikke mindre end 69% af medicinstuderende i Danmark har benyttet sig af en eller anden type af alternativ behandling. Denne procent er signifikant større end den procentdel, som vi kan se, der benytter sig af alternativ behandling i den danske befolkning generelt. Heelas peger på den tendens, at flere unge generelt er positive over for alternativ behandling, da de er opvokset med den subjektive vending, hvilket kan forklare denne forskel (Heelas 2006a, 18).

I analysen har der tegnet sig et billede af to forskellige diskurser: En negativ diskurs og det, jeg har valgt at betegne som en imødekommende diskurs. Det handler i disse diskurser ikke kun om at etablere sin egen diskurs som den hegemoniske, men i høj grad også om at få det til at fremstå som en selvfølgelighed ved at trække på forskellige diskursive forestillinger. Lægerne i den negative diskurs trækker særligt på en videnskabelig diskurs, der flourer stærkt i Vesten, mens den imødekommende diskurs gør op med denne diskurs i stedet, og trækker på en alternativ og holistisk tankegang, som flourer inden for den alternative behandling, som er markant anderledes end den videnskabelige. Vivien Burr forklarer:

in contemporary western societies it is commonplace for the versions of natural events provided by science and medicine to be given greater credence than those offered by religion, magic, or superstition and to be given the stamp of truth (Burr 2015, 79).

Denne ‘commonplace’ tankegang kan derfor være med til at forklare, hvorfor lægerne i den imødekommende diskurs kan have svært ved at slippe deres naturvidenskabelige fodfæste, selvom de i princippet er positivt indstillede over for alternativ behandling. Samtidig er det alternative behandlingsparadigme med til at konstruere en ny form for viden, som kan bruges til at udfordre selvfølgeligheden i det naturvidenskabelige paradigme – for der vil altid være fænomener, som videnskaben ikke kan forklare, hvorfor viden og sandhed konstitueres relativt over tid, som Burr pointerer:

What we call knowledge, then, simply refers to the particular construction or version of a phenomenon that has received the stamp of truth in our society. Even within the discourse of science, what we may regard as the truth with respect to, say, healthy diet, adequate parenting or disease prevention has changed markedly over a short time span and such changes cannot simply be seen as the result of progress in medical science (ibid, 80).

Derfor er viden og magt to begreber, som hænger tæt sammen i konstruktionen af sandhed og sociale praksisser, og som i denne sammenhæng er behandlingsdiskurser om alternativ behandling. Enhver begivenhed bliver således målt ud fra den viden, der i samfundet konstitueres som sand, hvorfor disse diskursive fortolkninger kan fremme social handling, der tilgodeser en bestemt diskurs og marginaliserer alternative måder at handle på i forhold til den hegemoniske diskurs:

When we define or represent something in a particular way we are producing a particular form of knowledge, which brings power with it. To construe the world in terms of those people who are mad and those who are sane, thereby producing one particular knowledge, brings with it a power inequality between those groups” (ibid.).

Magten som fænomen er dog ikke noget, som det enkelte subjekt eller en gruppe kan eje. Magt er alle steder og kommer alle steder fra, hvilket vil sige at ingen besidder magten, som er en magtforståelse hentet fra Michel Foucault. Magten er institutionaliseret i et netværk af magtstrategier, som definerer specifikke dominansrelationer, for eksempel relationen mellem patient og læge. Selvom lægen her bliver symbolet på magtudøvelsen, er det ikke lægen der besidder magten som subjekt, men magten strømmer derimod igennem ham/hende, og dette skaber en magtrelation mellem patienten og lægen i den konventionelle behandling (Torfing 1999, 163-64). Det er denne magtrelation, som den alternative behandling udfordrer, da alternativ behandling ikke er institutionaliseret på samme måde, som vi ser det med konventionel behandling, hvorfor det alternative behandlingsparadigme fremtoner som en modmagt til den institutionaliserede magtrelation mellem læge og patient.

Der findes ingen magt uden modmagt, på samme måde som der ikke findes hegemoni uden antagonisme. Således har det biomedicinske paradigme været hegemonisk, og er det til dels stadig i Danmark i dag. Som sådan har det i lang tid været den konventionelle medicin, som har fået skænket ressourcer i form af økonomisk støtte og forskningsmidler, hvilket bliver truet af det alternative paradigme, som nu producerer en ny viden om behandling og sygdom, og som også i større grad understøttes af en positiv politisk holdning. Som Burr udtaler: ”Therefore the power to act in particular ways, to claim resources, to control or be controlled depends upon the knowledge currently prevailing in a society” (Burr 2015, 80).

### **2.4.3 Antagonistisk identitet**

En anden og væsentlig del af konflikten mellem alternativ og konventionel behandling består i, at mange læger ikke kan forene deres lægelige identitet med både at udføre allopatisk medicin, og samtidig tro på eller praktisere alternativ behandling. Der er forventninger til, hvordan lægen skal opføre sig, både ud fra lovgivning og behandlings-sammenhænge, hvor de er forpligtet til at behandle og vejlede i henhold til forsvarlig lægevirksomhed. Ifølge Lægeforeningens egne etiske regler skal lægen leve op til følgende: ”§ 4. Forsvarlig lægevirksomhed. En læge må ved undersøgelse og behandling af en patient kun gøre brug af metoder og midler, som forsvarlig lægevirksomhed tilsi-ger” ([www.laegerne.dk](http://www.laegerne.dk)).

Ved for eksempel at udføre behandlinger, der er farlige eller som ikke har nogen effekt eller mangler dokumentation, er der, ifølge lægerne i begge diskurser, sket en overskridelse af de handlemuligheder, som lægen har beføjelser til. Af samme grund, kan det tænkes, at mange læger er bekymrede for at bringe patienter i fare, fordi de ikke på forhånd kender virkningen af alternativ behandling i sammenspil med konventionel behandling, selvom de gerne vil benytte sig af de alternative muligheder. Denne konflikt sker især når: ”modstridende diskurser samtidigt forsøger at organisere det samme sociale rum, bliver man interPELLeret i forskellige positioner på én gang.” (Jørgensen & Phillips 1999, 54). Det kan diskuteres, hvorvidt antagonismen er et problem inden for den politiske diskurs, eftersom størstedelen af politikerne ikke ønskede mindre, men mere alternativ behandling. Derfor er det ikke for politikerne et problem at fremme alternativ behandling, på samme måde som det er for lægerne. Derfor kunne denne positive holdning til alternativ behandling i politisk regi være en begyndende hegemonisk diskurs.

Lignende tendenser ser vi også hos nogle af lægerne i den imødekommende diskurs, hvor man i stedet argumenterer for, at effekten kan måles videnskabeligt på andre subjektive parametre end de traditionelle fysiske parametre, når der skal måles, hvorvidt en behandling virker eller ej. I den imødekommende diskurs er der i højere grad en op-hævelse af denne antagonisme, hvor man godt kan være både alternativ og konventionel behandler på samme tid, men alligevel understreger lægerne, at de først og fremmest er læger, og ikke vil sætte den alternative behandling over allopatisk medicin. Det kunne tyde på, at der trods alt stadig er en fortsat antagonisme, eftersom der igennem denne

identitet skabes et hierarkisk forhold mellem de to behandlingssystemer. Dog fjernes antagonismen delvist mellem de to behandlingsparadigmer ved at underlægge det ene behandlingssystem det andet, fordi der herved opstår en hegemonisk intervention, hvor den konventionelle behandling vinder dominans igen. Men så længe befolkningen og måske flere læger vedbliver med at pleje interessen for det alternative felt, så det er stadig uvist, hvilken retning det bevæger sig hen imod.

