

At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: »Empowerment« i et medicinsk perspektiv

OVERSIGTSARTIKEL

Anne Charlotte Hvas & Janecke Thesen

Resumé

Formålet med denne artikel er at beskrive *empowerment*-begrebet i et medicinsk perspektiv. *Empowerment*-begrebet opstod ikke i sundhedsvæsenet, men som en reaktion på undertrykkelse og ulige magtfordeling i samfundet, primært i USA. Senere har det vundet indpas i relation til sundhedsfremme. *Empowerment*-strategier indebærer, at man arbejder imod undertrykkelse af grupper og enkeltindivider, og at man er opmærksom på, at magtrelationer hele tiden er til stede. *Empowerment* kan være såvel mål som proces og strategi, og indebærer både at styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter. Det konkluderes, at *empowerment* er særlig vigtig i relation til de svageste gruppe, og at det er en relevant strategi, hvis man ønsker en grundlæggende ændring i svage gruppers indflydelse på og kontrol over eget liv og helbred, for at opnå en større lighed i sundhed.

Empowerment nævnes med jævne mellemrum i relation til arbejdet i sundhedsvæsenet. Det anføres fx, at *empowerment* er en mulig vej, når det gælder nogle af de store opgaver, som sundhedsvæsenet står over for: Hvordan vi kan øge brugerindflydelsen, hvordan vi kan mindske uligheden i sundhed, og hvordan vi kan blive bedre til at arbejde sundhedsfremmende (1)?

Empowerment er efterhånden grundigt beskrevet, primært af andre faggrupper end læger. Men der er store forskelle i måden at se *empowerment* på, hvilket har medført en del begrebsforvirring. Det er et mangetydigt begreb, som ofte er til debat, og som giver grobund for forskellige holdninger. Vi er klar over, at der af den grund kan være andre, der har alternative fortolkninger end vores, men hverken vi eller andre har patent på facit.

Begreberne magt, afmagt, undertrykkelse og frigørelse er centrale begreber, når det gælder *empowerment* (2). *Empowerment* tager udgangspunkt i en kritisk forståelse og et syn på magten, der både afspejler den ulige fordeling af ressourcer og troen på menneskers muligheder for at tilkæmpe sig mere magt over eget liv (1).

Empowerment-strategier vil derfor indebære, at man arbejder imod undertrykkelse af grupper og enkeltindivider, og at man er opmærksom på, at magtrelationer, hvor den ene part er i underposition, hele tiden er til stede. Det kan fx handle om mennesker, der er udstødt af arbejdsmarkedet, mennesker fra andre kulturer, og mennesker der er præget af misbrug, psykiske symptomer, fattigdom osv.

Med udgangspunkt i to meget forskellige forskningsprojekter har vi, der begge er praktiserende læger, haft mulighed for at sætte os ind i *empowerment*-begrebet. Det ene projekt omhandler kvinders oplevelse af at være i overgangsalderen (4, 5), det andet handler om *empowerment* af mennesker med alvorlige psykiske lidelser (6). Såvel når det gælder behandling af raske kvinder, som behandling af psykisk syge, fremgår det, at læger kun sjældent bruger tid på at arbejde med patienternes stærke sider eller forholder sig til begreber som magt, undertrykkelse og stigmatisering.

Empowerment er et bud på, hvordan læger og patienter i fællesskab kan være med til at modvirke stigmatisering og mytedannelser, være med til at styrke den enkelte patient og tilføre grupper af individer større kontrol over deres egen situation.

Formålet med denne artikel er at gennemgå *empowerment*-begrebet i et medicinsk perspektiv. Vi ønsker at beskrive, hvad *empowerment* er, og til en vis grad hvorfor *empowerment* kan være god strategi. Til gengæld er det ikke vores hensigt i denne artikel at gøre rede for, hvordan *empowerment* udføres i det praktiske liv.

I artiklen relateres *empowerment* primært til arbejdet med patienter og patientgrupper, hvorfor denne betegnelse bliver brugt i det følgende.

