

"IT'S AFRICAN TIME"

*- Tid og anerkendelse i mødet mellem patienter og
professionelle i Vollsmose.*



Speciale af Laura Emilie Buch



Afdeling for Antropologi og Etnografi
Aarhus Universitet 2011

INSTITUT FOR ANTROPOLOGI, ARKÆOLOGI OG LINGVISTIK

Afdeling for Antropologi og Etnografi

AARHUS UNIVERSITET 2011

"It's African time"

- Tid og anerkendelse i mødet mellem patienter og professionelle i Vollsmose.

Speciale af:

Laura Emilie Buch, stud.mag.
Årskortnummer: 20052907

Afleveringsdato:

21. juli 2011

Specialevejleder:

Lotte Meinert

Specialet er skrevet under:

Studieordningen for kandidatuddannelsen på Sundheds- og velfærdsantropologi, 2008
Institut for Antropologi, Arkæologi og Lingvistik
Afdeling for Antropologi og Etnografi
Aarhus Universitet

Formalia:

191.985 anslag inkl. mellemrum (80 normalsider)
Speciale modul
Ekstern censur
7-trinsskala
30 ECTS



INDHOLDSFORTEGNELSE

Forord.....	5
Indledning.....	6
II. Problemformulering.....	7
III. En note om sprogbrug.....	7
IV. Disposition.....	7
Kapitel 1: Teoretisk og analytisk ramme	9
1.1 Fra Foucault til fænomenologi.....	9
1.2 Tid og temporalitet	10
1.2.1 Schutz' hverdagslivsanalyse.....	13
1.2.2 Bourdieu – forholdet imellem tid, individ og struktur	13
1.3 Axel Honneth – anerkendelse som struktur	14
Kapitel 2: Introduktion til felten.....	17
2.1 Kontekst.....	17
2.1.1 Den danske velfærdsstat – lighed for næsten alle.....	17
2.1.2 Ulighed i sundhed, patientskoler og egenomsorg	18
2.1.3 Diabetes – kort fortalt.....	20
2.2 Felten.....	20
2.2.1 Felten – en kort indføring.....	20
2.2.2 En socialt marginaliseret position.....	22
2.3 Metoder for dataindsamling	24
2.3.1 At dele tid og rum	24
2.3.2 Arabisk – en nøgle til felten.....	25
2.3.3 Etik	27
Kapitel 3: Tid i hverdagen	29
3.1 Alt for mange concerns.....	29
3.1.1 Altomfattende concerns og bekymringsforvirring	33
3.2 Tiden flyder	35
3.2.1 Død tid	36
3.3 Ingen bevægelse.....	38
3.4 Mod fremtiden?	41

Kapitel 4: Tid og anerkendelse i mødet med offentlige institutioner	43
4.1 Afstand til det offentlige	44
4.1.1 Tid og afstand	46
4.2 Tid i mødet med praktiserende læger	47
4.2.1 Misforståelser i mødet mellem læge og patient	50
4.2.2 Baasims møde med det danske sundhedsvæsen	52
4.2.3 Et råb om hjælp?	54
4.3 Tid som anerkendelse i mødet med offentlige institutioner og det danske samfund.....	55
Kapitel 5: Tid og anerkendelse i mødet med sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose	58
5.1 Tid og tilgængelighed i mødet med de sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose	58
5.1.1 Et spørgsmål om kultur?.....	60
5.1.2 Et dynamisk kulturbegreb?	64
5.2 Tid i sygdom.....	65
5.3 Tid til handling og medborgerskab?.....	68
5.4 Tid som strukturel anerkendelse.....	70
Kapitel 6: Konklusion og perspektivering.....	73
6.1 Konklusion	73
6.1.1 Perspektivering: Assimilation eller integration i Sundhedsvæsnet	74
6.1.2 Perspektivering: Tid som en del af den antropologiske metode, analyse og teori.....	76
Abstract.....	78
Litteraturliste	80

Forord

Det felt, som dette speciale bygger på, blev oprindeligt defineret af Dansk Sundhedsinstitut, hvor jeg var i praktik i efteråret 2011. Min opgave bestod her i at indsamle data til projektet 'Egenomsorg som led i Patientuddannelse' ved at følge to dansk-arabiske diabeteshold på Sundhedscenter Vollsmose. Projektets formål var at undersøge, udvikle og kvalificere arbejdet med egenomsorg som led i patientuddannelser. Fokus var på de sundhedsprofessionelles forståelser og formidling af egenomsorg. Samtidig bidrog jeg til patientperspektivet i en medicinsk teknologivurdering (MTV) som Odense Universitetshospital foretog af Sundhedscenter Vollsmose. Patientperspektivet fokuserede på diabetespatienternes udbytte af kurset i forhold til forbedringer i deres evne til at udøve egenomsorg.

Under feltarbejdet erfarede jeg dog hurtigt, at diabetespatienterne havde langt større bekymringer end diabetes, hvorfor egenomsorg i forhold til sygdom ofte spillede en mindre rolle i deres hverdag. Således flyttede jeg mit eget fokus til diabetespatienternes livsverdener og hverdage, og det er disse som dette speciale tager udgangspunkt i. Uddybning af perspektiver på formidling og forhandling af egenomsorg kan findes i rapporten 'Egenomsorg som led i patientuddannelse' samt i Odense Universitetshospitals MTV om Diabetesskolen på Sundhedscenter Vollsmose. Begge rapporter udkommer i foråret 2012.

Jeg har valgt at anonymisere mine informanter i specialet, for ikke at skabe utryghed i forhold til mulige konsekvenser af deres udsagn.

Indledning

'Klokken er tyve minutter over ti, og jeg undrer mig igen over, at diabetespatienterne ikke dukker op. Omar sidder som den eneste fra mandeholdet for enden af bordet. Han har lukkede øjne. Lærke og Amína taler lavmælt sammen. De er tydeligvis irriterede over det manglende fremmøde. *"Jeg forstår det ikke, de siger jo de gerne vil komme!"*, siger Lærke til Amína. Amína sukker og taster et nummer på sin mobil. Hun er i gang med at ringe rundt til de udeblevne. *"Baasim er på vej"*, siger hun kort efter til Lærke, som nikker og går i gang med at samle sine papirer. Jeg undrer mig over, at mændene nu igen er forsinkede, da de har givet udtryk for, at de virkeligt er glade for tilbuddet. Jeg kigger på Lærke, og næsten som om hun har læst mine tanker siger hun: *"Det er deres kultur. Simpelthen. It's African time!"*. (Undervisning den 27/09 2010).

Dette speciale tager udgangspunkt i mit feltarbejde blandt dansk-arabiske diabetespatienter og sundhedsprofessionelle i Vollsmose. Rammen for feltarbejdet var Sundhedscenter Vollsmoses diabetesskole, hvor jeg i efteråret 2010 fulgte et kvinde- og et mandehold, der modtog undervisning i diabetes og i at 'tage vare på sig selv'. Ovenstående uddrag fra mine feltnoter illustrerer en undren, der kom til at danne grundlag for mit videre feltarbejde og dette speciale; hvorfor kom diabetespatienterne ikke regelmæssigt til undervisningen, når de gav udtryk for, at de værdsatte tilbuddet?

Imens vi ventede på diabetespatienterne, erfarede jeg, at tid spillede en central rolle i min felt. Ligesom vi ventede, ventede også diabetespatienterne. De ventede på opholdstilladelser og statsborgerskab, og på at de eller deres børn ville få det bedre. Jeg oplevede, at diabetespatienterne ikke mødte til tiden, selvom de sjældent skulle noget, og selvom de derfor havde tid i overflod. Samtidig erfarede jeg, at diabetespatienterne oplevede, at de havde al tid i verden, mens ingen havde tid til dem. Og jeg lærte, at Sundhedscenter Vollsmose var en undtagelse fra reglen i denne henseende, da de sundhedsprofessionelle ofte blev efter undervisningen for at hjælpe diabetespatienterne – endda med formål, der slet ikke havde noget med diabetes at gøre. De sundhedsprofessionelle forklarede diabetespatienternes problemer med at møde til tiden, eller med overhovedet at møde op, som et udtryk for 'kultur'.

I dette speciale undersøger jeg hvordan tid og anerkendelse fyldte i og formede de dansk-arabiske diabetespatienters liv. I denne forbindelse argumenterer jeg desuden for, at diabetespatienternes oplevelser af tid i højere grad havde med deres position som socialt udsatte at gøre, end med deres kulturelle baggrund. Herudover undersøger jeg hvordan den tid, som de sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose stillede

til rådighed, blev oplevet som en anerkendelse, der havde stor betydning for patienterne.

II. Problemformulering

Hvilken betydning har tid og anerkendelse i mødet mellem dansk-arabiske diabetespatienter og sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose?

III. En note om sprogbrug

Spørgsmålet om at være 'dansk' eller ikke, var centralt for mange af mine informanter. Af denne grund kræver dette speciales emne en note om, hvilken betegnelse jeg anvender om mine informanter og de grupper i samfundet, som ikke har danske slægtsmæssige rødder flere generationer tilbage. Ifølge politolog Jens Peter Frølund Thomsen er 'etniske minoriteter' den betegnelse der stemmer overens med de fleste indvandrere og efterkommeres egen selvforståelse, hvorfor jeg anvender denne betegnelse når jeg skriver om forhold, der vedrører etniske minoriteter generelt (Thomsen 2006: 20f). Jeg betegner desuden de danskere, der har boet i Danmark igennem mange generationer som 'etniske danskere'. Derudover har jeg valgt at benytte betegnelsen 'dansk-arabiske' om mine informanter, der alle har arabisk baggrund. Jeg har truffet dette valg fordi mine informanter både orienterede sig mod at være "danskere" i den forstand, at de ønskede anerkendelse som medborgere i det danske samfund og samtidig identificerede sig i forhold til deres oprindelseslande, som palæstinensere, irakere, kuwaitere, libanesere, eller iranere. Jeg refererer dog hovedsageligt til mine informanter som 'patienter' eller 'diabetespatienter', idet det var i kraft af deres diabetes, at de kom på sundhedscenteret, og da deres etniske minoritetsbaggrund ikke altid var relevant.

IV. Disposition

I specialets første kapitel opridser jeg mit analytiske og teoretiske udgangspunkt, der er inspireret af fænomenologien samt af hverdagslivsanalyser. Jeg uddyber herefter min forståelse af begrebet 'tid', og giver i denne forbindelse en introduktion til filosofen Alfred Schutz og sociologen Pierre Bourdieu, hvis teorier er centrale for min analyse af diabetespatienternes tidsoplevelser. Endelig præsenterer jeg filosof Axel Honneths anerkendelsesfilosofi, som diskuterer anerkendelse som en forudsætning for individets selvrealisering igennem et samfunds anerkendelsesmæssige struktur.

Kapitel 2 falder i tre dele. Første del sætter den kontekstuelle ramme for analysen igennem en kort beskrivelse af relevante samfundsmæssige forhold – fra den danske

velfærdsstat og ulighed i sundhed over til en beskrivelse af patientskoler og specifikt af diabetesskolen på Sundhedscenter Vollsmose. Herefter redegør jeg for diabetes som fysisk sygdom. Anden del præsenterer selve felten – diabetesholdene, patienterne samt deres oplevelser af at tilhøre en udsat og stigmatiseret gruppe i Danmark. Tredje del omhandler de metoder og etiske overvejelser, som har vist sig særligt relevante for feltarbejdet. Herunder præsenteres den overordnede metode i form af deltagerobservation og interviews, metodiske refleksioner i forhold til at lære diabetespatienternes sprog, samt etiske overvejelser vedrørende det at engagere sig i diabetespatienternes liv i en tidsbegrænset periode.