### **Del 3**

Som nævnt vil diskussionsdelen tage udgangspunkt i en drøftelse af, hvorvidt der kan findes en relation mellem diskurserne i analysen og væksten i spiritualitet? Resultatet heraf ser vekslende ud. Både inden for staten og lægestanden er der diskurser som er for og imod integreringen af alternativ behandling i sundhedsvæsenet. Dette er med al sandsynlighed udtryk for, at en hegemonisk diskurs nu udfordres af antagonistiske diskurser både i forhold til magt og viden. Som det blev set i analysen handler det om for de to diskurser, især den negative, at etablere en form for dominans på sundhedsområdet gennem en forståelse og definition af evidens og videnskabelig argumentation. Hvordan evidensen skal defineres, er der imidlertid ikke konsensus om. Der bliver heller ikke eksplicit nævnt noget om det alternative behandlingssystems varetægelse af åndelige eller spirituelle aspekter, eller for den sags skyld lægernes eller politikernes egen eventuelle spirituelle overbevisning.

#### **3.1. Spiritualitetsniveauer, handling og sprogbrug**

Der ses sandsynligvis forskellige spiritualitetsudtryk afhængigt af, om der er fokus på patienterne/brugerne eller lægerne/behaviorerne. Det er derfor fordelagtigt at skelne mellem behandlere og brugere, men samtidig ligeledes skelne mellem en individuel og kollektiv spiritualitet, samt mellem implicite og eksplicite<sup>21</sup> spiritualitetsformer. Således kan vi, som forskere, bedre kategorisere, hvad det er, vi ser empirisk, hvis dette udspecificeres.

---

<sup>21</sup>Når jeg taler om eksplicit spiritualitet forstås de tilfælde, hvor man med et reflekteret spirituelt sprogbrug italesætter en overbevisning om en indre eller ydre immanent eller transcendent kraft og energi. De implicite spiritualitetsformer vil jeg betegne som dem, der har et udpræget sekulært fundament for eksempel kunst, holistisk velvære, humanistisk filosofi m. fl.

En spirituel revolution må siges at være overvejende fraværende i den statslige og lægelige diskurs om alternativ behandling i henhold til denne analyse, hvor spirituelle tendenser ikke eksplicit kommer til udtryk. Kun én af lægerne (Frank Thor Jørgensen), nævner spiritualitet, som en vigtig faktor i alternativ behandling, og som en modsætning til videnskaben (Jørgensen 2. nov., 2005). Hermed begrundes jeg fraværet af spiritualitet, særligt inden for de lægefaglige diskurser, i lægernes stadige tilslutning til et videnskabeligt paradigme. Selvom de fleste læger i den imødekommende diskurs vel og mærke er åbne over for subjektive målinger af bedring. Et par af lægerne nævner også holisme, som en central faktor, men ikke mere end i den forstand, hvor *hele* individet skal tages i betragtning i et sygdomsforløb. I analysen gav politikerne desuden udtryk for, at alternativ behandling godt kunne inkorporeres uden evidens for dens virkning og afviste derfor evidensen, som det afgørende element i diskussionen om, hvorvidt alternativ behandling skulle accepteres mere på lige fod med den konventionelle behandling. En sådan tilsidesættelse af evidens samt holistisk sygdomsopfattelse, kunne minde om de spiritualitetsdefinitioner, som eksempelvis Woodhead og Heelas fremhævede. Jeg vil i nedenstående diskutere, hvorfor det alligevel kan være problematisk at kalde lægerne og politikerne for spirituelle. Dette behøver ikke at betyde, at spiritualitet er fraværende i det hele taget, men at den kommer til udtryk på andre parametre, som det er vigtigt at sondre imellem. Derfor er det ligeledes særligt relevant at se på, hvordan spiritualitetsbegrebet kan defineres og bruges i forskellige situationer, da det er et yderst kontekstuel begreb.

Ifølge Woodhead og Heelas', samt Sheldrakes definitioner anses spiritualitet som værende en holistisk anskuelse af individet og sygdom, hvor krop, sind og ånd fremhæves i en helhedsorienteret kontekst. Heelas fremhævede at spiritualitet i forbindelse med alternativ behandling kunne være en overskridelse af det naturvidenskabelige, og dermed sekulære, gennem en pragmatisk tilgang til alternativ behandling. Heelas forklarer nemlig, at der sjældent er eksplicite spirituelle forestillinger eller sprogbrug involveret i alternativ behandling på samme måde, som vi ser det i andre former for spiritualitet (Heelas 2012, 264-65). I stedet må man se på andre kriterier i forbindelse med alternativ behandling for at vurdere, hvorvidt det er et fænomen, der hører ind under spiritualitet<sup>22</sup> eller ej.

---

<sup>22</sup> En transformativ spiritualitet, jf. tidligere nævnte spiritualitetszoner, ifølge Heelas teori (2012).

Til dette fremhæver Heelas sondringen mellem videnskab og pragmatik. I alternativ behandling er det grundet sin ofte uvidenskabelige fremgangsmåde ikke muligt at teste behandlingerne videnskabeligt. Derfor er man mest interesseret i den umiddelbare virkning, fremfor at det skal bevises via videnskabelige metoder. Hvis det virker, så virker det. Det er, ifølge Heelas, i fraværet og fravælgelsen af videnskabelig evidens at alternativ behandling overskrider det sekulære. Derfor er alternativ behandling en form for spiritualitet, der hører ind under den transformative spiritualitetszone grundet denne overskridelse (ibid., 263-64). Ud fra disse definitioner ville man kunne kalde flere af lægerne og politikerne i den imødekommende diskurs for spirituelle<sup>23</sup>. En sådan tankegang kan dog være problematisk. Der findes alternative behandlingsformer, som rigtig nok er pragmatiske, og som overskrider videnskabelig evidens i deres fremgangsmåde, men betyder dette at de *de facto* er spirituelle? Ifølge Steve Bruce og David Voas kan man i denne sammenhæng højst kalde alternativ behandling for pseudovidenskab (Voas & Bruce 2007, 51).

Hvis man derimod definerer spiritualitet, som for eksempel Peter la Cour *et al.* gør det, vil man ikke i samme omfang kunne kalde lægerne eller politikerne spirituelle. La Cour opstiller tre forudsætninger, som alle skal være opfyldt, før der kan være tale om spiritualitet: 1. muligheden for en anden verden end den vi kender (vertikal transcendens), 2. at begrebet er afhængigt af kontekst, situationer, aktiviteter eller handlinger, og 3. en individuel længsel og oplevelse af en speciel samhørighed skal være til stede (la Cour *et al.* 2012, 80).