Empowerment-begrebets historie

For aktører i sundhedsvæsenet, er det vigtigt at bemærke, at *empowerment*-begrebet ikke opstod i relation til sundhedsvæsenet, men var en reaktion på undertrykkelse og ulige magtfordeling i samfundet. *Empowerment*-begrebet blev især udviklet i 1960'ernes og 1970'ernes græsrodsbevægelser i USA, hvor undertrykte grupper kæmpede for lige rettigheder. De mest markante eksempler var kvindernes, de homoseksuelles og de sortes kamp for ligestilling, hvor grupperne dannede et stærkt sammenhold på egne præmisser og derved opnåede en betydelig styrke (1, 7). Begrebets historiske rødder og ideologiske fundament kan føres tilbage til Latinamerika hvor *Paulo Freire* udviklede sin teori om kritisk bevidstgørelse af den underprivilegerede gruppe (8).

Selv om *empowerment* ikke udsprang fra sundhedsvæsenet, blev en del af begrebsapparatet videreudviklet i protest mod selve det lægelige arbejde og ekspertvældet.

Julian Rappaport (9-11) har, som en af de første, prøvet at danne et teoriapparat omkring *empowerment*. Han tager bl.a. udgangspunkt i behandlersamfundets ønske om at overtale patienter til en speciel adfærd, for eksempel i forbindelse med forebyggelse. Han skriver i 1985, at de hjælpende professioner utilsigtet nedsætter menneskers egen evne til at modstå sygdomme ved at gøre dem afhængige og tage kon-

Rappaport: »Empowerment is a process by which people, organisations and communities gain mastery over their lives.« (11).

WHO: »In health promotion, *empowerment* is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health.« (WHO 1998 ID: 121) (12).

Skelton: »The notion of people having power to take action to control their own lives, and the processes of enabling them to do so.« (Skelton 1994 ID: 89) (16).

Rodwell: »In a helping partnership it is a process of enabling people to choose to take control over and make decisions about their lives. It is also a process, which values all those involved.« (Rodwell 1996 ID: 88) (19).

Garcia: »In short, it is the ability to choose among alternatives, to act, to intervene and to change. It involves an appropriate use and sharing, and not the abnegation, of power.« (Thesen & Kuzel 1999 ID: 82) (3).

Gibson: »A social process of recognising, promoting and enhancing people's abilities to meet their own needs, solve their own problems and mobilise the necessary resources in order to feel in control over their own lives.« (Gibson 1991 ID: 81) (20).

Wallerstein & Bernstein: »*Empowerment* is a social-action process that promotes participation of people, organisations, and communities towards the goal of increased individual and community control, political efficacy, improved quality of community life, and social justice.« (Forsyggelsespolitisk råd 2000 ID: 110) (21).

Fig. 1. Eksempler på definitioner af empowerment i den engelsksprogede litteratur.

trollen fra dem. Han opfatter *empowerment* som en mulighed for at udvikle nye alternativer uden for eksperterne, fordi det udspringer af troen på, at mennesker har helbredende kræfter i sig selv, eller at de kan udvikle dem i samarbejde med andre, i stedet for at give al kontrol og magt til lægerne.

Selv om *empowerment* således er startet uden for sundhedsvæsenet, eller som en kritik af ekspertvældet i det samme væsen, har begrebet vundet stigende indpas i relation til sundhedsfremme. I 1978, under WHO's Alma Atakonference, blev det slået fast, at deltagelse fra lokalbefolkningen er nødvendig for et sundhedsfremmende arbejde: »Health promotion is the process of enabling people to increase control over and to improve their health«, og i Ottawacharteret fra 1986 lanceredes *empowerment*, som en proces, der gør folk i stand til at øge deres kontrol over eget helbred og til at forbedre deres sundhed (12).

Der kommer således i sundhedsvæsenet en stigende erkendelse af, at *empowerment* er nødvendigt, for at menneskers skal opnå og bevare et godt helbred, ikke mindst i udsatte grupper.