Kapitel 3 omhandler diabetespatienternes oplevelser af bekymringer, længsler og tid i hverdagen og tager dels udgangspunkt i diabetespatienternes egne fortællinger samt i deltagerobservation i deres hjem. Kapitlet beskriver den uafgrænsede ventetid, som diabetespatienterne oplevede, at de befandt sig i. Fælles for patienterne var, at tid og bekymringer flød sammen til uadskillelige og uafgrænsede oplevelser, som vanskeliggjorde fremadrettet handling. Samtidig formede netop manglende handling og få kropsbevægelser i høj grad patienternes tidsoplevelser.

I kapitel 4 vender jeg blikket mod diabetespatienternes møder med offentlige institutioner og praktiserende læger og analyserer, hvordan tid og anerkendelse spillede ind i relationerne. Jeg argumenterer i denne forbindelse for, at tid er en helt central form for anerkendelse, samt at offentlige institutioner og etniske danskeres manglende tid til diabetespatienterne derfor blev oplevet som afvisninger og krænkelse, der havde stor betydning for patienternes oplevelser af at bo i Danmark.

I kapitel 5 diskuterer jeg, hvordan tid spillede ind i mødet mellem diabetespatienterne og de sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose. Jeg diskuterer desuden, hvorvidt patienternes problemer med at komme til tiden havde grund i kulturelle eller sociale forhold, samt hvilken betydning sociale forhold havde for diabetespatienternes håndtering af diabetesskolens sundhedsforskrifter. Herefter diskuterer jeg, hvordan de sundhedsprofessionelle og diabetesskolen var med til at ruste patienterne til at indgå som ligeværdige medborgere i det danske samfund.

Kapitel 6 sammenfatter specialets væsentligste pointer og besvarer problemstillingen. Herudover perspektiverer jeg specialet til den aktuelle politiske diskussion om integration versus assimilation, og argumenterer for, at tid som teoretisk og analytisk begreb i højere grad inddrages i fremtidige antropologiske studier.

Kapitel 1: Teoretisk og analytisk ramme

Tid og anerkendelse var to aspekter, der på forskellig vis fyldte meget i mine informanternes livsverdener. I det følgende uddyber jeg derfor min forståelse af de to begreber, som er gennemgående i specialet. Jeg starter med at give et oprids af tid som teoretisk begreb. Herefter præsenterer jeg kort det teoretiske udgangspunkt for de to teoretikere Alfred Schutz og Pierre Bourdieu, som jeg netop benytter til at belyse diabetespatienternes oplevelser af tid. Bourdieu er valgt, idet hans teori giver mulighed for at belyse sammenhængen imellem menneskers praktiske gøremål og meningsskabelse. Bourdieu beskæftiger sig ikke direkte med kroppens rolle i forhold til menneskers perception af tid, og her kan Schutz' analyse i stedet bidrage. Schutz' analyse af temporalitet hænger desuden tæt sammen med hans hverdagslivsanalyse, som også er relevant for specialet. Slutteligt præsenterer jeg anerkendelsesbegrebet, med særligt fokus på Axel Honneths udlægning og forståelse af begrebet.

1.1 Fra Foucault til fænomenologi

Inden jeg startede feltarbejdet, havde jeg en forestilling om, at mine konklusioner omkring de sundhedsprofessionelles rolle i forhold til diabetespatienterne kunne blive stærkt kritiske. Mit udgangspunkt var et foucauldiansk perspektiv, som muliggjorde en kritik af sundhedscenteret for eksempel direkte eller indirekte at udøve en moralsk magt, og diabeteskolen for at være endnu et af mange tiltag, der fortæller etniske minoriteter, hvordan de skal opføre sig, og hvordan de skal være danske. Jeg forestillede mig, at de sundhedsprofessionelle indirekte ville videregive sundhedsnormer og idealer uden at lytte til diabetespatienterne, og uden reelt at have taget stilling til, om sundhedsidealene ville gavne patienterne i deres hverdag. Efter et stykke tid i felten indså jeg dog, at det ikke var denne form for magtudøvelse og manglende anerkendelse, der fyldte for diabetespatienterne. Dette betyder ikke, at moralisering og disciplinering ikke fandt sted, men derimod, at patienterne ikke oplevede dette som problematisk. Diabetespatienterne elskede sundhedscenteret og diabeteskolen, og det blev hurtigt klart for mig, at de var dybt taknemmelige over, at der var nogen der interesserede sig for dem, og for at de skulle passe godt på sig selv og have et godt liv.

Når diabetespatienterne ofte ikke opfyldte sundhedsforskrifterne eller mødte til tiden, var det ikke af uvilje, men fordi der var så meget andet, der fyldte i deres liv. Det var alt dette 'andet', som jeg i stedet rettede mit fokus imod, og som dette speciale omhandler. Jeg valgte således at tage udgangspunkt i det, der optog mine informanter, idet jeg er inspireret af den fænomenologiske antagelse om, at den vigtige virkelighed er det,

mennesker oplever den som (Jacobsen et al. 2010: 195). Ifølge antropolog Michael Jackson er det væsentlige ved den fænomenologiske metode en "...*direct understanding and in-depth description* [...] *Phenomenology is the scientific study of experience*" (Jackson 1996: 2). Fænomenologien lægger altså op til et dybdegående og lokalt fokuseret studie, hvor menneskets erfaring og beskrivelsen af det umiddelbare "levede liv" sættes i centrum i modsætning til studier, hvor formålet er kategoriseringer og abstrakte teorier (Ibid.: 2). Jackson skelner i denne forbindelse imellem begreberne "lifeworld" og "worldview"¹. Ifølge Jackson er der ofte for stort fokus på "worldview", som netop er den teoretiske og intellektuelle måde at beskrive verden på (Ibid: 1ff). I stedet bør målet for antropologiske studier, ifølge Jackson, være at forsøge at forstå og formidle de studeredes "lifeworld". "Lifeworld" beskrives som:

"...that domain of everyday, immediate social existence and practical activity, with all its habituality, its crises, its vernacular and idiomatic character, its biographical particularities, its decisive events and indecisive strategies, which theoretical knowledge addresses but does not determine, from which conceptual understanding arises but on which it does not primarily depend" (Ibid: 7f).

Det er altså gennem et fokus på det levede liv, at det kan lykkes at give et billede af, hvordan verden erfares. Et blik, der ikke domineres af forskerens egne selvforståelser, men som giver plads til de bekymringer og dagligdags gøremål, som kendetegner det levede liv (Ibid: 19).

Fænomenologien beskæftiger sig med oplevelsen af livet, som det leves, og dette er her en gavnlig tilgang, da jeg netop er interesseret i at forstå mine informanternes egne subjektive erfaringer i og af deres hverdagsliv, samt hvordan disse oplevelser påvirkede deres møder med sundhedsprofessionelle i det danske sundhedssystem. Min tilgang bliver dog ikke 'ren' fænomenologisk, idet jeg inddrager teoretisk arbejde af Bourdieu samt begreber som blandt andet medborgerskab, 'kultur', "spatialisering" og "temporalisering", der ikke knytter sig direkte til den fænomenologiske tradition. Disse begreber er valgt for også at inddrage de samfundsmæssige årsagssammenhænge, der har betydning for diabetespatienternes oplevede virkelighed.

1.2 Tid og temporalitet

Alting tager tid, og det er umuligt at forestille sig, at noget kan eksistere uden tid eller uden for tid. Immanuel Kant forklarer tid og rum som anskuelsesformer, der er

¹ Begreberne "lifeworld" og "worldview" ("Weltanschauung" og "Lebenswelt") blev oprindeligt introduceret af filosof Edmund Husserl (Husserl 1970).

forudsætninger for enhver menneskelig erfaring. Det vil således, ifølge Kant, være en selvmodsigelse at tale om erfaringer, som aldrig har fundet sted (Kant 1996: 90).

Overalt i verden deler vi tiden op i målbare enheder som sekunder, minutter, timer, dage, uger, måneder og år, som gør det muligt at måle tiden og dermed at koordinere og planlægge². Disse tidstermer bidrager dog til den almindelige opfattelse af, at tid er noget objektivt og kvantificerbart. Noget, der er ens for alle, idet en time på ét ur ikke er anderledes end en time på et andet ur, og man forveksler således urenes og kalendernes tal med tiden selv. Den franske sociolog David Émile Durkheim gjorde i starten af det 20. århundrede opmærksom på, at opdelingen af tid i enheder er samfundsskabt, og han argumenterede således for, at tid grundlæggende er socialt konstrueret:

"[Time is] an abstract and impersonal frame [...] like an endless chart, where all duration is spread out before the mind, and upon which all possible events can be located in relation to fixed and determined guidelines [...] in reality, observation proves, that these indispensable guidelines, are taken from social life. The divisions into days, weeks, months, years etc. correspond to the periodical recurrence of rites, feasts and public ceremonies. A calendar express the rythm of collective activities, while at the same time it's function is to assure their regularity [...] what the category of time expresses is a time common to the group, a social time, so to speak." (Durkheim 1965: 22f).

Durkheim fornægter hermed den naiv-realistiske antagelse, at tid alene er et objektivt og naturgivent faktum, idet han i stedet understreger, at tid ikke bare er samfundsskabt, men også bidrager til at skabe samfundet. Durkheims antagelse om, at kollektive repræsentationer ikke alene reflekterer tid, men også skaber tiden, vakte stor interesse blandt antropologer og sociologer, og blev inspirationskilde til en række studier, der har interesseret sig for, hvordan kollektive repræsentationer skaber tid, og hvordan disse repræsentationer opleves af mennesker forskellige steder i verden (Gell 1992: 4)³.

Efter at have gennemgået en række af de antropologiske studier af tid i forskellige samfund, konkluderer antropolog Alfred Gell i bogen "The Anthropology of Time", at der foreløbigt ikke er noget der tyder på, at der findes steder, hvor tid opleves grundlæggende og markant anderledes end den måde, vi kender. Alle steder genkendes oplevelsen af fortid, nutid og fremtid, af at tiden kan stå stille, af at den kan være

² Den gregorianske kalender er i dag udbredt i hele verden, men nogle steder benyttes også andre kalendere, som f.eks. den islamiske Hidjra. Fælles for kalenderne er dog opdelingen af tid i mindre naturgivne enheder som f.eks. dage, måneder og år (Eriksen 2004: 134ff).

³ Durkheims argument er blandt andet blevet kritiseret for at udelukke, at naturen, herunder jordens bevægelser om sig selv og om solen, har betydning for vores oplevelser af tiden. Argumentets indflydelse har dog ikke været mindre af denne grund (Gell 1992: 11ff).

cirkulær, eller svinge frem og tilbage som et pendul. Gell argumenterer således for, at tid eksisterer som et objektivt fænomen, og bevæger sig hermed væk fra Durkheims udgangspunkt. Gell ønsker i denne forbindelse at skabe en analytisk distinktion imellem *'tid'* og *'processer, som sker i tid'*, hvor førstnævnte er den objektive tid, mens sidstnævnte er alle de varierende oplevelser, der finder sted *i* tid, og som kan medføre forskellige oplevelser *af* tid, hvilke dog, ifølge Gell, må betragtes som illusioner (Gell: 315f). Andre betegnelser for denne distinktion kunne være klokke- eller kalendertid versus tidslighed eller temporalitet, som netop betegner fænomenologiske oplevelser af tid⁴.