Når brugerne opsøger de alternative behandlere, må man yderligere se på, hvilket motiv de har. Begrunder de brugen af alternativ behandling i en spiritualitetslignende forestilling, som eksempelvis La Cour definerer i ovenstående, eller opsøger de udelukkende en behandler med det formål, at få det bedre fysisk, eller fordi de er utilfredse med det konventionelle sundhedsvæsen? Dette er en pointe som fremhæves af Ahlin i hans artikel ”The Growth of Alternative Therapy: An Argument Against the Secularization Thesis” (2015). Her gør han opmærksom på den vigtige forudsætning, der ligger i, at begge parter, det vil sige behandleren og patienten/brugeren, skal opsøge behand-

---

<sup>23</sup> I forbindelse med spiritualitetstendenser i sundhedsvæsenet vil det primært give mening at kigge på den imødekommende diskurs, hvorfor jeg i diskussionen ikke inddrager den negative diskurs, da denne grundet sit indhold ikke vil udvise spiritualitetstendenser.



lingen med et spirituelt motiv. Der er, ifølge Ahlin, kun få brugere, der opsøger en alternativ behandler på baggrund af en spirituel tro og man kan i højere grad konstatere, at populariteten skyldes motiver, så som egen indflydelse på sit helbred og utilfredshed med det generelle sundhedsvæsen (Ahlin 2015, 406).

Før et sådant gensidigt motiv er gældende, kan der ikke være tale om egentlig spiritualitet eller i den henseende en spirituel vending inden for sundhedsvæsenet. Selvom lægen eller brugeren ikke er spirituel er det sandsynligt, at de møder patienter eller behandlere som er det. I den henseende er der også forskel på, om lægen, som det for eksempel var tilfældet i analysen, accepterer at patienten har en spirituel overbevisning, men ikke selv tror på praksissen. Praksissen kan, ifølge Ahlin, også sagtens forekomme som værende ikke-spirituel på trods af behandlerens egen religiøse eller spirituelle overbevisning (Ahlin 2008, 26). Hvis der ikke er overensstemmelse og refleksivitet mellem individets udsagn (normative forestillinger) og handling (deskriptive praksisser), er der overraskende mange individer, som kan kaldes spirituelle.

Som del af en konceptualisering af spiritualitet er der i forskningen (eksempelvis Jespers 2011; Heelas 2012; Sheldrake 2014) blevet fremhævet begrebet om *sekulær spiritualitet*, da dette kan indikere en blanding af sekulært og spirituelt sprogbrug og forestillinger, som kan være relevant i enkelte sammenhænge, hvor grænserne mellem spiritualitet og det sekulære virker slørede. Denne betegnelse er jeg dog betænkelig ved at bruge på baggrund af de samme vanskeligheder, som nævnt ovenover nemlig; eksplicit reflekteret sprogbrug og handling, som ligeledes gør sig gældende for denne term. Det er i så fald vanskeligt i forskningssammenhænge at skelne mellem, hvornår et individ er egentligt spirituelt, når termen sekulær spiritualitet bruges. Man strækker i så fald begrebet til en grad, så det tilnærmelsesvis bliver altinkluderende, og som konsekvens heraf udhules (Voas & Bruce 2007, 44).

Man kan heller ikke benægte, at en stor del af klienterne og behandlerne inden for alternativ behandling bruger det på baggrund af en pragmatisk ureflekteret forståelse, der højst strækker sig til en forestilling om et godt helbred og subjektivt velvære, og i så fald ud fra dette kalde dem spirituelle. Hos lægerne i afhandlingens empiriske del bunder deres spiritualitetslignende tendenser nok snarere i en psykologisk, subjektiv og individualiseret tilgang til sygdomsforståelse end i egentlig spiritualitet. Dette velvære skal højst sandsynlig kobles sammen med den subjektive vendings værdisæt, som Heelas selv erkender bærer en stor del af udviklingen inden for sundhedssektoren, hvor fokus

på patienten som subjekt er blevet centralt (Heelas 2006, 16). Derfor ville det heller ikke kunne kaldes eksplicit spiritualitet, da man i så fald fokuserer mere på fysisk velbefindende end på spirituelle forestillinger.

Dette betyder ikke, at implicit spiritualitet ikke kan være spiritualitet, men det ville være et overgreb at påstå, at alle dem med implicite spiritualitetstendenser de facto er spirituelle, især for de individer, som aldrig selv ville betegne deres brug af eksempelvis alternativ behandling som spirituel i det hele taget. Heelas fremhæver selv følgende i relation til sprogbrug, alternativ behandling og sammenhængen med spiritualitet:

the fact that CAM people relatively rarely use words like ‘sacred’, ‘pure’ or ‘ultimate’, suggests that sacred healthcare, of a fluffy-fledged spiritualities of nature, is not all that common. (One reason why the evidence is inconclusive is that adventitious influences, on language use, could explain why terms like ‘sacred’ are not used: they are culturally unpopular for example.) If the language of spirituality should be used, pragmatic CAM is ‘practically’ spiritual; when the language is not in use, CAM is probably being treated as ‘just’ a practical technique (...) It is likely that most of their participants simply do not consider themselves to be seeking contact with the sacred, let alone experiencing it; simply do not bother with such matters. Whatever practitioners might believe in, numerous participants treat practices as resources for their secular lives, including their activities as consumers of pleasurable experience. (Heelas 2012, 265).

Heelas erkender derfor, at der kan mangle et spirituelt sprog samt interesse hos dele af brugerne inden for alternativ behandling og dér hvor det spirituelle sprog mangler, må der være tale om udelukkende praktiske teknikker. Omvendt må det forstås som spiritualitet, når et spirituelt sprog benyttes. Denne pointe er jeg enig i, og det understøtter desuden ovenstående pointer om eksplicit og implicit spiritualitet samt motivet for brugen.

Samtidig er interesseorganisationer som for eksempel ‘Spirituel orienterede læger i Danmark’ (SOL) et godt eksempel på, at en spirituel diskurs, som er ved at udfordre det videnskabelige paradigme, som forefindes inden for lægestanden. Her benyttes et eksplicit spirituelt sprogbrug og forestillinger i omtalen af organisationen:

Dette interesse-netværk er for alle læger, der ærligt undersøger eller ønsker at undersøge nye koncepter og muligheder for sundhed, behandling, opnåelse af helhed og indre fred både for sig selv - og for klienter, pårørende eller patienter. Det er for de læger, der - som patienterne ofte gør - tænker: ”Der må være noget mere...”. Det er et forum hvori det er tiltænkt, at medlemmerne kan ytre sig trygt i en ny kultur der baseres på accept af forskellighed, nytænkning, gensidig støtte og inspiration. (...) Kulturen rummer flere tabuer:

- Spiritualitet (for lægerne selv såvel som patienterne).
- Holisme og selvhelbredende kræfter.
- Komplementær behandling, derunder f.eks. anvendelse af vitaminer, mineraler og kosttilskud eller forskellige selv-helingsteknikker som en væsentlig del af behandlingen. (<http://spiritnet.dk/solidanmark/?side=1362>)

Her ses et eksempel på en eksplicit spiritualitet hos en gruppe læger. Hjemmesiden bruger et spirituelt sprog og vendinger, så her foreligger kun lidt tvivl om denne gruppes placering på spiritualitet-spekteret. Samtidig vil SOL skabe en ny kultur, der ikke bundes i et videnskabeligt paradigme. Til forskel for den imødekommende diskurs i analysen, var mange af lægerne her ikke helt parate til at indgå i en sådan kultur på alle dets præmisser.