Empowerment – styrkelse af patientens egne kræfter og modvirkelse af undertrykkelse

Empowerment handler grundlæggende om to ting. Det indebærer både at styrke patienternes egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter, der bevirker afmagt (13). Det er vigtigt at fastholde, at begge disse elementer skal være til stede, for at noget kan kaldes *empowerment*. Et eksempel kan belyse dette: Vi kan støtte og hjælpe et offer for mobning langt hen ad vejen, men hvis vi ikke også prøver at ændre selve mobningskulturen, er hjælpen klart utilstrækkelig.

Undertrykkelse kan opstå, hvis nogle mennesker udskilles fra »de normale«, som tilhørende »de andre«, ofte på baggrund af et kendetegn – et stigma – som hudfarve, alder, køn, adfærd, der tillægges negativ værdi (14). Stigmatisering giver grundlag for fordomme, der igen giver grobund

for diskriminering og undertrykkelse, eller som i eksemplet danner grundlag for mobning eller vold. Læger har selv gennem tiderne ofte deltaget i opdelingen mellem normalt og unormalt, ved fx at beskrive en speciel form for adfærd som »det normale« og give anderledes adfærd en sygdoms- eller afvigerdiagnose (13).

Undertrykkelse kan ske på mange forskellige niveauer, fra individniveau til statsligt og internationalt niveau (15). Undertrykkelse sker ikke kun udefra i kraft af magtanvendelse, men også indefra i form af selvundertrykkelse. Selvundertrykkelsen kan opstå, når et individ eller en gruppe i lang tid har været udsat for en negativ holdning fra omgivelserne, hvor denne holdning gradvis indoptages i individet eller gruppen. Et mobningsoffer kan fx efter lang tids mobning miste troen på sig selv og overtage omgivelsernes syn på sig selv som anderledes og mindre værdifuld. Selvundertrykkelse kan også opstå ved, at en person udskilles fra »de normale« i form af fx en psykiatrisk diagnose, og medbringer »de normales« fordomme, som nu rettes mod vedkommendes eget selvbillede.

Et vigtigt aspekt af *empowerment*, er arbejdet på gruppeniveau, hvor en gruppe af mennesker ikke har magt, men får det – eller tilkæmper sig det – først og fremmest gennem en mobilisering på gruppeniveau. Denne proces modvirker selvundertrykkelse og medfører mere viden, indsigt og indflydelse, og dermed magt til at ændre på gruppens grundlæggende forhold (16, 17).

Men *empowerment* på individniveau har også sin berettigelse og benævnes ofte psykologisk *empowerment* (15, 18).

Psykologisk *empowerment* handler om ændre sit selvbillede. Det handler om at afvise indre og ydre, egne og andres billeder af sig selv som en, der ikke kan, en der ikke fortjener bedre, en som andre har ret til at hundse med eller holde nede.

Zimmerman (18) siger, at man ikke kan forestille sig at opnå *empowerment* i et samfund, uden at dette samfund består af individer, der har opnået en vis grad af individuel *empowerment*, og som derfor har opnået den viden, indsigt og

indflydelse, der er nødvendig for at ændre på gruppens forhold. I grupper, hvor undertrykkelse spiller en væsentlig rolle, kan man også se, at det virker ansporende på resten, hvis enkelte af gruppens medlemmer opnår større magt.

Definitioner og sprogbrug

Mange har forsøgt sig med at give en definition af *empowerment*, hvilket ses af Fig. 1. Vores egen definition er enkel og inspireret af Prillettinsky: »Empowerment er det omvendte af undertrykkelse, og indebærer en reversering af undertrykkelsesprocesser i det enkelte individ og i samfundet.«

Empowerment er ikke kun et mål, begrebet bruges i lige så høj grad om strategien og processen frem mod målet.

Det har vist sig at være meget svært at oversætte ordet til dansk. *Power* kan oversættes fra engelsk med såvel magt, som styrke, evne og kraft (22) – alt sammen noget, der indgår i *empowerment*. Udsagnsordet »to empower« oversættes til dansk med »at give bemyndigelse til, give magt til«, hvilket lægger op til, at den stærke part afgiver eller uddelegerer magten. Men det handler ikke bare om at give eller afgive magt, men i lige så høj grad, eller højere, om at et individ eller en gruppe erobrer magt. Samtidig bruges begrebet også til at beskrive, at en tredje part, fx en sundhedsarbejder, går ind og støtter og hjælper patienten til at få øget kontrol (Fig. 2).