Netop de subjektive og varierende oplevelser af tid er dog helt centrale, idet det, ifølge fænomenologien, er menneskers subjektive oplevelser, der udgør deres livsverdener, uanset eventuelt bagvedliggende objektivitet. Sociolog Michael Flaherty har beskæftiget sig med varierende oplevelser af tid og skriver, at oplevelserne af tid formentlig ikke varierer fordi der er forskellige mennesker, men fordi mennesker befinder sig i forskellige situationer (Flaherty 1999: 5f). Flaherty har således fokus på subjektiviteten i temporalitet, og siger med filosof Martin Heidegger, at denne ikke kan opleves som autonom fra den menneskelige eksistens. Heidegger argumenterer for, at variationer i oplevelser af tid reflekterer variationer i sociale forhold, samt at forskellige oplevelser af tid derved afspejler forskellige måder at leve og opleve livet på (Heidegger 2001: 39). Således, skriver Flaherty, retfærdiggøres fremtidige studier af subjektive og lokaliserede processer, der skaber oplevelser af tid (Flaherty 1999: 8). Dette speciale tilhører netop disse studier, idet jeg undersøger de dansk-arabiske diabetespatienters oplevelser af tid i en stedfæstet og situationel kontekst. Da tid, ifølge Kant, er en forudsætning for menneskelig erfaring, må varierende oplevelser af tid have afgørende betydning for menneskers livsverdener. Tid kan dog, som nævnt, ikke erfares uafhængigt af andre fænomener, og dette er således også en præmis for dette speciale. Udover at koble tid med diabetespatienternes situationelle og lokaliserede kontekst, sammenkobler jeg således senere i dette speciale også tid med begrebet "anerkendelse", idet oplevelser af anerkendelse og tid var tæt forbundne i diabetespatienternes livsverdener.

⁴Filosofferne Aristoteles og Augustin fremhæves ofte som repræsentanter for to uforenelige tidsopfattelser, nemlig Augustins psykiske, oplevede tid og Aristoteles' fysiske, kosmiske tid. På grund af specialets begrænsede omfang har jeg dog ikke mulighed for at gå ind i denne diskussion her (Ricoeur 1984 og 1990).

1.2.1 Schutz' hverdagslivsanalyse

Mit studie af tidsoplevelser er inspireret af det man med filosof og sociolog Alfred Schutz kan betegne som en hverdagslivsanalytisk tilgang eller en livsverdensanalyse. For Schutz er studier af hverdagslivet interessante, idet han mener, at det at forstå andre mennesker forudsætter en beskrivelse af strukturerne i hverdagslivsverdenen. Hverdagslivet kan betegnes som det liv vi lever, opretholder og fornyer (Bech-Jørgensen 1994: 17). Schutz' udgangspunkt er, at mennesker har en "naturlig indstilling" til verden, hvilket betyder, at de grundlæggende oplever, at de kan stole på deres erfaring, at verden er naturlig og givet, og at den har en fortid og en umiddelbar fremtid. Schutz bruger desuden begrebet "perspektivernes reciprocitet" til at belyse, at mennesker umiddelbart tror, at der er overensstemmelse imellem vores individuelle oplevelser af verden - at vi lever i en fælles verden. Den naturlige indstilling og perspektivernes reciprocitet skal anskues som forudsætninger for kommunikation og handling idet livsverdenen, ifølge Schutz, er intersubjektiv, kontekstuel og processuel (Schutz 1974: 3ff, 84f).

At studere hverdagsliv er også at studere tid. Ikke alene specifik og målrettet tid, som for eksempel tid brugt på kurser, patientskoler, dating, jobsamtaler, interviews eller lignende, men også den tid der går upåagtet hen mens dagligdagsaktiviteter udføres eller fjernsynet kører. Dette speciale drejer sig netop om diabetespatienternes totale oplevelser af tid, det vil sige tid i deres livsverdener. Den væsentlige indsigt fra livsverdenanalyserne er, ifølge Schutz, at vi sorterer og strukturerer vores indtryk. Det er det, der gør viden til erfaringer og ikke bare til data eller information. Struktureringen er udtryk for bestemte grundvilkår, som vi lever under, herunder tid, rum, sociale relationer, samt de konkrete behov, som vores deltagelse i og håndtering af specifikke situationer og praksisser afføder. Struktureringen har form af en klassificering og dermed fortolkning af begivenheder og situationer. Den sociale verden er således en meningsstruktur, og det er disse meninger og betydninger, som det er interessant at studere (Ibid: 35ff).

1.2.2 Bourdieu – forholdet imellem tid, individ og struktur

Imens Schutz interesserer sig fænomenologisk og filosofisk for hvordan mennesker oplever og erfarer tid, er Bourdieu optaget af at beskrive, hvordan sociale og samfundsmæssige strukturer via den sociale praksis genererer menneskers opfattelser af verden. For Bourdieu skaber den sociale praksis menneskelig tid (i modsætning til kosmologisk og kronologisk tid) (Bourdieu 2000: 206). Bourdieu mener, på linje med Schutz, at størstedelen af vores orientering i hverdagen sker på baggrund af "praktiske

præmisser”, som vi tager for givet. Bourdieu lægger her vægt på, at der er en samfundsbestemt systematik i præmisserne, idet der findes forskellige sociale klasser, som ’kæmper’ om retten til at klassificere i det sociale rum (Bourdieu 2005: 210ff). Bourdieu har således fokus på de magtstrukturer, som påvirker menneskers livsvilkår og oplevelser, og bevæger sig dermed væk fra det fænomenologiske udgangspunkt imod en mere strukturel tilgang. Min tilgang i dette speciale er overvejende fænomenologisk, idet jeg er interesseret i at forstå diabetespatienternes subjektive erfaringer af tid og anerkendelse i deres hverdagsliv. Jeg anvender Bourdieus begrebsapparat til at belyse hvordan oplevelserne af tid fylder i patienternes livsverdener, og hvordan de bliver formede af patienternes hverdagslige praksis, som afspejler bestemte magtstrukturer i samfundet. Schutz’ teori om temporalitet kan her bidrage ved at insistere på dagligdags, individuelle, kropslige og fænomenologiske erfaringer, som i høj grad synes at have betydning for individers oplevelser af tid, men som ikke behandles indgående hos Bourdieu⁵.

1.3 Axel Honneth – anerkendelse som struktur

Begrebet ’anerkendelse’ har inden for de seneste år for alvor fået fodfæste i den nyere sociale og politiske filosofi. Der tales således om en ’teoretisk anerkendelsesvending’, som skaber fundament for en ny sociologisk samfundsteori, der er med til at forklare samfundets konflikter og sammenhængskraft (Willig 2008: 10). Anerkendelsesvendingen tager udgangspunkt i en ældre diskussion, som blev introduceret af filosofferne Johan Fichte og Wilhelm Hegel, og som er blevet videreført af filosofen George Mead og sociolog Erving Goffman (Heidegren 2010: 15). Da sociolog og filosof Axel Honneth i starten af halvfemserne fra et politisk filosofisk udgangspunkt satte fokus på begrebets betydning som ideal og begreb i forhold til offentlighed og politik, fik diskussionen ny vind i sejlene.

Begrebet anerkendelse benyttes i flere sammenhænge som en konkret praksis, der skal få et enkelt individ til at føle sig værdsat og dermed fremme dennes præstationsevne. Eksempelvis benyttes denne betydning af begrebet inden for managementverdenen, hvor formålet med denne misforståede fortolkning af begrebet dog ikke er at give positiv agtelse til en enkelt person, men derimod at *”få det resterende publikum til at underkaste sig de værdier og normer, der tillægges det anerkendelsesværdige individ”*

⁵ Bourdieu benytter betegnelsen ”habitus” om det kropsliggjorte forbindelsesled imellem et individs position i det sociale rum og individets praksis. Herudover fylder kroppen dog ikke meget i Bourdieus arbejde. Se Loïc J.D. Wacquant 1995 og Lotte Meinert 2004 for yderligere kritik af Bourdieus manglende fokus på kroppen.

(Jacobsen og Willig 2008: 13). I en socialfilosofisk og socialpædagogisk sammenhæng er det dog ganske centralt at understrege, at *"anerkendelse er meget andet, og mere, end blot et spørgsmål om overfladisk at hædre, hylde eller kåre"* (ibid.), men snarere et spørgsmål om en struktur, som omgiver individer og grupper, og som virker som en sikrende omstændighed imod krænkelse (Honneth og Anderson 2005: 144f). I lyset af dette er anerkendelse, i en socialfilosofisk kontekst og i forhold til mit feltarbejdes sammenhæng, langt mere end et spørgsmål om en pædagogisk praksis, som tilpasses en enkelt patients konkrete behov, men selve den struktur som omgiver patientens møde med det danske sundhedsvæsen.

Honneths omdrejningspunkt er teorien om, at betingelsen for det gode liv er afhængig af gensidig anerkendelse i privatlivet, i retssamfundet og i det sociale liv i bred forstand. Honneths centrale tese er, at moderne, liberale demokratier, som det danske, negligerer behovet for et "samfunds anerkendelsesmæssige infrastruktur", som skal sikre borgerne den fundamentale selvtillid, selvagtelse og selvværdsættelse, som er forudsætninger for selvrealisering og en meningsfuld tilværelse. Samfundet må, ifølge Honneth, tage hensyn til behovet for anerkendelse, ellers vil det splittes i atomer, hvor individualitet og egocentriske synspunkter vil forhindre os i at indrette samfundet demokratisk, mangfoldigt og sammenhængende. Anerkendelse må således, ifølge Honneth, ikke alene forstås som positive interpersonelle relationer, men skal derimod forstås som en underlæggende struktur i samfundet, der skal sikre borgerne imod krænkelse. Honneth uddifferentierer den anerkendelsesmæssige infrastruktur i tre sfærer: Den "private", den "retslige" og den "solidariske" sfære. Inden for hver af de tre sfærer udvikles den menneskelige selvanerkendelse i tre former: "selvtillid", "selvagtelse"/"selvrespekt" og "selvværdsættelse" (Honneth og Anderson 2005: 144ff). Anerkendelsen i offentlige institutioner finder dog udelukkende sted i to sfærer, da man må antage at den første sfære, den private sfære, er uden for det offentlige rækkevidde, da denne sfære er forbeholdt primærrelationer som familie- samt nære kærlighedsforhold og ikke omfatter samfundets institutioner (Honneth 2006: 130). Dette speciales problemstilling vedrører derfor hovedsageligt den retslige og den solidariske sfære.

Den retslige sfære er sfæren, hvor samfundet definerer universelle/samfundsmæssige rettigheder, som sikrer, at alle medlemmer af samfundet har mulighed for at realisere deres autonomi i praksis. Lovmæssige relationer sikrer således, at alle mennesker har adgang til velfærdsstatens goder, og at individer sikres imod tilfældige overgreb og uretmæssig behandling. Når et individ opnår en følelse af retssikkerhed, opstår der, ifølge Honneth, kognitive bånd imellem samfundet og individet, som medfører følelsen

af frihed til at udføre fuldmyndige handlinger. De kognitive bånd, i kombination med individets civile rettigheder, bevirker, at individerne opbygger selvagtelse igennem evnen til at opfatte sig selv som velfungerende individer, der kan leve op til samfundets og egne intuitive, moralske forpligtelser og rettigheder (Honneth 2006: 161ff).