Det må ligeledes erkendes, at SOL's synspunkter langt fra gør sig gældende hos størstedelen af lægestanden i Danmark, da netværket til dato kun har 64 medlemmer sammenlignet med antallet af læger i Danmark på 20.170 2010 (Sundhedsstyrelsen, 2010, 7). Af samme grund kan det diskuteres, hvor omfattende denne tendens er. Tværtimod skal lægernes brug af alternativ behandling i denne analyse i højere grad tillægges en sekulær betydning, eftersom de ikke lader et alternativt behandlingsparadigme dominere deres identitet som læger, selvom de gerne så andre behandlingsformer inkorporeret i den konventionelle medicin. Tendensen til at tage afstand fra det spirituelle står i modsætning til de alternative behandlere, som arbejder uden for sundhedsvæsenet. Her kan 60% af de alternative behandlere udenfor den etablerede sundhedssektor i Danmark karakteriseres som værende spirituelle (Ahlin 2015, 410).

Selvom de fleste læger i denne case ikke kan betegnes som eksplicit spirituelle, ændrer det ikke på, at legitimeringen af alternativ behandling generelt i befolkningen muligvis skaber grobund for at flere læger, som før har været tilbageholdende med deres

individuelle spirituelle eller religiøse overbevisning nu træder frem, hvorfor det kan indikere, at der sker en vækst inden for spiritualitet i sundhedssektoren. Denne tilslutning kan dog i lige så høj grad skyldes, at lægerne først nu ser en mulighed, for at kunne italesætte deres spiritualitet. Ligeledes kan det tænkes at det først er nu, at de får sat ord på, hvad de har følt igennem længere tid. Dette må dog ikke forveksles med at hele sundhedsvæsenet i så fald bevæger sig mod en spirituel orientering, da der er stor forskel på lægernes individuelle spiritualitet, og de tendenser, vi ser i sundhedsvæsenet generelt.

Det er foruden den ovenstående sondring mellem eksplicit og implicit spiritualitet samt individuel spiritualitet nødvendigt at vurdere, hvilke alternative praksisser, der benyttes mest. David Voas og Steve Bruce fremhæver nemlig forskelligheden mellem behandlingsformer og skelner dermed også i behandlingernes spiritualitetsniveau. Alt i alt er antallet af spirituelle individer og størrelsen af den spirituelle vækst, ifølge Voas og Bruce, overvurderet, da det ikke er de spirituelle praksisser, som benyttes mest, men tværtimod de mere sekulære (Voas & Bruce 2007, 46;49-50). En tendens, som ligeledes indgik i analysen, hvor flere læger valgte de metoder fra, som de anså som værende for alternative eller spirituelle, eller som var sværere at underlægge kontrollerede forsøg. Derfor er det heller ikke et iboende kendetegn ved alternativ behandling, at der skal være spiritualitet til stede, for at det kan blive brugt i sundhedssektoren.

Voas og Bruce fremhæver at det ikke er ligegyldigt om det er healing eller naturmedicin, som bliver mest benyttet, da de hver især har meget forskellig filosofisk, religiøs/spirituel og kulturel baggrund. Det er heller ikke retvisende kun at se på den alternative behandler, da denne, i hvert fald uden for sundhedsvæsenet, sandsynligvis vil være langt mere spirituel end sine klienter (Voas & Bruce 2007, 50;56; Ahlin 2008, 26).

I filtreringsprocessen, hvor lægerne eller brugerne vælger de teknikker som lettere kan underlægges randomiserede forsøg, opstår også muligheden for at erkende alternativ behandling som noget udelukkende sekulært. Det er derfor ikke uvæsentligt at undersøge, hvad der menes, når betegnelsen ’alternativ behandling’ benyttes, da der i forskellige grupper er stor forskel på, hvordan det bliver forstået og praktiseret samt hvad der i det hele taget forstås som værende alternativ behandling. Et norsk studie fremhæver eksempelvis, at definitionen af alternativ og komplementær behandling ikke er homogen, når det tages i brug på hospitaler i Danmark og Norge. Salomonsen *et al.* forklarer, at der i deres undersøgelse af brugen af alternativ behandling på hospitaler, var respondenter (her ansatte på hospitaler, dvs. læger og andre sundhedspersoner), som ikke anså

eksempelvis akupunktur som alternativ behandling (Salomonsen et al. 2011, 6). Voas og Bruce understreger, at jo bredere distribuering de holistiske og alternative praksisser får, jo mindre spirituelle vil de i sidste ende forekomme (Voas & Bruce 2007, 57).

Så selvom Woodhead og Heelas argumenterer for at stigningen i alternativ behandling er udtryk for en øget interesse i holistisk mind-body-spirit-spiritualitet, vil jeg påstå, at væksten i alternativ behandling i højere grad skyldes den subjektive vending, og at det er denne, vi ser gennemtrænge sundhedssektoren og de politiske tiltag, fremfor en spirituel vending. At spiritualitet går godt i spænd med den subjektive vending, kan derfor tolkes som værende et biprodukt snarere end en decideret konsekvens af samme, og man skal være forpasselig med at antage, at den subjektive vending er lig med en proportionel vækst i spiritualitet. David Voas og Steve Bruce understreger desuden, at det ville være forkert at fremhæve en tolkning af selvet som helligt, i spirituel forstand, og forveksle det med en moderne tolkning af selvet som værdifuldt og selvdeterminerende i sekulær forstand (ibid., 44).

Jeg erklærer mig derfor overvejende enig med Lars Ahlin, når han fremhæver følgende pointe: ”it seems difficult to conclude that the growth of alternative therapy is a consequence of a ‘spiritual revolution’ or a ‘spiritual turn’; rather, it seems to be a consequence of ‘the subjective turn’ in general.” (Ahlin 2015, 407). Det er således ikke utænkeligt, at flere af lægerne grundlæggende er utilfredse med det konventionelle system, og af den grund ser muligheder i den alternative behandling, som favner subjektet og dermed patienterne, men også i større grad lægerne. Omvendt er der læger, som vælger at bekende sig helt til en bestemt alternativ behandlingsform. De sidstnævnte vil dog oftest bryde ud af det konventionelle system som konsekvens af deres overbevisning, da denne ikke lader sig forene med det konventionelle behandlingssystem (Heelas 2006, 17)<sup>24</sup>. Det kunne også tænkes, at disse læger ville score højest på individuel spiritualitet.