Det er især i denne sidste betydning, at begrebet har vundet indpas i sundhedssektoren. Blandt sundhedsprofessioner opfattes *empowerment* ofte som »en strategi for at styrke patienternes kompetence og aktive medvirken ved beslutninger og målsætninger omkring medicinsk behandling og pleje« (24).

Når *empowerment*-begrebet anvendes inden for det medicinske område, er der flere faldgruber: Dels er målet ofte fastlagt på forhånd af det medicinske personale og ikke af patienten. Fx opfattes det som indiskutabelt godt at holde op med at ryge. Først herefter tillades patienten medindfly-

delse på det videre forløb. Dette bygger på en tanke om, at lægerne har en overordnet kundskab om det gode liv og har ret og pligt til at formidle dette til andre. Desuden ser den professionelle sig selv som selve drivkraften i processen.

Det er vigtigt at fastholde, at *empowerment* især retter sig mod de undertrykte og underprivilegerede, hvor den ulige magtfordeling har en stor betydning, også for helbredet. Det betyder ikke, at en velfungerende bankdirektør skal behandles dårligt i sundhedsvæsenet, blot at det ikke er relevant at arbejde med *empowerment*-strategier i denne situation.

Mange andre begreber nævnes i forbindelse med *empowerment* og kan være nært beslægtede. Det handler om ressourcetænkning (25), saltutogenese (26), patientautonomi (27) og kompetenceudvikling (28, 29). Disse begreber, der dog ikke skal beskrives nærmere i denne artikel, indgår som et vigtigt element i at styrke individet eller gruppen, men *empowerment* adskiller sig ved så markant at tage udgangspunkt i den ulige magtfordeling mellem mennesker.

Lægerne – en del af problemet eller en del af løsningen?

Det er sjældent, at vi som læger reflekterer over den magt, vi har som behandlere, især i forhold til svage patientgrupper, og at denne magt kan have en negativ indflydelse på de mennesker, vi ønsker at hjælpe. Som beskrevet af bl.a. Illich (30) og Rappaport (11) kan selve ekspertvældet i sundhedsvæsenet fungere som en magtfaktor i relation til den enkelte patient, der ofte føler sig magtesløs. Lægen (og det system lægen arbejder i) er derfor i sig selv en del af problemet (Fig. 3).

Lægen vil ofte selv være i en overposition i forhold til patienten ved ofte at være bedre uddannet og have større status, have den nødvendige viden og handlemulighederne i forhold til patientens sygdom og ved selv at være rask. Magtforskellene bliver endnu tydeligere, når det handler om de mest udstødte. En *empowerment*-strategi, der går ud

Fig. 2. Figuren illustrerer, hvordan en tredje part, fx en sundhedsarbejder, går ind og støtter og hjælper et individ eller en gruppe til at få øget kontrol i relation til en person eller institution, der har magt og indflydelse.