”self-respect can be seen as the affectively laden self-conception that underwrites a view of oneself as the legitimate source of reasons for acting” (Honnet og Anderson 2005: 132).

Den solidariske sfære omhandler individets relationer til fællesskabet og samfundet, og det er her, at individets evne til at deltage i mellemmenneskelige interaktioner bliver anerkendt. Den tredje form for selvanerkendelse, selvværdsættelsen, opbygges, når individets evne til at bidrage positivt til fællesskabet via specielle kvaliteter eller egenskaber agtes og respekteres af andre, og individet således opnår social værdsættelse. I hver sfære gør det sig gældende, at individet kan udsættes for krænkelse, der skader den enkeltes selvtilid, selvagtelse og selvværdsættelse. I den retslige sfære krænkes individets selvrespekt via fraværet af grundlæggende rettigheder, og i den solidariske sfære kan krænkelse tage form af fornærmelse og nedværdigelse rettet imod individets status, ære og værdighed (Honneth 2006: 178).

Diabetespatienterne blev, hvilket jeg vil uddybe senere i specialet, udsat for krænkelse indenfor den retslige og den solidariske sfære, hvilket bidrog til deres oplevelser af at være helt eller delvist sat uden for samfundet. Oplevelserne af ikke at være velkomne og anerkendte som fuldgældige samfundsborgere, blev ofte kædet sammen med oplevelser af, at etniske danskere og danske samfundsinstitutioner ikke tog sig tid til dem. Tid blev således, i nogen sammenhænge, lig med anerkendelse, idet det at stille sig til rådighed for et andet menneske kan ses som en helt fundamental form for anerkendelse af det andet menneskes eksistens.

Kapitel 2: Introduktion til felten

Dette kapitel beskriver dels den felt, som jeg har arbejdet i, og dels de metoder, som jeg har benyttet til at indsamle data. Kapitlet falder i tre dele. I første del gennemgår jeg den kontekst, som er væsentlig for at forstå min felt og mine informanter. Anden del beskriver min felt, mens tredje del omhandler de metoder, jeg gjorde brug af under feltarbejdet, samt relevante etiske overvejelser.

2.1 Kontekst

Konteksten er en væsentlig del af et hvert antropologisk studie, idet enhver felt eller situation skal forstås i tæt sammenhæng med den omgivende kontekst. Jeg redegør i dette afsnit for min felts kontekst i relation til diabetespatienternes position i den danske velfærdsstat, ulighed i sundhedsforhold i Danmark, samt i relation til diabetes som fysisk sygdom. Disse forhold havde alle betydning for diabetespatienternes situationer og oplevelser.

2.1.1 Den danske velfærdsstat – lighed for næsten alle

Danmark er et ud af bare 12 lande som, ifølge politolog Walker Connor, med rette kan beskrives som en ægte nationalstat. Hermed henviser Connor til det forhold at landets territorielle grænser er helt eller næsten sammenfaldende med den territorielle udbredelse af den nationale gruppe (Connor i Kvaale 2007: 113). Danmark er altså kendetegnet ved en særlig høj grad af 'etnisk homogenitet', og det har betydning for danskernes selvforståelse, samt for den måde, som danskere møder borgere med anden etnisk baggrund på.

Endnu et særkende for Danmark er, at det er et af de lande, hvor borgerne betaler den højeste indkomstskat. Skatten betyder at staten kan finansiere 'velfærdsstaten', i form af en stor offentlig sektor. Den danske velfærdsstat bygger på et universalistisk princip, hvor alle borgere enten får eller kan få bestemte velfærdsydelser (Jöhnke 2007: 49). Denne model kræver dog, at et overvejende flertal af danskerne arbejder ude og betaler mere i skat end de får tilbage i velfærdsydelser (Ibid: 57). Dette idealiserede, men forpligtende, danske selvbillede, udtrykkes af økonom Gøsta Esping-Andersen således:

"Danskerne – både mændene og kvinderne – arbejder ude (næsten) alt det, de kan, og betaler en hel del i skat (uden at snyde og mukke alt for meget), for at fremmede mennesker kan tage sig af de fattige, gamle, de syge og de små, og for at de kan holde ferie fem-seks uger om året og få nye møbler en gang imellem. Sådan har de nu fundet ud af at de vil styre tingene" (Esping-Andersen i Jöhnke 2007: 58f).

Velfærdsstaten bygger, ifølge antropolog Steffen Jöhnke, på forestillinger om lighed og "enshed", samt på idéen om, at danskere er en homogen gruppe, og den har således en integrerende effekt på samfundet. Samtidig er velfærdsstaten i dag, ifølge Jöhnke, blevet en grundlæggende del af det danske selvbillede (Jöhnke 2007: 37).

Da beskæftigelsen blandt indvandrere er væsentligt lavere end blandt etniske danskere, udgør indvandringen, ifølge Jöhnke, en reel udfordring for velfærdsstaten. Dette forhold hænger, skriver Jöhnke, tæt sammen med danskeres bekymringer over etniske minoriteters integration og velfærdsstatens fremtid. Jöhnke understreger her, at økonomiske forskelle altid har eksisteret, men at de i dag er blevet tydeligere, fordi de knytter sig til allerede italesatte kulturelle og etniske forskelle (Ibid: 37f, 57f). Gullestad skriver i denne forbindelse, at skillelinjerne mellem sociale klasser og lag i Skandinavien er blevet mindre synlige, men at nedtoningen af forskelle inden for majoritetsgruppen fører til endnu skarpere skel imellem majoritet og minoriteter. I henhold til Gullestad er det således kun muligt at opretholde idéen om at danskere er ét folk, ved at se det som en modsætning til andre folk eller 'udefrakommende' (Gullestad 2001: 33). Således opretholdes en skarp dikotomi imellem et forestillet homogent 'os' og 'dem', og 'lighedens grænser' tager form.

Forestillingerne om lighed omhandler altså kun den gruppe af borgere, der har danske slægtsmæssige rødder flere generationer tilbage, og ikke borgere med anden etnisk baggrund. Dette forhold afspejler sig til en vis grad også i velfærdsydelsernes rækkevidde, og også her er det 'de fremmede', der er udenfor. Således har etniske danskere uden arbejde for eksempel mulighed for at modtage kontanthjælp, mens indvandrere fra andre lande end EU og Norden, der har været i Danmark i mindre end syv år, kun har ret til den betydeligt lavere starthjælp, eller den endnu lavere introduktionshjælp.

2.1.2 Ulighed i sundhed, patientskoler og egenomsorg

Sundhedsvæsnets udgør i dag en væsentlig del af velfærdsstaten, som tilbyder – næsten alle – ydelser uden beregning til fastboende personer med opholdstilladelse i Danmark. Der er således formelt set lige adgang til sundhedsvæsnets for alle, men undersøgelser viser, at borgere med anden etnisk baggrund ofte får mindre udbytte af de forskellige sundhedstilbud end etniske danskere (Sundhedsstyrelsen 2008a: 3ff). Samtidig konkluderer en lang række rapporter om sundhedstilstanden i Danmark, at der i dag er stor ulighed i sundhed. Uligheden er særligt udtalt i forholdet mellem etniske danskere og etniske minoriteter, idet væsentligt flere etniske minoriteter lider af dårligt helbred end etniske danskere. Andelen af befolkningen med kronisk sygdom er i dag konstant

stigende blandt alle etniciteter og sociale lag, men de kroniske sygdomme er dog væsentligt mere udbredte blandt borgere med anden etnisk baggrund (Vinther-Jensen og Primdahl 2010: 5ff)⁶. Dette forhold afspejler sig tydeligt i forekomsten af diabetes. Således blev diabetes i 2008 rapporteret af 12-17% indvandrere fra Ex-jugoslavien, Libanon, Palæstina, Tyrkiet, Somalia og Pakistan, mens det kun var 2% etniske danskere, der rapporterede, at de havde diabetes (Singhammer 2008: 10ff).

I forbindelse med stigningen i antallet af borgere med kroniske sygdomme har den danske regering haft øget fokus på forebyggelse og behandling af sygdommene, og der er i flere kommuner blevet opstartet patientskoler for kronisk syge patienter. Overordnet er målet med patientskolerne at styrke patienternes egen rolle i forhold til håndtering og behandling af sygdommen. Det er her væsentligt, at patienterne opnår størst mulig livskvalitet og færrest komplikationer. Ved håndteringen af de fleste kroniske sygdomme er det nødvendigt at patienterne i høj grad tager ansvar for behandlingen, ligesom det ofte er nødvendigt at de træffer beslutninger om forebyggelse og relevante livsstilsændringer. På patientskolerne tilrettelægges der således undervisningsprogrammer, der netop fokuserer på 'egenomsorg' (Willaing et al. 2005: 4ff). Egenomsorg er et bredt begreb der bruges på flere forskellige måder. I Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for kronisk sygdom formuleres egenomsorg som følger:

"Egenomsorg er et udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer i levevis som følger med at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg omfatter også evnen til at monitorere sin tilstand og effektuere kognitive, adfærdsmæssige og emotionelle reaktioner, som er nødvendige for at opretholde en tilfredsstillende livskvalitet. Der etableres herigennem en dynamisk og kontinuerlig selvreguleringsproces" (Sundhedsstyrelsen 2008b: 72).

Rapporten "Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering" peger på, at etniske minoriteter er underrepræsenterede på de patientskoler, som i stigende grad oprettes og benyttes i Danmark, samt at de der tager imod tilbuddene, får meget lidt ud af undervisningen (Sundhedsstyrelsen 2009: 81f).

Sundhedscenter Vollsmose blev oprettet for netop at imødekomme de særlige udfordringer, som eksisterer i forbindelse med at undervise kronisk syge etniske minoriteter i egenomsorg. Sundhedscenterets patientskoler adskiller sig fra andre ved,

⁶ Rapporten "Etniske Minoriteters opfattelse af sygdomsrisici" nævner blandt andet usund livsstil og stress forbundet med migrationsprocessen, som mulige årsager til uligheden i sundhed (Mygind et al.: 4ff).

at de er målrettede etniske minoriteter i forhold til sprog, vidensniveau og kulturel baggrund. Formålet med diabetesskolen er, at type 2 diabetikere med arabisk, tyrkisk eller somalisk baggrund skal have et undervisningstilbud, som i indhold og kvalitet svarer til det tilbud der gives på diabetesskolen ved Odense Universitetshospital. Konkret adskiller diabetesskolen sig fra andre patientskoler ved at deltagerne bliver delt ud på forskellige hold i forhold til køn og sprog. Derudover foregår undervisningen på diabetespatienternes modersmål og den sundhedsfremmende indsats bliver primært formidlet af sundhedsformidlere med anden etnisk baggrund. Sundhedsformidlerne følger holdet og tolker undervisningen under hele forløbet. Endelig tager undervisningen udgangspunkt i deltagernes vidensniveau, og foregår således typisk på et lavere niveau end på andre patientskoler, da mange af patienterne mangler basal viden om krop, sundhed og sygdom. Sundhedscenteret henvender sig specifikt til den gruppe af etniske minoriteter, som lægerne vurderer ikke kan få noget ud af undervisningen på Odense Universitetshospitals diabetesskole (Buch og Haugaard 2010: 25). Målgruppen er således socialt marginaliserede etniske minoriteter.