Vi kan ud fra analysen se, at det i stedet for spirituel interesse er autoritære forhold og magtstatus, som der kæmpes om inden for alternativ og konventionel behandling. Som Ahlin udtaler:

Therefore, this almost seems like a struggle located in the medical and psychiatric field, in which alternative therapy is the combatant wrestling with institutional

---

<sup>24</sup> Heelas taler her om sygeplejersker i det engelske nationale sundhedsvæsen, men der er ikke umiddelbart grundlag for at antage, at denne udvikling ikke skulle gøre sig gældende for læger i en dansk kontekst.

medicine in regard to the definition of what good health is and what good healthcare is. (Ahlin 2015 412).

Denne brydekamp synes ganske nærværende i analyseafsnittet, jf. del 2. Her bliver det ikke kun en intern kamp mellem lægerne, men også en kamp om folkets gunst, som politikerne forsøger at vinde gennem flere alternative behandlingstiltag, da interessen for alternativ er stigende i befolkningen. Her skal det understreges, at der er stor forskel på at efterkomme et eventuelt spirituelt behov fra en vælger eller en patient, sammenlignet med selv at være spirituel som politiker eller læge. At man ser en stigende tolerance og brug af alternativ behandling, er ikke det samme som selv at tro på dette. Derfor kan man i nogle henseender stille spørgsmålstegn ved, hvor dybtgående troen på alternativ behandling er fra lægernes og politikernes side, og om andre faktorer spiller ind, for eksempel magt, som jeg har argumenteret for i analysen.

### **3.2 Integration af behandlingsparadigmer**

Det store spørgsmål der fortsat trænger sig på er, hvorvidt alternativ behandling overhovedet kan inkorporeres i det konventionelle system og i så fald hvordan? Helle Johannessen og Ann Ostfeld-Rosenthal (2012) og Ian Coulter (2004) understreger, at en sådan integration heller ikke vil være uden kompromisser og problemer.

Coulter peger blandt andet på hierarkiet mellem behandlingssystemerne som en udfordring. Som det også blev påvist i analysen, kan der være tendens til, at det konventionelle behandlingssystem vil dominere over det alternative. Når lægerne i begge diskurser ligeledes kontinuerligt etablerer denne hierarkiske forskel mellem behandlingerne, kan det hænge sammen med, at lægerne i den imødekommende diskurs gerne vil accepteres af kollegaerne inden for den negative diskurs. Accept og tolerance er lettere optjent blandt disse kollegaer, hvis de imødekommende læger formår, at legitimere de alternative behandlinger ud fra en hierarkisk forståelse af de to behandlingssystemer. Dog ses der fra politikernes side en velvilje til at indføre mere alternativ behandling, hvilket ifølge lægerne er på bekostning af den konventionelle behandling. Dette hænger sandsynligvis sammen med at politikerne, som folkevalgte repræsentanter, forsøger at efterkomme de ønsker, som foreligger hos befolkningen om øget anerkendelse af alternativ behandling.

Coulter præsenterer fire forskellige integrationsscenarier: 1. at alternativ behandling integreres, men ikke kommer i berøring med konventionel allopatisk medicin, og samarbejdet mellem de konventionelle og de alternative behandlere ganske begrænset 2. at alternativ behandling bliver inkorporeret, som en afart af konventionel medicin, men som derfor kun får begrænsede handlemuligheder, og skal behandle sygdom ud fra konventionelt stillede biomedicinske diagnoser, 3. at det kun er læger, der udfører de alternative behandlinger, og at de alternative behandlere derfor marginaliseres 4. at konventionel og alternativ medicin bliver set som ligeværdige, hvor der vil være et stærkt samarbejde mellem de konventionelle og alternative behandlere. (Coulter 2004, 106). Den sidste mulighed er naturligvis den optimale i forhold til dem, som går ind for alternativ behandling, men ud fra analysen, vil denne mulighed have trænge kår, da de fleste af lægerne sandsynligvis vil bibeholde deres status og magtposition. En fuld integration, som den fjerde mulighed indebærer, vil, ifølge Coulter, i sidste ende ”transform biomedicine” (ibid.), hvilket kan true lægernes position. Ud fra analysen ville jeg pege på enten integrationsmulighed 2 eller 3, som de mest realistiske kandidater, set ud fra lægernes synspunkt.

Lægerne vil sandsynligvis sørge for at bibeholde deres status og magtposition i sundhedsvæsenet, hvis integrationsmodel 2 eller 3 vælges. Det kan derfor være fordelagtigt ud fra sådant et perspektiv, at lægerne udfører de alternative behandlinger selv. Dermed opnår de større kontrol med området eller undgår, at skulle forholde sig til alternative behandlere som en særskilt gruppe uden for lægestanden. Hvis lægerne skulle vælge mulighed 1, ville det være ud fra en forestilling om, at de to behandlingssystemer ikke bør have berøring med hinanden, som der også var tendens til at antage blandt lægerne i den negative diskurs. Denne mulighed vil dog gøre det sværere for lægerne, at få indflydelse på det alternative behandlingsområde, hvilket taler mere imod, at de skulle vælge denne mulighed. Den sidste mulighed ville højst sandsynligt være udelukket ud fra synspunkterne i analysen, da behandlingssystemerne er for forskellige til, at kunne sidestilles, ifølge lægerne.

Hvis man skal se det fra politikernes synspunkt ville mulighed 1 eller 4 være relevante i henhold til analysens resultater. Det lader til ud fra analysen, at politikerne ønsker, at flere alternative behandlere anerkendes for deres behandlinger. Desuden fremhæves det, at det konventionelle behandlingssystem kunne drage fordel af det alterna-

tive, hvilket ligeledes taler for en inklusion, hvor behandlingssystemerne anses som ligeværdige, som i mulighed 4. Mulighed 1 kan derimod ses som den mindst indgribende at indføre for politikernes vedkommende. Da behandlingssystemerne fungerer adskilt, truer dette ikke lægernes status som sådan, men opfylder stadig et behov for alternativ behandling hos befolkningen. Samtidig ville mulighed 2 være mest relevant for Socialdemokraterne og Styrelserne, da denne stadig bibeholder konventionel behandling, som værende overordnet alternativ behandling. Det var nemlig en fremtrædende pointe hos Styrelserne, at de alternative behandlere ikke var kompetente nok til at varetage lægefaglige opgaver og derfor ikke skulle udføre dem selv, her eksemplificeret gennem manipulation af rygsøjlen.

Under alle omstændigheder vil det ofte være på bekostning af det alternative behandlingssystem, hvis dette skal integreres i det konventionelle, fordi systemerne ”hold fundamentally contradictory metaphysical beliefs, and differing philosophies, about health and healthcare.” (ibid., 103). Lægerne her i analysen vi derfor ikke tilsidesætte deres lægefaglighed til fordel for alternativ behandling, og de argumenterer for, at evidens er det ypperste kriterium hvis alternativ behandling skal inkorporeres i konventionel medicin. Dermed viser de grundlæggende: ”a preference for one form of knowledge over another. It is also a claim for the primacy of the epistemological basis of orthodox medicine.” (ibid., 109). Coulter ser derfor kun tre mulige løsninger på integrationen: Enten integreres alternativ behandling *uden* sit filosofiske og spirituelle element, eller også integreres det med disse forestillinger, og transformerer den konventionelle medicin i det skjulte. En sidste mulighed, som bliver hans endelige bud er, at formulere et ’metaparadigme’, som tillader de to paradigmer at sameksistere (ibid., 115).