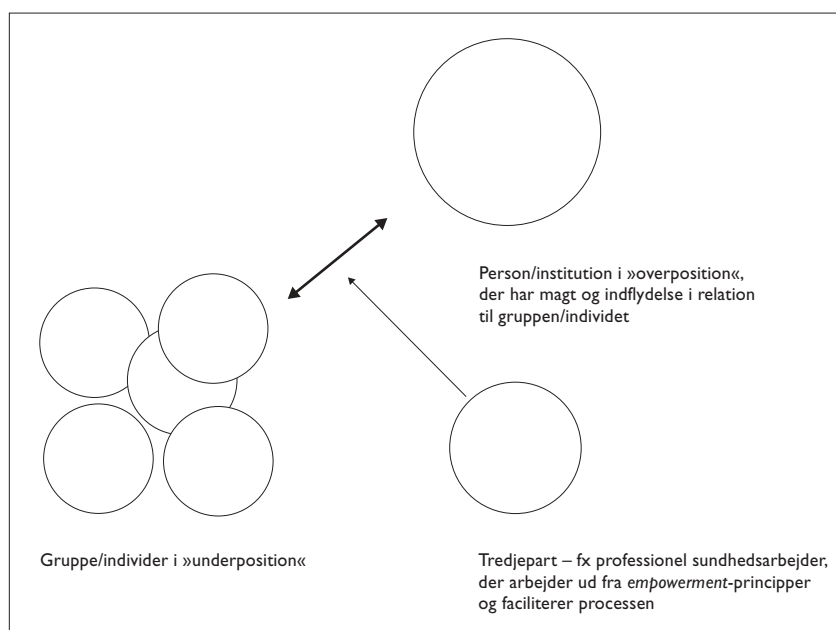
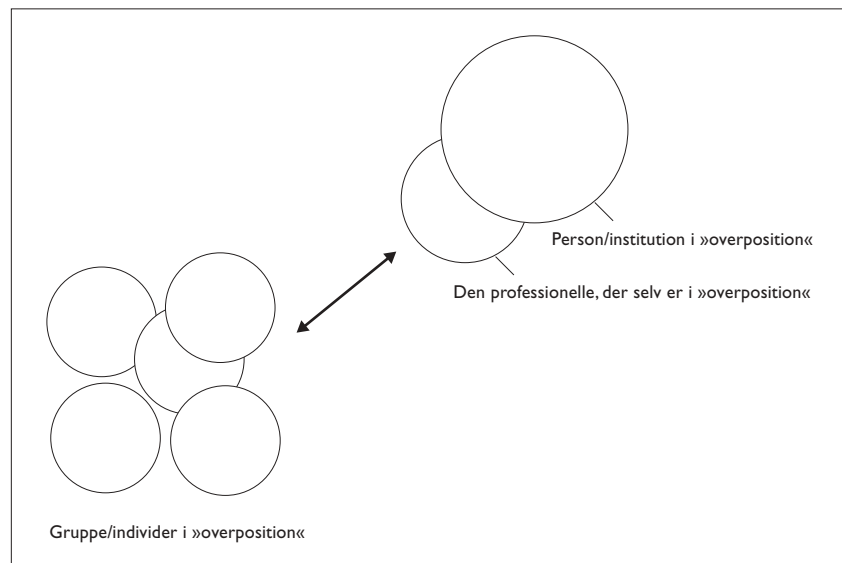


Fig. 3. Den professionelle – en del af problemet eller en del af løsningen? Lægen (og det system lægen arbejder i) vil ofte selv være i en »overposition« i forhold til patienten, ved ofte at være bedre uddannet og have større status, have nødvendig viden og handlemuligheder i forhold til patientens sygdom og selv være rask.



på, at en patient eller en patientgruppe skal få større indflydelse og kontrol, vil derfor blandt andet gå ud på at rette op på magtbalancen mellem læge og patient.

Det nævnes i Forebyggelsespolitisk Råds beretning 1998-2000 (21), at ændringer, der kan gavne de svage og udsatte grupper, ikke kan gennemføres uden afgørende forandringer i den måde, de professionelle arbejder på.

Primært handler det om, at den professionelle skal aflægge sig ekspertrollen og blive en ligeværdig samarbejdspartner, som er interesseret i at dele ud af sin viden, og som tør afgive noget af sin magt.

Normalt anses det for givet, at hvis en person tilkæmper sig magt, må en anden person afgive magt. I relation til *empowerment* kan man godt forestille sig, at man kan øge den samlede magt – dvs. at patienten oplever at have fået en øget magt til at gøre noget, uden at lægen nødvendigvis er blevet mere magtesløs (7).

Men igen er det nødvendigt at forholde sig til, om man er en del af løsningen eller en del af problemet (Fig. 2 og Fig. 3). Hvis man arbejder i et *empowerment*-projekt som facilitator og derfor er uden for selve processen, kan patienten godt få meget mere magt, uden at medarbejderen skal afgive magt. Men hvis vi selv er en del af problemet, så er det uomgængeligt, at vi må afgive noget af vores magt, for at patienten kan få større indflydelse og kontrol.

Konklusion

Det er efter vores opfattelse en fordel, at læger kender *empowerment*-begrebet, eftersom det bruges af mange af samarbejdspartnerne i sundheds- og socialvæsenet. Det er vigtigt at fastholde, at *empowerment* indebærer både at styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter, der bevirker afmagt.