2.1.3 Diabetes – kort fortalt

Dette speciale omhandler type 2 diabetikere, hvorfor en kort introduktion til sygdommen er nødvendig. Diabetes eller 'sukkersyge' er en kronisk sygdom, hvor kroppens evne til at omsætte glukose er forringet. Hos type 2 diabetikere, skyldes dette at virkningen af insulin i kroppen er nedsat. Symptomerne på diabetes er ofte tørst, træthed og øget vandladning, og sygdommen kan diagnosticeres ved hjælp af blodsuktermålinger. De overvejende risikofaktorer for diabetes 2 er fedme og manglende motion, og sygdommen kan således betegnes som en 'livsstilssygdom'. Sygdommen kan forårsage forandringer i nerver, bindevæv og karsystem, hvilket på længere sigt kan føre til blindhed, hjertekarsygdomme, nyresvigt og nervesygdomme. Diabetes kan ikke kureres, men den livslange behandling består af diæt og motion, samt for nogles vedkommende, tabletbehandling og insulin (Diabetesforeningen 2011).

2.2 Felten

I dette afsnit redegør jeg for min felt, samt for diabetespatienternes position som udsatte og stigmatiserede i Danmark. Denne position fyldte meget i patienternes livsverdener, hvilket også fremgår nedenfor.

2.2.1 Felten – en kort indføring

Min felt har været relativt afgrænset, idet jeg fulgte to diabeteshold med relativt få deltagere. Der var oprindeligt tilmeldt 16 patienter til de to hold, men reelt kom der i

gennemsnit kun 3-6 deltagere til hver undervisningsgang, hvoraf cirka fire af deltagerne på hvert hold kom stabilt. Det lille antal informanter gjorde, at jeg havde mulighed for at lære dem godt at kende. Jeg opnåede ligeledes et positivt og fortroligt forhold til de to sygeplejersker, diætisten og sundhedsformidleren Amína. Jeg vil nedenfor komme ind på, hvad disse forhold har betydet for mine data.

Mine informanter kom fra forskellige arabiske lande, men havde deres baggrund som flygtninge, deres position som arbejdsløse, diabetikere og socialt marginaliserede til fælles. Diabetespatienterne var i alderen 40 – 63 år og alle havde større eller mindre familier i Danmark og i udlandet.

Diabetesskolen kan, med antropolog Kirsten Hastrups ord, betegnes som et "deltidsfællesskab", idet den udgør et rum, hvor en gruppe patienter mødes og er sammen med hinanden i begrænsede perioder af deres hverdag (Hastrup 2003: 16f). Diabetesskolen udgjorde således kun en afgrænset del af diabetespatienternes hverdag, og det var med dette in mente, at jeg valgte at udvide min felt, så den også kom til at omfatte patienternes øvrige hverdagsliv. Det viste sig samtidig, at forståelsen af diabetespatienternes øvrige dagligdag var afgørende for at forstå deres handlinger når de var på diabetesskolen, samt hvilken betydning diabetesskolen og sundhedscenteret havde i deres hverdag.

På diabetesskolen var undervisningsgangene præget af en afslappet stemning, hvor alle sad ved et langt bord. Underviseren og sundhedsformidleren sad typisk i den ene ende og patienterne og jeg i den anden. Underviserne skiftevis stod op og sad ned og fortalte, og stillede ofte inddragende spørgsmål som *"Kender I det?"* og *"Hvad tænker I om det?"*. Patienterne var altid meget interesserede i undervisningen, selvom der var flere, der havde svært ved at koncentrere sig. Dette skyldes sandsynligvis, at flere af patienterne er diagnosticeret med PTSD (Post Traumatisk Stress Syndrom), som netop kan medføre koncentrations- og hukommelsesbesvær (PTSD Foreningen 2011). Stemningen på holdene var overordnet god, og på begge hold kom de forskellige deltagere godt ud af det med hinanden. På mandeholdet blev der lavet en del sjov, og mændene havde mange spørgsmål og kommentarer som af og til fik undervisningen til at trække ud. Kvindeholdet var mere stille, og de fleste var tilbageholdne med at komme med kommentarer og spørgsmål, hvis de ikke blev spurgt direkte. Jeg kom særlig tæt på mændene, da de var mest åbne og oftere henvendte sig direkte til mig.

Patienternes hjem bar præg af, at de kom fra andre lande og havde andre vaner og traditioner med sig, hvilket blandt andet kom til udtryk i deres indretning. Således var gulvene ofte belagt med tunge persiske tæpper, og nogle steder foregik måltiderne

siddende på tæpper på gulvet. Mange steder hang der billeder med arabiske skrifttegn og alle informanterne havde store fjernsyn og paraboler, som gav mulighed for at følge med i livet i de arabiske lande, der fyldte meget i patienternes bevidsthed.

2.2.2 En socialt marginaliseret position

De dansk-arabiske diabetespatienter, som jeg fulgte under mit feltarbejde, indtog på flere måder en socialt marginaliseret position i det danske samfund. Først og fremmest tilhørte de gruppen af etniske minoriteter i Danmark og var dermed nærmest per definition sat uden for det forestillede fællesskab⁷, som i henhold til Gullestad eksisterer blandt de gennemsnitligt mere privilegerede etniske danskere. Dertil kom, at diabetespatienterne var arbejdsløse, talte dårligt dansk, at de havde mindst én kronisk sygdom, men for de flestes vedkommende også andre fysiske og/eller psykiske lidelser. Endelig var alle mine informanter flygtninge, og flere af dem havde alvorlige traumer fra oplevelser i deres fødelande eller fra rejsen til Danmark. Flere var, som nævnt, diagnosticeret med PTSD, hvilket betød, at de ofte genoplevede deres traumer, havde koncentrations- og hukommelsesbesvær samt problemer med at sove om natten (PTSD foreningen 2011).

De dansk-arabiske diabetespatienter var således bærere af det sociologen Erving Goffman har benævnt som 'stigma'. Stigma kan betegnes som en form for vanære, der fører til, at personer der bærer et 'stigma' miskrediteres i mødet med 'normale' mennesker. Goffman har defineret tre overordnede typer af stigma, hvoraf mine informanter var bærere af mindst to af typerne, nemlig 'tribal' stigma, og stigma, der vedrører karaktermæssige fejl. Tribal stigma er den type stigma som knytter sig til race, nation og religion. Stigma, der vedrører karaktermæssige fejl, knytter sig til personens egenskaber og omhandler for eksempel svag vilje, uærlighed og upålidelighed. Disse karaktermæssige fejl udledes ofte af viden om personens position som for eksempel arbejdsløs, psykisk syg, straffet, misbruger etc. (Goffmann 1963: 13f). Goffmann skriver, at 'normale' ofte oplever afvigere, eller bærere af stigma, som mindre menneskelige, idet personens stigma, for fremmede, bliver en total og altoverskyggende identitet. Miskrediteringen består her typisk i enten væmmelse eller medlidenhed; aldrig i en opfattelse af ligesindethed (Ibid: 11ff).

De dansk-arabiske diabetespatienter gav flere gange udtryk for deres oplevelser af at tilhøre en socialt udsat og stigmatiseret gruppe, herunder også for væsentlige

⁷ Gullestad er her inspireret af Benedict Anderson's klassiker "Imagined Communities" (Anderson 2000).

bekymringer angående eksempelvis statsborgerskab, hvilket jeg vender tilbage til nedenfor. Dertil kom, at mine informanter boede i Vollsmose, som er et af de områder, der figurerer på regeringens liste over socialt udsatte boligområder (Socialministeriet 2010: 38f). I det halve år jeg lavede feltarbejde, voksede politikernes og mediernes fokus på de socialt udsatte boligområder, og der blev fra politisk side lagt massivt pres på beboerne i de såkaldte danske ghettoer. Tydeligste eksempel på dette er VK-regeringens lovforslag: *"2010-11 L 53 Forslag til lov om ændring af lov om almene boliger m.v."* (Folketinget 2010) – bedre kendt som 'Ghettopakken'. Pakken indeholder en række forslag til forbedringer af situationen i 'ghettoområderne' som nedrivninger af boligblokke, incitament til salg af blokke til eksempelvis privat udlejning, andelsboliger eller erhvervslejemål samt stop for anvisning af flygtninge til udsatte boligområder (ibid.).

I kølvandet på diskussionen om regeringens ghettoplan fulgte en lang række debatindlæg og forslag fra forskellige politiske grupperinger. Eksempelvis foreslog Dansk Folkepartis socialordfører Martin Henriksen i september 2010, at:

"Hvis man vil flytte ind i et ghettoområde, skal man være i arbejde eller i uddannelse og være dansk statsborger. På den måde vil man sende et klart signal om, at man ønsker en anden beboersammensætning. Hvis man bor i en ghetto, skal det også være vanskeligere at blive familiesammenført til Danmark" (Citeret i Eriksen 2010).

Med andre ord peger Henriksen på, at det er selve befolkningssammensætningen – altså de nuværende beboere – som er problemet, og at nyt blod udefra, af dansk herkomst forstås, vil kunne løse problemerne. Tankevækkende er det, at dette ikke adskiller sig væsentligt fra grundpræmissen i regeringens ghettoplan. Også her gælder det, at befolkningssammensætningen er problematisk, og at strukturelle såvel som fysiske ændringer af boligområderne er nødvendige. Hvorvidt dette er en rigtig eller forkert tilgang er i denne sammenhæng ikke det mest betydningsfulde, men snarere at der her er tale om en befolkningsgruppe, som på eksplicit vis udstilles som problematiske og som syndebukke. Oplevelsen af at blive kritiseret for at bo i Vollsmose bidrog til mine informanters generelle oplevelser af at tilhøre en udsat og ikke mindst udskældt gruppe, som ofte var i vejen for det øvrige danske samfund. På en gåtur imellem Vollsmoses grå blokke, udtrykte Baasim det således:

"De siger, vi skal ikke bo her, men her vi har vores familie og venner. Andre steder, jeg kender ikke nogen. Det er jo også lige meget, hvad vi gør..." (Vollsmose den 15/11).

2.3 Metoder for dataindsamling

Det antropologiske feltarbejde adskiller sig fra andre fags metoder ved den ekstra tid, som antropologen vier til sin felt og sine informanter, eller det 'rum', som felten udgør. Denne metode bygger på en anerkendelse af kontekstens betydning for det levede liv, samt for hvad informanterne selv fortæller om det (Tjørnhøj-Thomsen 2003: 93). Deltagerobservation og interviews udgør de hyppigst anvendte metodiske redskaber, antropologer benytter for at opnå indsigt i felten. Det er ligeledes disse metoder, i uadskillelig kombination, som jeg har gjort brug af, og som har udgjort kilderne til data i mit feltarbejde. I dette afsnit redegør jeg for de metodiske og etiske overvejelser, som har vist sig særligt relevante for feltarbejdet og specialet. Jeg starter med at redegøre for min overordnede metode i form af deltagerobservation og interviews. Herefter redegør jeg for de metodiske refleksioner som knyttede sig til mit forsøg på at lære mine informanters sprog. Endelig kommer jeg ind på nogle etiske overvejelser i forhold til at engagere sig i en felt i en tidsbegrænset periode.

2.3.1 At dele tid og rum

Det at involvere sig i tid og over tid med sine informanter er, ifølge antropolog Tine Tjørnhøj-Thomsen, et *sine qua non* i antropologiens forskningspraksis (Ibid: 101). Mange antropologiske grundbøger lægger således vægt på, at det er igennem et længerevarende feltarbejde, hvor antropologen deler hverdagsliv og daglige rutiner med informanterne, at den antropologiske viden opnås. Det er dog uklart hvad dette præcist indebærer, og da mennesker typisk deltager i mange forskellige fællesskaber og sammenhænge, er det oftest umuligt at deltagerobservere det hele. Antropologer deler således, ifølge Tjørnhøj-Thomsen, ikke *al* tid, men *nogen* tid med informanterne.