I de tilfælde hvor den alternative behandling skulle blive integreret uden sit filosofiske element, kan man da stadig kalde det alternativ behandling? Denne problematik berører Johannesen og Ostenfeldt-Rosenthal kort, da de pointerer, at det højst sandsynligt er i de alternative behandlings forskellighed fra det konventionelle system, der gør dem attraktive for brugerne:

Man kunne derfor forestille sig, at inklusion ville bevirke, at man smed barnet ud med badevandet i den forstand, at man ved at rense alternative behandlingsformer for deres eksotiske og fleksible betydningsunivers fjernede selve grundlaget for deres virkning. (Johannesen & Ostenfeldt-Rosenthal 2012, 131).



Heelas konkluderer ligeledes, at de alternative behandlinger, som kommer fra en rig religiøs eller spirituel tradition qua dette, tiltrækker de spirituelle individer. Omvendt vil den konventionelle behandling sandsynligvis inkorporere de behandlinger, som lettere kan tillægges en sekulær forståelse og som derved tiltrækker de sekulære ikke-spirituelle individer. Her vil de alternative behandlingsmetoder, som nævnt tidligere, bruges som udelukkende praktiske teknikker (Heelas 2012, 268-69).

### **3.3 Konklusion og afsluttende bemærkninger**

De væsentligste samfundsforandringer, som har haft indflydelse på spiritualitetsfænomenet, har været den subjektive vending. Da individet dermed har fået større autoritet, søger man autenticitet i sin tilværelse, og derfor fravælges traditionelle roller og autoriteter. Samtidig har det medført, at flere benytter sig af alternativ behandling, da dette behandlingsparadigme benytter sig af en overvejende subjektiv tilgang, hvor individet har direkte indflydelse på sin behandling, sammenlignet med den konventionelle behandling, hvor det er et objektivi individ, der kun har ganske lidt indflydelse på behandlingsforløbet. Den subjektive vending siges at have medført en stigning i spiritualitet, både i holistiske miljøer, men også i sundhedsvæsenet, hvor eksempelvis læger og sygeplejerske i højere grad inddrager alternativ behandling i deres daglige praksis. Men er denne stigning i brugen af alternativ behandling blandt autoriserede sundhedspersoner udtryk for en spirituel vækst? Ifølge analysen kan dette *ikke* bekræftes.

Der blev fremhævet to overordnede diskurser i relation til, hvorledes alternativ behandling fremstilles ud fra staten og autoriserede lægers synspunkt i en dansk kontekst: En negativ og en imødekommende diskurs. Den negative diskurs var repræsenteret ved Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed samt Lægeforeningen og i 20/37 artikler i *Ugeskriftet for læger*. I denne diskurs handlede det i høj grad om, at etablere status quo, hvor et primært objektivi biomedicinsk paradigme var dominerende. Derfor blev det fremhævet, at alternative behandlere ikke havde de nødvendige kompetencer til behandling og diagnosticering af alvorlig sygdom, og at dette i sidste ende var til fare for patienten, hvis behandlerne gav associationer om det modsatte. Den alternative behandling blev i værste fald fremstillet som kvaksalveri og overtro uden mulighed for at påvise evidens for deres behandlinger, da disse var for absurde.

Samtidig var den imødekommende diskurs repræsenteret gennem politikerne og i 17/37 artikler fra *Ugeskriftet for læger*. Her var man i højere grad åben for, at det biomedicinske paradigme ikke har svaret på alt. Alligevel var der en tendens blandt lægerne i denne diskurs til at vælge deres lægelige identitet og faglighed over alternativ behandling. Der var dog fokus på, at man kunne finde andre sandheder i alternativ behandling, og at effekten af de alternative behandlinger eksempelvis kunne måles ud fra subjektive parametre i stedet for at blive underlagt objektive evidenskriterier. Politikerne var derimod parate til helt at tilsidesætte evidenskriteriet til fordel for en mere pragmatisk forestilling om, at hvis de alternative behandlinger virker for den enkelte eller at de alternative behandlere har brugt en bestemt behandling med succes gentagende gange, så kan det være evidens nok i sig selv.

I begge diskurser var der tillige tendens til at vælge de mere sekulære alternative behandlingsformer eller de behandlinger, som var lettere at filtrere fra deres kulturelle og religiøse ophav, og dermed underlægges videnskabelige forsøg (eksempelvis akupunktur, som er populært hos læger). Derfor var det ikke alle former for alternativ behandling, som der ønskedes inkorporeret. Eksempelvis blev healing, krystalterapi, homøopati m. fl. fremhævet, som værende for alternative til at kunne blive inkorporeret i konventionel behandling. Yderligere var begge diskurser opmærksomme på, at den alternative behandling i fremtiden skal underbygges med mere evidens. Hvordan denne evidens skal opnås, var der derimod ikke konsensus om. Samtidig handlede den diskursive differentiering blandt lægerne i højere grad om at stadfæste deres dominans på sundhedsområdet, end det handlede om spiritualitet i forbindelse med alternative behandlinger. Dette skyldes med al sandsynlighed, at både den konventionelle og alternative behandling kæmper om samme domæne: Sygdoms- og behandlingsforståelse, og de autoriserede læger har derfor fokuseret på at skabe afstand til de alternative behandlere, for derved at (bi)beholde autoritet.

Alt peger på, at det sandsynligvis har været den subjektive vending som har medført en større interesse for alternativ behandling, end det har været en spirituel revolution, som har drevet denne udvikling. Det medførte en diskussion om, hvor centralt det er at skelne mellem en implicit og eksplicit spiritualitetsforståelse. Hvis der ikke er overensstemmelse mellem individets handlinger og udsagn, er det problematisk at kalde dem spirituelle, selvom de tilsyneladende udviser tendenser, som passer på en given spiritualitetsdefinition. Derfor er det heller ikke en selvfølge, at fordi flere læger tilsyneladende

benytter sig af alternativ behandling (som i nogle tilfælde kan have et spirituelt islæt), eller at politikerne viser en positiv holdning over for det, at disse er spirituelle. Hvis de ikke selv tillægger behandlingerne en spirituel betydning, kan det problematisk at drage den konklusion. Af samme grund lader de eksplicitte spiritualitetsudtryk (for eksempel klart spirituelt sprogbrug og motiv) til at være fraværende set ud fra denne afhandlings resultater. Dog betyder dette ikke, at spiritualitet som fænomen er fraværende i sundhedssektoren, men at den kommer til udtryk på andre fronter, for eksempel i den individuelle spiritualitet hos politikere og læger. Denne manifesterer sig ikke markant på institutionelt niveau set ud fra analysen, da der ikke forekommer nogen eksplicit spiritualitetsoverbevisning eller ønsker om en gennemgribende ændring af status quo. De, som ønsker en sådan ændring, fravælger ofte det konventionelle behandlingssystem til fordel for et alternativt, hvor en eksplicit spiritualitet ligeledes kan rummes i større grad.