Selv om mange læger mener, at *empowerment* falder uden for deres arbejdsområde, eller er uenige i det ideologiske grundlag, som *empowerment* bygger på, er det som minimum nødvendigt, at læger ikke stiller sig hindrende i vejen for mennesker, der prøver at opnå kontrol over eget liv og helbred.

Det er vigtigt at fastholde, at *empowerment* er mest relevant i relation til de svageste grupper. Såfremt man som læge ønsker at arbejde for »social lighed i sundhed«, er *empowerment* en relevant strategi for at opnå en grundlæggende ændring i svage gruppers indflydelse og kontrol.

Summary

Anne Charlotte Hvas & Janecke Thesen: Empowerment in a medical perspective.

Ugeskr Læger 2002; 164: 5361-5.

The aim of this article is to describe the empowerment concept in a medical perspective. The concept originated as a reaction to the oppression of groups and individuals in the USA. Later it was introduced in relation to health promotion. Empowerment implies counteracting oppression of groups and individuals, and being conscious of different positions of power. The concept can be used to describe a goal and a process, as well as a strategy. It implies both the mobilisation of the patient's own power, as well as counteracting oppressive forces. It is concluded that empowerment is particularly important for the most disempowered patients (for instance people who have been given a psychiatric label). Empowerment in the health services is a relevant strategy to achieve fundamental changes in the control and influence of powerless groups, and thereby reduce inequality in health.

Reprints: Anne Charlotte Hvas, Afdeling for Almen Medicin, Panum Institutet, DK-2200 København N. E-mail: lotte.hvas@dadlnet.dk

Antaget den 3. april 2002.

Københavns Universitet, Afdeling for Almen Medicin, og Central Forskningsenhed for Almen praksis i København, og Universitetet i Bergen, Sektion for Almen Medicin.

Litteratur

1. Andersen ML, Brok P, Mathiasen H. Empowerment på dansk. 1. ed. Frederikshavn: Dafolo A/S, 2000.
2. Vinther-Jensen K. Empowerment i det sundhedsfremmende arbejde. København: Lundgren og Andersen, 2000.

3. Thesen J, Kuzel A. Participatory inquirement. I: Crabtree B, Miller W, eds. *Doing qualitative research*. Sage 1999: 269-90.
4. Hvas L. Positive aspects of menopause. *Maturitas* 2001; 39: 11-7.
5. Hvas AC. Sygeliggørelse og »medikalisering«. *Ugeskr Læger* 1999; 161: 5783-5.
6. Thesen J. Being a psychiatric patient in the community – reclassified as the stigmatised Other. *Scand J Publ Health* 2001; 29: 248-55.
7. Starrin B. Empowerment som tankemodell. I: Forsberg E, Starrin B, eds. *Frigörande kraft – empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Gothia, 1997: 9-32.
8. Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. London: Penguin, 1996.
9. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol* 1987; 15: 121-48.
10. Rappaport J. In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *Am J Community Psychol* 1981; 9: 1-25.
11. Rappaport J. The power of empowerment language. *Social Policy* 1985, (Fall): 15-21.
12. WHO. *Health promotion glossary*. 1998.
13. Thesen J, Malterud K. Empowerment og pasientstyrking – et undervisningsoplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1624-8.
14. Goffman E. *Stigma, notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1963.
15. Prillettensky I, Gonick L. Politics change, oppression remains: on the psychology and politics of oppression. *Political Psychology* 1996; 17: 127-47.
16. Skelton R. Nursing and empowerment: concepts and strategies. *J Adv Nurs* 1994; 19: 415-23.
17. Staples L. Powerful ideas about empowerment. *Administration in social work* 1990; 14: 29-35.
18. Zimmerman MA. Empowerment theory. I: Rappaport J, Seidman E, eds. *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000: 43-63.
19. Rodwell CM. Analysis of the concept of empowerment. *J Adv Nurs* 1996; 23: 305-13.
20. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs* 1991; 16: 354-61.
21. Forebyggelsespolitisk råd. *Forebyggelse for samfundets udsatte grupper*. Forebyggelsespolitisk råds beretning 1998–2000. København: GS Grafik, Lundgen og Andersen, 2000.
22. *Gyldendals engelsk-dansk ordbog*. 11. ed. København: Gyldendal, 1991.
23. Vinther-Jensen K. *Empowerment: visioner i praksis*. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan, 1999.
24. Maunsbach M. *En ting er teori – noget andet er praksis [ph.d.-afhandl.]*. København: Månedsskr Prakt Lægegern, 1999.
25. Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: a clinical model for general practice. *Fam Pract* 1995; 12: 423-9.
26. Antonovsky A. *Health, stress and coping*. London: Jossey-Bass Publishers, 1979.
27. Elsass P. *Sundhedspsykologi – et nyt fag mellem humaniora og naturvidenskab*. København: Gyldendal, 1995.
28. Breton M. Relating competence – promotion and empowerment. *J Progress Hum Services* 1994; 5: 27-44.
29. Jensen B. *Kompetence og sociale processer*. Notat om kompetencefremmende processer – udarbejdet til regeringsudvalget om social arv. København: Danmarks Lærerbhøjskole, Institut for Psykologi og Specialpædagogik, 1999.
30. Illich I. *Grænser for lægevidenskaben*. København: Gyldendal, 1977.