Den tid, som jeg brugte sammen med mine informanter, var begrænset af, at jeg udførte feltarbejdet for Dansk Sundhedsinstitut (DSI), og derfor havde arbejdsplads på deres kontor i Aarhus. Af denne grund havde jeg ikke mulighed for at bo i Vollsmose, og mit feltarbejde bar således i nogen grad præg af det Ulf Hannertz refererer til som 'anthropology by appointment', idet jeg pendlede frem og tilbage fra Aarhus for at møde op til på forhånd aftalt undervisning og interviews (Hannerz 2006: 34). Andre dele af feltarbejdet blev mere spontane, idet jeg aldrig på forhånd bestilte billetter til min hjemrejse, så der altid var plads til spontane besøg hos patienterne. Således har jeg flere gange, uden forudgående aftaler, overnattet hos Baasim, ligesom jeg flere gange har opholdt mig hos andre informanter og deres familier indtil sent ud på aftenen. Jeg har desuden brugt tid på at spadserere rundt i Vollsmose og iagttaget området såvel som dets beboere, for at få et større indtryk af, hvad det vil sige at bo der. Jeg tilstræbte at bruge

så meget tid som muligt sammen med mine informanter, men jeg ville formentlig være kommet frem til andre eller mere detaljerede indsigter, såfremt jeg havde haft mulighed for at bo i felten under hele feltarbejdet.

Deltagerobservation drejede sig i mit feltarbejde om at deltage i diabetesundervisningen, samt – så vidt som muligt – i informanternes øvrige hverdagsliv. Konkret fulgte jeg samtlige 9 x 2 undervisningsgange på de to hold, og besøgte diabetespatienterne, når der var mulighed for det. Derudover interviewede jeg fire af de mandlige patienter, fire kvindelige patienter samt fire sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose.

På trods af min egen oplevelse af at være begrænset i forhold til tid, undrede mine informanter sig meget over, at jeg interesserede mig for dem, og ønskede at bruge tid sammen med dem. Til tider fik jeg endda indtryk af, at de undrede sig over, at jeg stolede på dem. Dette kommer blandt andet til udtryk i følgende uddrag fra mine feltnoter. Uddraget er fra en samtale med Baasim på vej hjem til ham, efter at jeg har sagt, at jeg gerne vil overnatte der (for anden gang):

"Vola [jeg sværger]. Laura, du har sagt Ole [min kæreste], at du sove hos arabisk familie?". "Ja, jeg har fortalt det" siger jeg og nikker for at understrege mit budskab. "Og han sagde, det okay?". "Ja, han synes det er helt fint!", svarer jeg. Baasim er stille et øjeblik imens vi går videre. "Du kende det?", spørger han begejstret, da vi når hans families blok. (Baasim den 25. oktober).

2.3.2 Arabisk – en nøgle til felten

For at få mest muligt ud af interviews og deltagerobservation, startede jeg inden feltarbejdet på et kursus i arabisk, som jeg har fulgt siden. Dette forhold var måske det, der kom allermest bag på diabetespatienterne. Flere af patienterne spurgte mig således flere gange om, hvorfor jeg ville lære deres sprog, og jeg fik indtryk af, at det undrede dem, lige så meget som det begejstrede dem. Nedenstående uddrag af feltnoter er fra et besøg hos Rana, fra kvindeholdet. Jeg sad i sofaen sammen med Ranas teenagedatter, Jinana, imens Rana lavede mad i køkkenet:

"Hvorfor vil du lære arabisk?", spørger Jinana. "Fordi... Jeg synes, at det er et helt vildt flot sprog, og så kan jeg også bedre forstå hvad de taler om på diabetesholdene", svarer jeg. "Skal du giftes med en araber?", spørger hun." (Besøg hos Rana 11/10).

Patienterne talte ofte arabisk sammen, og deres fælles sprog afgrænsede således et socialt rum, som jeg havde svært ved at deltage i. Her blev mit forsøg på at lære arabisk,

samt det arabiske jeg lærte, på flere måder en væsentlig 'nøgle' til dette sociale rum samt til mine informanternes livsverdener.

Konkret betød mit forsøg på at lære arabisk, at jeg jævnligt blev lukket ind i diabetespatienternes samtaler. Dette skete, dels fordi jeg forstod enkelte gloser og fraser, og dels fordi min interesse for arabisk gav mig lejlighed til at spørge ind til samtalerne, så jeg bedre kunne følge med i dem. Disse samtaler ville patienterne sandsynligvis ikke have inddraget mig i, hvis det ikke var, fordi jeg ville øve mig i arabisk, da de oftest selv opfattede samtalerne som uvæsentlige. Jeg oplevede desuden, at mit forsøg på at lære arabisk, påvirkede patienternes syn på mig i positiv retning. Dette skyldes formentlig, at mit forsøg på at lære arabisk ikke var tidsmæssigt afgrænset til den periode hvor jeg konkret deltog i deres liv og indsamlede data til mit speciale, og dermed indikerede, at jeg var oprigtigt interesseret i dem, deres baggrund og deres levevis. Betydningen af mit forsøg på at lære arabisk fremgår blandt andet af mine feltnoter fra første undervisningsgang på mandeholdet:

'For enden af bordet sidder en mørkhåret mand med ryggen til døren. Han sidder bøjet ind over nogle papirer, som han er ved at læse. Hans ryg ser stor og buet ud. Jeg kan ikke se hans ansigt. Jeg går ind foran ham og rækker ham hånden. "Hej", siger jeg, "Jeg hedder Laura og jeg er studerende. Jeg skal følge jeres hold. Jeg skal lære noget om hvordan man bedst underviser i diabetes". Jeg taler højt, langsomt og tydeligt. "Khalid", brummer han og kigger på Amína. Amína oversætter det jeg sagde, imens jeg tager plads ved siden af Khalid. Måske siger hun også noget mere, som jeg ikke forstår. Khalid svarer Amína, som igen vender sig imod mig. "Han siger, at han forstår dansk bedre end han taler det – men måske, hvis du siger noget på arabisk". Jeg skynder mig at sige: "Kæj fæ haalukæ?" [hvordan har du det]. Khalids ansigt flækker i et stort smil og siger "anæ bikhajr – ælhamdulillah" [jeg har det godt - takket være gud.] "Jeg prøver at lære arabisk, men det er svært" siger jeg. Khalid nikker og peger mod sin hals. Jeg tror han mener, at der er nogle svære lyde, som skal laves med halsen. Jeg siger "Bikhajr", og lægger vægt på den lyd, der er svært at udtale. "Bikhajr, bikhajr", siger han, for at vise, hvordan den svære lyd skal lyde. Jeg tænker, at jeg er meget glad for, at jeg er begyndt at lære arabisk, og at det, at jeg har svært ved arabisk, mens Khalid har svært ved dansk, på en måde gør vores forhold mere ligeværdigt.' (Undervisning den 27/11 2010).

Min status som kandidatstuderende, etnisk dansker og potentielt associeret med sundhedscenteret betød, at chancen for at jeg ville blive tildelt en permanent 'ekspertrolle' var stor. Forsøget på at lære arabisk betød dog, at hierarkiet ofte blev vendt om, således at jeg fik en 'elevrolle', mens diabetespatienterne fik 'ekspertroller' idet det var dem, der kunne lære mig at tale arabisk (Wadel 1991: 45ff). De vekslende

roller bidrog til, at relationen imellem patienterne og jeg blev mere ligeværdig, hvilket formentlig var medvirkende til at skabe den fortrolighed, som opstod imellem flere af patienterne og jeg. Diabetespatienterne syntes desuden at nyde mulighederne for at lære fra sig, og flere af dem brugte således tid på at lære mig arabiske glosser og bogstaver. Det arabiske sprog blev dermed et fælles projekt og et nyt 'rum', som gav mig mulighed for at lære patienterne bedre at kende. Mine arabiskkundskaber blev dog aldrig gode nok til, at jeg kunne følge med i længere samtaler eller forstå nuancerne i det, der blev fortalt, hvorfor jeg valgte at bruge tolk under interviewene⁸.

Mit feltarbejde og de data der kom ud af det, er, som ovenstående illustrerer, kendetegnet ved i høj grad at være kvalitative, og i mindre grad kvantitative. Målet har således ikke været repræsentativitet, men en analyse, der når bag om standardforklaringer og overfladiske statistiker. Mine besøg i diabetespatienternes hjem, og særligt de længerevarende besøg hos Baasim og hans familie, gav mulighed for at komme om bag det umiddelbare og opleve de forskellige ting, der fyldte i patienternes livsverdener. Jeg så rodet i lejlighederne, oplevede mindre familiedramaer og hørte patienterne beklage og glæde sig over forventede og overraskende begivenheder. Hjemmebesøgene medførte, at jeg opnåede et fortroligt forhold til flere af patienterne, hvilket betød at vi kunne tale om stort og småt og dele væsentlige og mindre væsentlige bekymringer. Disse relationer betød, at jeg fik mulighed for at erfare ting, der ikke umiddelbart havde med mit studiefelt at gøre, men som viste sig at være væsentlige, og hvoraf nogle derfor har fået plads i dette speciale. Således illustreres feltarbejdets force: en dybdegående viden, der kan ændre eller nuancere forudindtagede idéer om virkeligheden.

2.3.3 Etik

Mine informanter var meget gæstfri, og min interesse for dem var i høj grad gengældt. Samtidig var der en iboende ulighed i relationen, idet mit ønske om at bruge tid sammen med informanterne ville ende samtidigt med mit feltarbejde, hvorimod mine informanter, særligt Baasim, havde en interesse i, at jeg fortsat besøgte ham og hans familie. Under feltarbejdet søgte jeg at udligne det ulige forhold ved at give informanterne noget igen for den tid og opmærksomhed de viede til mig og mit feltarbejde. Således hjalp jeg ofte familierne med stort og småt når jeg var på besøg, herunder blandt andet at besvare breve fra kommunen, opvask, madlavning og

⁸ Tolkningen af mine interviews har, ligesom tolkningen af undervisningen, haft betydning for de data, jeg har fået. På grund af specialets begrænsede omfang har jeg dog ikke her mulighed for at give en fyldestgørende beskrivelse af tolkningens metodiske implikationer.

lektiehjælp til børnene. Jeg er dog bevidst om, at dette etiske regnestykke er mit eget, ligesom at dette speciale peger på, at tid bedst gengældes med tid, hvorfor forholdet imellem mine informanter og jeg forblev ulige. På et makroetisk niveau anser jeg dog specialet for at have et etisk potentiale, idet det giver stemme til en marginaliseret gruppe i samfundet (Brinkmann 2010: 429, 439f).

Kapitel 3: Tid i hverdagen

"Dagen bare går langsomt. Og så jeg kan ikke sove hele natten, sover mest morgen, så derfor det lidt svært at vågne op. Det kan jo godt være selvfølgelig, fordi det sker med mig mange gange også. Nogen gange jeg kan ikke sove hele natten. Mine øjne vil ikke, og jeg kigger – åh så er klokken tre og klokken fire. Falder i søvn først klokken fem, så det er meget svært at stå op klokken syv." (Interview med Baasim i hans lejlighed den 29/11 2010).