I fremtiden vil det være givende at lave flere dybdegående undersøgelser om for eksempel autoriserede sundhedspersoners individuelle trosforestillinger i forbindelse med spiritualitet. Ligeledes ville man skulle undersøge, hvordan disse forestillinger applikeres i deres erhverv. Derudover ville man skulle holde øje med den politiske udvikling på det alternative område. Særligt om lempelsen på området, som blev påpeget her i afhandlingen, fortsætter, og i så fald hvilke argumenter, der i fremtiden vil blive lagt til grund for denne lempelse. Dette indebærer yderligere, at vi som forskere hele tiden må tydeliggøre spiritualitetsbegrebet, og hvordan det skal bruges i den givne kontekst. Dog bør der som minimum være en forudsætning om, at der skal være overensstemmelse mellem udsagn og handling hos individet, før man kalder vedkommende spirituel, og at man i tilfælde af tvivl, forholder sig til den mulighed, at individerne ikke selv ville betegne sig som spirituelle, selvom enten udsagn eller handlinger korrelerer med en specifik spiritualitetsdefinition. Dertil er spiritualitetsfænomenet til tider for bredt defineret, så det opfanger udsagn og adfærdsmønstre, som ikke de facto behøver at omhandle spiritualitet.

## 4. Litteraturliste

### 4.1 Artikler

Ahlin, L.

2008 “The Meaning of Spirituality”: a discussion with its starting point in an investigation among alternative therapists”, *Implicit Religion*, vol. 11, pp. 25-38.

2015 “The Growth of Alternative Therapy: A valid Argument Against the Secularization Thesis?”, *Journal of Contemporary Religion*, vol. 30, pp., 399-413

Heelas, P.

2009 “Nursing Spirituality” in *Spirituality and Health International*, vol. 7, pp.8-23, Wiley InterScience.

Jacobs, A.

2013 “Spirituality: history and contemporary developments – An evaluation”, *Koers – Bulletin for Christian Scholarship* 78(1), Art. #445, 12 pp.

Jespers, F.

2011 “The Scientific Study of Religious and Secular Spiritualities”, *Journal of Religion in Europe*, vol. 4, pp. 328-354, Brill.

La Cour, P, et al.

2012 ”Six Understandings of the Word ’Spirituality’ in a Secular Country”, *Archive for the Psychology of Religion*, vol. 34, pp. 63-81, Brill.

Salomonsen, L., et al.

2011 “Use of Complementary and Alternative Medicine on Norwegian and Danish Hospitals”, *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11:4

Sheldrake, P.

2010 “Spirituality and Healthcare” in *Practical Theology*, pp. 367-379, Equinox Publishing, London.

Woodhead, L. & Sointu, E.

2008 ”Spirituality, Gender, and Expressive Selfhood”, *Journal of the Scientific Study of Religion*, vol. 47, pp. 259-276

## 4.2 Rapporter

Illemann, A & Ekholm, O et al.

2013 ”Alternativ behandling. Resultater fra Sundheds-og sygelighedsundersøgelsen 2013”, *Statens institut for folkesundhed*, Syddansk Universitet.

Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed

2016 ”Manuel behandling og kiropraktorers forbeholdte virksomhedsområde”.

Sundhedsstyrelsen

2010 ”Lægeprognosen for udbuddet af læger i perioden 2010-2030”.

## 4.3 Bøger

Adams, J.

2014 “Demarcating the medical/non-medical border. Occupational boundary-work within GP’s accounts of their integrative practices.”, *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine. Studies in Social Context*” pp. 141-157, eds. Phillip Tovey & Jon Adams, Routledge.

Ahlin, L

2007 *Krop, sind- eller ånd? Alternative behandlere og spiritualitet i Danmark*, 1. udg., Forlaget Univers.

Burr, V.

2003 “What is a Discourse?”, *Social Constructionism*, Routledge, kap. 4, pp. 73-92, London & New York.

Carette, J. & King, R.

2005 *Selling Spirituality. The Silent Takeover of Religion*, Routledge, London & New York.

Coulter, I.

2004 “Integration and paradigm clash. The practical difficulties of integrative medicine.”, *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine. Studies in Social Context*, pp. 103-122, eds. Phillip Tovey & Jon Adams, Routledge.

Heelas, P.

1996 *The New Age Movement. The Celebration of the Self and the Sacralization of Modernity*, Blackwell Publishers.

2008 *Spiritualities of Life. New Age Romanticism and Consumptive Capitalism*, Blackwell Publishers.

2012a “‘New Age’ Spirituality as ‘Tradition’ of Healthcare”, *Spirituality in the Modern World. Within Religious Tradition and Beyond*, pp. 252-270, vol. 1, Routledge, London & New York.

2012b “Om Making Some Sense of Spirituality”, *Spirituality in the Modern World. Within Religious Tradition and Beyond*, pp. 3-38, vol. 1, Routledge, London & New York.

Johannesen, H & Ostenfeld-Rosenthal, A.

2012) *Alternativ behandling: praksis og fakta*, Munksgaard, København.

Jørgensen, M.W. & Phillips, L.

1999 *Diskursanalyse- som teori og metode*, Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag.

Laclau, E. & Mouffe, C.

2014 [1985] *Hegemony and Socialist Strategy. Towards a Radical Democratic Politics*, Verso.

Launsø, L.

1996 *Det alternative behandlingsområde. Brug og udvikling; rationalitet og paradigmer*, Akademisk Forlag A/S.

Magnus, M & Murphy, A.

2004 *Lægeloven*, Jurist- og Økonomiforbundets Forlag

Sheldrake, P.

2013 *Spirituality: A Brief History*, Wiley-Blackwell

2014 *Spirituality: A Guide for the Perplexed*, London: Bloomsbury Academic

Torring, J.

1999 *New Theories of Discourse*, Blackwell Publishers.

Voas, D., & S. Bruce

2007 “The Spiritual Revolution: Another False Dawn of the Sacred”, *A Sociology of Spirituality*, pp. 43-61, eds. Peter C. Jupp & Kieran Flanagan  
Routledge London & New York.

Vincett, G. & L. Woodhead

2009 “Spirituality”, *Religions in the Modern World*, Second edition, pp. 320-337, ed. Linda Woodhead, Hiroko Kawanami og Christopher Partridge,  
Routledge, London & New York.

Woodhead, L. & Heelas, P.