Det patientorienterede perspektiv, klinikerens og den postmoderne patient

PERSPEKTIVARTIKEL

Sybille Bojlén

Tredive års samfundsdebat om patientautonomi har naturligvis gjort indtryk.

Frem vokser anbefalinger om en refokusering på patientens perspektiv, navnlig i den amerikanske faglitteratur (1).

Patientorienteret medicin er blevet et mantra. Måske fordi man i stigende grad er opmærksom på »konsumentens« behov og på at indrette sig efter dette behov. Det er blevet uomgængeligt at belyse brugersynspunkter og brugerønsker, brugerfølelser og brugeroplevelser.

Men for almenmedicinsk forskning har denne proklamation af et nyt perspektiv en duft af reprise. Det er nemlig her, en forskningsaktivitet med vægt på et patientorienteret perspektiv har udspillet sig hidtil. Og navnlig er det fra almenmedicinsk forskning, der ses ansatser til den videreudvikling fra perspektivet, som er vanskelig at komme uden om i mødet med fremtidens emanciperede patient.

Hvad er patientorienteret medicin?

Interessen for patienten som subjekt snarere end som objekt har rødder i antikken, men i nyere tid var psykiateren *Balints* (2) samarbejde med en gruppe af praktiserende læ-

ger i 1950'ernes England banebrydende for perspektivet. Den tids opfattelse af læge-patient-forholdet var, at det var lægens pligt at tage hånd om patientens sygdom ud fra helt uegennyttig interesse og med en objektiv, ikkefølelsende attitude. Det var på den anden side patientens pligt at stole på lægen, påtage sig sygerollen og blive rask. Til gengæld var patienten fritaget for ansvar og sociale pligter. Sådan beskrev *Parson* forholdet i sin konsensusmodel fra 1951.

I sin stræben efter at gøre det bedste for sin patient går lægen systematisk til værks – stiller en diagnose ud fra patientens symptomer og fremtræden og ud fra sin lægelige undersøgelse af patientens krop og sjæl. Denne *detective-inspector*-tilgang er dog at betragte som nødtørftig på væsentlige områder. Selv om der er mange lighedspunkter mellem opklaring af gåder og diagnostik, er der også forskelle. Det giver et – indimellem afgørende – mangelfuldt billede at ignorere patientens erfaringer, følelser og synspunkter. Det vidner års forskning i bl.a. nonkomplians om.

Balint-gruppens arbejde med at søge metoder til at afdekke dette indefraperspektiv inden for den almindelige konsultations rammer vandt genklang i almen praksis, hvor man jo insisterede på at behandle patienter, ikke bare sygdomme. Sygdomspanoramaet var og er ikke begrænset til veldefinerede kategorier, og derfor blev et andet vigtigt teoretisk bidrag også betydningsfuldt for udviklingen af det pa-