I dette kapitel dykker jeg ned i diabetespatienternes hverdag og beskæftiger mig med, hvordan de oplevede dage og nætter i deres hjem i Vollsmose. Jeg starter med at beskrive, hvordan længsler og bekymringer fyldte i og formede patienternes hverdag. Med udgangspunkt i Bourdieu analyserer jeg herefter, hvordan patienternes praksis formede deres oplevelser af tiden, samt hvordan disse oplevelser igen formede deres livsverdener. Dernæst analyserer jeg, med udgangspunkt i Schutz' teori om kropsbevægelser og temporalitet, hvordan diabetespatienternes begrænsede bevægelser i rum ligeledes påvirkede deres tidsopfattelse. Til sidst diskuterer jeg opsummerende, hvordan ovenstående havde betydning for patienternes lyst til og muligheder for at handle.

3.1 Alt for mange concerns

Antropologerne Fredrik Barth og Unni Wikan har begge brugt begrebet "concerns"⁹ til at begrebsfæste de dagligdags værdier og bekymringer, som fylder i menneskers livsverdener (Barth 1993, Wikan 1990). Barth understreger i denne forbindelse, at det er væsentligt at skelne imellem concerns og værdier. Værdier kan, ifølge Barth, forstås som overordnede modeller og idéer om, hvordan samfundet bør indrettes og hvordan individer bør handle (Barth 1993a og 1993b: 103). Concerns er derimod, ifølge Barth, tættere knyttet til domænet af hverdagserfaringer og genkendes ud fra beskrivelser af, hvad der optager mennesker. Concerns er således implicite sociale konstruktioner, der har betydning for menneskers adfærd, men de er ikke formulerede som eksplicite normer og værdier:

"[...] we must not conceptualise them as "norms" for people to enact. Indeed few such norms seem to be notably effective in generating action and determining meaning. Instead, I suggest that they summarize recurring life experiences: they provide caveats,

⁹ Det har ikke været muligt at oversætte 'concerns' til et dækkende udtryk på dansk.

puzzles, and maxims to people who are trying to cope in a complex, unpredictable, and imperfectly known world.” (Barth 1993b: 343).

Under et feltarbejde på Bali erfarede Wikan, at balineserne havde *”so much to care about”* (Wikan 1990: 27). På samme vis havde diabetespatienterne mange concerns, som fyldte i deres hverdage og livsverdener. Således hørte jeg mange gange Baasim sukke og sige; *”Vola [jeg sværger], vi har mange problem”*. Diabetespatienternes var mærkede af, at de havde mange bekymringer. Første gang jeg bemærkede dette var under et besøg hos Rana og hendes familie, hvor jeg netop blev præsenteret for nogle af de emner, der fyldte i familiens hverdag:

’Asif [Ranas næstældste søn] sidder henslængt og tungt i sofaen. Jeg spørger ham hvad han laver, og om han går i skole. *”Det gør jeg ikke”*, siger han og ser nedslået ud. Han læner sig frem og fortæller mig noget meget langt og indviklet om, at han havde fået en læreplads, hvor han arbejdede gratis hele tiden, hele sommeren, men da sommeren var forbi kunne de alligevel ikke give ham lærepladsen. Hans toneleje er skingert og en anelse aggressivt, og det er tydeligt, at han føler sig uretfærdigt behandlet.[...] Han fortæller, at han nu kun får 3000 kr. om måneden, og at det slet ikke er tilstrækkeligt. *”Et par sko til 900 og så et par ture i byen, så er de penge brugt! Det er bare lommepenge, det kan jeg ikke bruge til noget!”*, siger han og ser vred ud. Jeg nikker forstående fra min ende af sofaen. Fjernsynet kører i baggrunden, men bortset fra det er her ingen lyde. Luften føles tung. Nu kommer Ranas mand hen til mig og rækker mig en lille sort bog. Han mumler noget på arabisk, som jeg ikke forstår, og kigger på mig med et undskyldende blik. Bogen er fyldt med håndskrevne tal, som må være hans blodsuktermålinger. Rana kommer ind udefra køkkenet: *”Begge er syge”*, siger hun forklarende og sukker. Jeg nikker og fortæller Ranas mand, at jeg ikke ved så meget om tallene, men at jeg synes, at han skal tage bogen med hen på sundhedscenteret. Jeg er ked af, at jeg ikke kan hjælpe. [...] Senere fortæller Rana, at de har problemer fordi Yasírah [Ranas yngste datter] bliver drillet i børnehaven og fordi de endnu ikke har fundet en kone til deres ældste søn, som er 27 år. [...] Jeg føler mig tung i kroppen på vejen hjem igennem Vollsmose. Det var hårdt at blive konfronteret med familiens bekymringer.’ (Besøg hos Ranas familie den 19/10 2010).

Barth og Wikan anvender begge begrebet concerns som en bredt dækkende betegnelse, der omfavner fænomenologiens fokus; alt det der fylder i informanternes livsverdener. I Vollsmose erfarede jeg dog, at concerns dækkede over meget forskelligartede oplevelser og erfaringer, som formede patienternes hverdage på forskellig vis.

Mange af patienternes concerns var ikke afledte af konkrete, nutidige begivenheder, men var tidsmæssigt knyttet til andre perioder af deres liv. Det er således muligt at

inddele patienternes concerns i concerns der vedrører deres fortid, nutid eller fremtid. En sådan opdeling er gavnlig i forhold til at forstå diabetespatienternes situationer og livsforløb, men det er væsentligt at bemærke, at diabetespatienterne ikke selv på denne måde skelnede imellem deres forskellige concerns, hvilket jeg kommer ind på nedenfor.

Blandt de concerns, der vedrørte diabetespatienternes fortid, var minder om familiemedlemmer, venner og patienternes fødeland. Flere havde hyppig telefon- og emailkontakt med bekendte i fødelandet, og enkelte drømte stadig om at vende tilbage. Savnet af en forladt levevis prægede patienterne, som nogle gange mindedes tiden i deres fødelande med glæde og andre gange med sorg.

De traumatiske oplevelser, som mange af diabetespatienterne havde været udsat for i deres fødelande eller på turen fra deres fødeland til Danmark fyldte ligeledes. Flere af mine informanter genoplevede de traumatiske oplevelser og havde mareridt om dem om natten. De oplevelser af alvorlig stress og angst, som oplevelserne havde medført, havde sat sig som permanente tilstande i deres kroppe. Oplevelser, der var umiddelbart afgrænsede i tid og rum, og som lå mange år tilbage, blev således til vedvarende concerns¹⁰ i patienternes livsverdener. Dette fremgår blandt andet af nedenstående uddrag fra mine feltnoter fra et besøg hos Baasim. Vi sad på en madras på gulvet, imens Baasim fortalte:

”Nogle gange, når jeg tænker på tid i fængsel, så jeg får rigtig dårligt. Jeg bare kigger ud af vinduet, men det holder ik’ op. Så jeg kan ikke sove heller. Det er tit faktisk”. Det slår mig, at Baasims svar på spørgsmålet om hvordan han har det, i høj grad omhandler hans fortid.’ (Besøg hos Baasim den 29/11).

For nogle af patienterne blev genoplevelserne af tidligere traumatiske hændelser koblet sammen med en PTSD-diagnose, mens andre af patienterne havde fået at vide, at de led af andre psykiske lidelser. Disse concerns vedrørte dog ikke alene diabetespatienternes fortid, da diabetespatienterne både kobledes diagnoserne til fortidige og nutidige oplevelser af udsathed.

Mange af de concerns, der blev afledt af nutidige begivenheder i hverdagen, omhandlede patienternes oplevelser af at være sat uden for det danske samfund. Beboerne i Vollsmose var, som nævnt, en udskældt gruppe, der på daglig basis blev udsat for kritik i medierne. Derudover fortalte flere af patienterne om konkrete oplevelser, der gjorde, at

¹⁰ Jeg benytter her antropolog Lone Grøns betegnelse ‘vedvarende concerns’, som omhandler emner, der bliver ved med at fylde i lange tidsperioder, og som medfører konstant nærværende problemstillinger (Grøn 2004: 224ff).

de ikke altid følte sig velkomne i Danmark. Dette fremgår blandt andet af uddraget nedenfor, som er fra et interview med Kamlaa i hendes hjem. Bordet var dækket med cola og kage, som vi nippede til, imens Kamlaa fortalte:

“Det er også for eksempel når vi står ved stoppestedet, der er meget gammel mennesker der kører forbi på cykel. Så siger de sådan noget grimme ord til os. Altså, så siger de; 'skrid jeres land' eller sådan noget. Ja jeg bliver ked af det, altså fordi det vi bliver, altså puha, den her samfund er blevet en del vores, altså det bliver ligesom vores land”.
(Kamlaa den 22/11).

Oplevelserne af ikke at være velkomne i Danmark var tæt knyttede til de concerns, der drejede sig om diabetespatienternes fremtid.

Diabetespatienternes fremtid var usikker, og spørgsmålet om at kunne opnå permanent opholdstilladelse eller statsborgerskab i Danmark var et concern, der fyldte hos dem alle. Patienterne havde boet i Danmark imellem 10 og 19 år, og havde i årevis tilstræbt at blive endegyldigt accepterede som danske statsborgere, eller i det mindste at få permanent opholdstilladelse. Diabetespatienterne sendte ansøgninger, var til samtaler med sagsbehandlere, afholdt sig fra udenlandsrejser, tog indfødsrets- og danskprøver og forsøgte i det hele taget at leve op til de krav, der knytter sig til at kunne opnå permanent opholdstilladelse og statsborgerskab. Disse handlinger blev ikke udført på en gang, men spredte sig over mange år. Indimellem var der ventetiden, som skabte usikkerhed og bekymringer i hverdagen. Patienterne havde svært ved at gennemskue, hvorfor de skulle vente så lang tid på svar, samt på hvilket grundlag der blev taget stilling til ansøgningerne. Ønsket om at blive endegyldigt accepterede som danske statsborgere udgjorde et af diabetespatienternes største concerns. Dette fremgår blandt andet af nedenstående uddrag fra et interview med den midaldrende Asif efter en undervisningstime på diabetesskolen:

Laura: *“Hvordan kan det være, at du har så svært ved at sove?”*

Asif: *“Jeg selv, jeg ved ikke hvorfor. Fordi altså livet det er det samme, fortsætter. Men jeg har været til lægen, og lægen kan ikke give forklaring, og jeg kan ikke give forklaring, så det er ligesom det bliver en vane. Jeg begynder at bekymre, jeg deprimerer lidt nu. Jeg får medicin på grund af altså sove, men de ved ikke hvorfor... Men måske fordi jeg mærker lidt angst angående, hvad hedder det, pas... passport. [...] Altså du ved godt, jeg er elleve år i Danmark, og jeg har haft forlænget pas, men... 2006 jeg søger efter danske pas. Til nu jeg har ikke fået det svar. Hvad hedder det...”*

Laura: *“Statsborgerskab?”*

Asif: *“Statsborgerskab ja! Jeg har ikke fået det nu, og alle mine venner, samtidig de har fået det i lang tid. Måske derfor jeg er meget bekymret og angst.”*

Laura: *"Du er bekymret for, om du bliver sendt hjem?"*

Asif: *"Nej, fordi jeg har fået lang eller længe opholdstilladelse, de kan ikke sende mig hjem, Men jeg kan mærke, når man har dansk statsborger, man føler sig mere dansker.*

Under regler, altså mere stabil, mere afslappende. Jeg kan ikke mærke det nu."

(Interview med Asif, Sundhedscenteret den 29/11).