2005 *The Spiritual Revolution. Why Religion is Giving Way to Spirituality*,  
Blackwell Publishing

#### 4.4 Links

Styrelsen for patientsikkerheds råd vedrørende alternativ behandling (SRAB):  
[www.srab.dk](http://www.srab.dk) sidst set d. 30/12 2017

Styrelsen for Patientsikkerhed <https://stps.dk/> sidst set d. 30/12 2017

Styrelsen for Patientsikkerheds afsnit om lægeforbeholdt virksomhed og kvaksalveri:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/det-risikobaserede-tilsyn/tilsyn-med-sundhedspersoner/kvaksalveri-og-laegeforbeholdt-virksomhed/> sidst set d. 30/12 2017

Spirituel orienterede læger i Danmark (SOL): <http://spiritnet.dk/solidanmark/> sidst set d. 30/12 2017

Ugeskriftet for læger: [www.ugeskriftet.dk](http://www.ugeskriftet.dk) sidst set d. 30/12 2017

Lægeforeningen: [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk) sidst set d. 30/12 2017

Lægeforeningens etiske regler: <https://www.laeger.dk/laegeforeningens-etiske-regler#2> sidst set d. 30/12 2017

Lægeforeningen: Høringssvar: Manipulationsbehandling af rygsøjler bør alene foretages af læger og kiropraktorer:

<https://www.laeger.dk/hoeringssvar-manipulationsbehandling-af-rygsoejler-boer-alene-foretages-af-laeger-og-kiropraktorer> sidst set d. 30/12 2017

Folketingsdebat om lovforslag nr. L 47 (kiropraktoreres forbeholdte virksomhedsområde – manipulation af rygsøjle), 1. behandling:

<http://www.ft.dk/samling/20161/lovforslag/L47/BEH1-19/forhandling.htm> sidst set d. 30/12 2017

Kiropraktorloven:

<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=46942> sidst set d. 30/12 2017

Definition af ‘holy’: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/holy> sidst set d. 30/12 2017



Definition af ’hegemoni’ i Den Store Danske, Gyldendal: <http://denstoredanske.dk/index.php?sideId=89891> af Georg Sørensen, Mogens Herman Hansen, sidst set d. 30/12 2017

Definition af ’paradigme’:

<http://sproget.dk/lookup?SearchableText=paradigme&onlyTitles=on> sidst set d. 30/12 2017

Carsten Bengt-Pedersen: paradigme i *Den Store Danske*, Gyldendal. <http://denstoredanske.dk/index.php?sideId=138500> sidst set d. 30/12 2017

## 5. Appendix over artikler

### 5.1 Artikler fra ”Ugeskriftet for læger” 2002-nu<sup>25</sup>:

Altaf, A. R. & Hansen, P. B.

2008 ”>Svar:”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 5/2008, 25. januar.

Amhild, P.

2002 ”Lægekunstens lethed”, i *Ugeskriftet for læger*, vol. 37/2002, 2. november 2005.

Andersen, N. V.

2005 ”Når Fru Jensen kommer med krystaller”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 16/2005, 31. oktober 2005.

Ballegaard, S. et. al.

2005 ”Grønt lys for udokumenteret behandling”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 27/2002, 2. november 2005.

---

<sup>25</sup> Der vil i nogle af artikelreferencerne forekomme forskellige årstal i henholdsvis årgangsnummeret og datoen, som jeg referere til i analysen. Dette skyldes, at artiklerne først i løbet af 2005 er blevet scannet ind elektronisk.

Bundgaard, B.

- 2011 ”Ny sundhedsforskning: hvidløg, rosenrod og coaching”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 44/2011, 28. oktober 2011.
- 2012 ”Ventegodt-dommen udstikker rammer”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 24/2012, 8. juni 2012.

Dahl, O

- 2005 ”Akupunkturbehandling”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 20/2002, 2. november 2005.
- 2007 ”Akupunktur”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 11/2007, 9. marts 2007.

Dige, U.

- 2002 ”Objektive effektmål eller »brugererfaredede« virkninger?”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 19/2002, 2. november.

Haller, J.

- 2005a ”Røgslør forude, politikere”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 14/2002, 2. november.
- 2005b ”Grønt lys for udokumenteret behandling”, *Ugeskriftet for læger*, 14/2002, 2. november.
- 2005c ”Lægetitlen er ikke beskyttet”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 11/2002, 2. november 2005.
- 2005d ”Slingrekurs over for alternative dokortitler”, *Ugeskriftet for læger*, vil. 12/2002, 2. november 2005.

Hansen, P. B.

- 2008 ”Svar:”, i *Ugeskriftet for læger*, vol. 9/2008, 22. februar 2008.

Jensen, G. R.

- 2009 ”Norske prutter”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 14/2009, 31. marts 2009.

Johansen, K.

2008 “Narcissistiske strømninger”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 3, 11. januar.

Johansen, F. K.

2016 ”Læger udfordrer skepsis over for alternativ behandling”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 2/2016, 25. januar 2016.

Jørgensen, F. T.

2005 ”Hvad tror du?” *Ugeskriftet for læger*, vol. 20/2002, 2. november, 2005.

Kirkskov, M. C. T.

2005 ”Er sandheden en elefant?”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 40/2004, 1. november 2005.

Larsen, K.

2005a ”Zoneterapi, homøopati: hvad skal man mene?”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 19/2004, 4. november 2005.

2005b ”Læge eller doktor?” i *Ugeskriftet for læger*, vol. 7/2002, 2. november, 2005.

Lindebjerg, J.

2016a ”BLOG – Jan Lindebjerg: Pseudovidenskabeligt funderet sundhedspolitik”, *Ugeskriftet for læger*, 26. juli.

2016b ”BLOG – Jan Lindebjerg: Om broer og flyvende tæpper” *Ugeskriftet for læger*, 4. august.

2017a ”BLOG – Jan Lindebjerg: RAB-ordningen er rablende vanvittig”, *Ugeskriftet for læger*, 30. marts.

2017b ”BLOG – Jan Lindebjerg: Homøopati er ikke naturmedicin – det er samtaleterapi med overtroisk overbygning”, *Ugeskriftet for læger*, 27. juni.

2017c ”BLOG- Jan Lindebjerg: Kvakademisk forskning nej tak!”, *Ugeskriftet for læger*, 20. januar.

Mouritsen, M.

2015 ”Læger kan belyse, men ikke bevise”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 21/2015, 12. oktober 2015.

Poulsen, J.

2002 ”Oprør fra sengekanten”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 17/2002, 4. November

Rogvi-Hansen, B.

2016 ”Lægestanden bør stå fast”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 4, 15. februar.

Rosted, P. & Jørgensen, V. R. K.

2005 ”Forskning i effekten af alternativ behandling”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 14/2004, 4. november 2005.

Sommer, T.

2016 ”Akupunktur er kommet for at blive i det danske sundhedsvæsen”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 4/2016.

Soriani, A.

2005a ”Hvad tror du?”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 32/2002, 2. november 2005.

2005b ”Hvad ved vi?”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 32/2002, 2. november 2005.

Stevnhøj, A.

2005 ”Nysgerrighed og skepsis”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 32/2002, 2. november 2005.

Touborg Bune, L & Tybjerg-Pedersen, S.

2008 ”Om lægers menneskesyn”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 12/2008, 14. Marts

Tuxen, A.

2009 ”Medicinsk mode og mysterier”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 10/2009, 4. marts 2009.

*”Et spirituelt sundhedsvæsen? En diskursanalyse af statens og autoriserede lægers syn på alternativ behandling i Danmark” - Louise Laursen - TOTEM nr. 41, forår 2018 – Side 85 af 85*

Volkman, H.

2005       ”Direktiver eller sundhed”, *Ugeskriftet for læger*, vol. 14/2005, 31. oktober 2005.