Foruden utrygheden vedrørende statsborgerskab, bekymrede diabetespatienterne sig også for deres og deres familiers helbred. Flere af diabetespatienterne havde, udover diabetes, også diagnoser for andre fysiske sygdomme. Egne og andres fysiske sygdomme skabte således vedholdende concerns, som krævede pleje og energi i hverdagen. Til trods for, at diabetes er en vedvarende, kronisk sygdom, optrådte den dog, for de fleste af diabetespatienterne, kun af og til som et concern i deres livsverdener. Bekymringer om diabetes var nærværende under diabetesundervisningen og poppede af og til op, når patienterne pludselig blev ramt af dårlig samvittighed over at spise en kage, hørte om en slægtning, der også havde sygdommen eller lignende. Det, at diabetes ikke udgjorde et vedvarende concern, skyldes formentlig, at diabetespatienterne sjældent anså diabetes som et akut problem, samt at der derfor altid var andre concerns som virkede mere presserende.

Endnu et vedvarende concern, der gik igen hos alle mine informanter, var deres børns fremtid. Patienterne håbede, at børnene ville få en familie, en uddannelse, et arbejde samt *"et mindre ustabil og usikker liv"* (Sana, den 30/11 2010).

De ovenfor beskrevne concerns var i store træk fælles for diabetespatienterne. Dertil kom dog en række individuelle concerns, som de hver især kæmpede med. For eksempel savnede Sana sin mand i Irak, som hun dagligt tænkte på og bekymrede sig om. For Rana fyldte det, at hendes ældste søn stadig var ugift, og Humam bekymrede sig over, om hans svigerdatter ville få tilladelse til at rejse til Danmark. Baasim bekymrede sig om stort set alt, da han simpelthen ikke kunne bære tanken om, at hans familie skulle udsættes for flere prøvelser.

3.1.1 Altomfattende concerns og bekymringsforvirring

Diabetespatienternes vedvarende concerns blev i kraft af deres kontinuerlige betydning identitetsskabende. Schutz har brugt betegnelsen "individets biografiske situation" om summen af et individs erfaringer og skriver i denne sammenhæng, at mennesker altid forstår nutidige begivenheder samt deres livsverden på baggrund af deres biografiske situation (Schutz 1975: 25).

I Vollsmose erfarede jeg, at de vedvarende concerns, herunder særligt patienternes oplevelser af ikke at være velkomne i Danmark, i høj grad fyldte i deres biografiske situationer, og dermed også som tolkningsramme for diverse hændelser. Nedenstående uddrag fra mine feltnoter er et eksempel på dette. Ranas datter Jinan havde taget joggingtøj på, og sad tilbagelænet i sofaen imens vi talte:

"Min lærer er totalt racist!", siger hun, og fortæller, at han gav hende en rigtig dårlig karakter for hendes sidste stil [...] Efter middagsmaden hjælper jeg Jinan med at rette en stil igennem, som hun skal aflevere i næste uge[...]. Den er fyldt med sprog- og stavefejl, og flere steder er sætningerne usammenhængende. Jeg tænker, at det måske også kan være en forklaring på den lave karakter (Besøg hos Rana den 19/10 2010).

Jinan tolkede den utilfredsstillende karakter som et udtryk for racisme og diskrimination, og ikke som indikator for eksempel sproglige fejl. Hun anså denne tolkning som sandsynlig, fordi hun forstod begivenheden i lyset af sine erfaringer med at tilhøre en udsat og uvelkommen gruppe i Danmark – et forhold der var blevet en vedvarende og identitetsskabende concern for hende og hendes familie.

Wikan og Barths brug af begrebet concerns omfatter både positive og negative dagligdags værdier og bekymringer. Under feltarbejdet i Vollsmose erfarede jeg dog, at det hovedsageligt var de negative concerns, eller bekymringer, der fyldte i diabetespatienternes livsverdener, samt at patienterne oplevede og talte om positive og negative concerns på forskellig vis. Når diabetespatienterne berettede om positive concerns, som de så frem til, var deres fortællinger konkrete og drejede sig om specifikke begivenheder eller oplevelser. Den ældre kvinde Halíma fortalte blandt andet om, hvordan hun skulle forberede højtiden Eid al-Adha¹¹ således:

"Hele dagen jeg i køkkenet og forbereder. Jeg køber det her...de her frugtbær til kager... og min datter, hun hjælper også. Vi laver mad, der smager dejligt! Og så kommer min datter og hendes mand fra Malmø. Og andre familie også... Og så bare spiser og snakker - hele dagen!" (Besøg hos Halíma den 19/10 2010).

Diabetespatienternes fortællinger om deres bekymringer var sværere at følge med i, fordi de ikke berettede om problemerne som adskilte i tid og rum, men blandede oplevelserne sammen mentalt:

¹¹ Eid al-Adha eller 'offerfesten' er en islamisk højtid, hvor Ibrahims vilje til at ofre sin førstefødte søn fejres.

"Det er ondt i maven og kvalme. Og så min datter, hun kan ik' få job. Det er faktisk stor problem med tørklæde. Og... Det er jo ikke fordi vi ikke vil! Og hele tiden jeg også svimmel, jeg kan ikke bare gå ud." (Kamlaa den 19/10).

Det er bemærkelsesværdigt, at patienterne ofte ikke kunne holde oplevelserne af deres forskellige sociale problemer adskilte, og således gav udtryk for oplevelser af generel 'udsathed'.

Antropologerne Lotte Meinert, Hanne O. Mogensen og Jenipher Twebaze erfarede under et feltarbejde i Uganda, at mange HIV-patienter ikke bare oplevede CD4-målinger¹² som et udtryk for deres fysiske tilstand, men også som en indikator for deres sociale trivsel (Meinert et al. 2009: 195ff). På samme måde blandede diabetespatienterne deres blodsuktermålinger såvel som deres totale fysiske tilstand og sociale position, sammen i en samlet oplevelse af udsathed. Diabetespatienterne oplevede således, det jeg her betegner som en "bekymringsforvirring", der betød, at de ikke mentalt kunne holde de mange forskelligartede bekymringer adskilte. Patienternes bekymringsforvirring var formentlig et resultat af, at de dels havde mange alvorlige concerns, som de ofte ikke kunne gøre noget ved, og dels af at de havde årelange erfaringer med, at nye bekymringer og problemstillinger dukkede op, hvorfor de også kun kunne forvente dette fremover. Bekymringsforvirringen hang desuden, formentlig, tæt sammen med patienternes oplevelser af tid, hvilket jeg kommer ind på nedenfor. Nedenfor beskriver jeg desuden, hvilke implikationer bekymringsforvirringen havde for diabetespatienterne.

3.2 Tiden flyder

Undervejs i feltarbejdet konstaterede jeg, at temporalitet spillede en central rolle for forholdet imellem diabetespatienterne og de sundhedsprofessionelle. Jeg blev først opmærksom på dette, fordi det var påfaldende, at mange af patienterne ofte kom meget for sent til undervisningen, til trods for, at underviserne flere gange havde understreget, at der var mødepligt, og at det var vigtigt, at alle mødte præcis klokken 10:30, hvor undervisningen startede.

Til underviserne og Amínas frustration skete dette dog sjældent, og vi brugte derfor ofte den første halve eller hele time på at vente, imens Amína ringede rundt til de udeblevne for at få dem ud ad døren og hen på sundhedscenteret. Jeg havde svært ved at se forbindelsen imellem patienternes store interesse for undervisningen, og det at de ofte

¹² CD4-målinger giver mulighed for at følge udviklingen i en HIV-infektion.

kom for sent eller udeblev. Siden lagde jeg mærke til, at diabetespatienterne havde meget få ting, de skulle, og at spørgsmålet; *"Hvad skal du lave efter undervisningen"*, som jeg stillede et par af patienterne i starten af forløbet, nærmest var absurd. Som regel skulle de hjem, mændene ville se tv, og kvinderne skulle måske forberede aftensmaden. Det var ikke noget, de havde taget stilling til, inden de kom hjem, og det var ikke noget de så frem til. Hvis de skulle noget senere – for eksempel have besøg, oftest af bekendte fra Vollsmose – var det sandsynligvis ikke planlagt endnu, og ikke noget de vidste, før der blev banket på deres dør. Under mine besøg hos diabetespatienterne oplevede jeg ligeledes, hvordan tiden gik, imens diabetespatienterne foretog sig meget lidt. Meget tid blev brugt foran fjernsynet. Ingen af diabetespatienterne havde jobs, og de fleste var på førtidspension, fordi de havde fysiske eller psykiske problemer og ikke kunne arbejde. Patienterne havde således oceaner af tid, og det er derfor interessant at finde ud af, hvilken betydning dette havde for deres oplevelser af tid.

3.2.1 Død tid

I *"Social Being, Time and Existence"*, beskriver Bourdieu sammenhængen imellem menneskers praktiske gøremål, tid og meningsskabelse. Bourdieu beskriver her begrebet *illusio*, der kan forstås som et meningsgivende interessefelt, eller det vi har 'på spil' i en given situation. *Illusio* er det, der giver mening og retning ('sense') til vores eksistens ved at få os til at investere i 'spillet', som Bourdieu kalder den sociale verden, som mennesker handler i. Samtidig hænger *Illusio* uløseligt sammen med vores opfattelse af tid, fordi menneskelig handling eller 'praksis' ifølge Bourdieu skaber tid. Når der er korrespondance imellem vores forventninger (*illusio*), der altid er rettede mod fremtiden, og spillets gang (*luciones*) er vi optagede af verden og opdager ikke at tiden går. Omvendt vil vi, hvis korrespondancen brydes, opleve en krisesituation, der fører til et tab af mening samt en objektivering af tiden. Vi vil pludselig få relationer til tiden, og vi vil opleve tiden i form af kedsomhed, nostalgi, utålmodighed m.m. (Bourdieu 2000: 206ff). Diabetespatienternes beretninger bar således præg af, at de ofte var overopmærksomme på tidens gang, hvilket blandt andet medførte kedsomhed og oplevelser af formålsløshed. Dette fremgår blandt andet i et interview med Omar, hvor han beskriver den foregående dag og generaliserer over sine oplevelser af aftner og nætter:

"Aften, natten, den er meget meget, meget lang. Nogen gange, jeg sidder bare sådan... Jeg kan ikke gå nogen steder fordi det er mørkt og koldt, så derfor sidder vi meget hjemme om aftenen. Så jeg kan godt mærke, at den er lang. Den går ikke hurtigt"
(Uddrag af semistruktureret interview med Omar den 13/12 2010).

Flaherty skriver, at tids fundamentale kvalitet består i vores oplevelse af, at vi og vores omgivelser forandrer sig: *"things are not as they were before"* (Flaherty 1999: 1). Diabetespatienterne oplevede dog kun sådanne forandringer til en vis grad. Naturligvis forandrede de og deres omgivelser sig; deres kroppe ældedes, deres børn blev voksne, efterår blev til vinter etc. Men de fleste forandringer skete langsomt og umærkeligt, og det var sjældent, at der skete noget mærkbart nyt i deres hverdag. Disse oplevelser har således, formentlig, bidraget til patienternes anderledes oplevelse af tidens gang.

Bourdieu skriver videre om en gruppe arbejdsløse fra Algeriet, for hvem den manglende illusio har ført til brud imellem nutid og fremtid, hvor der ikke er nogen umiddelbar sammenhæng imellem de arbejdsløses handlinger nu og eventuelle fremtidsplaner. De arbejdsløse er blevet afkoblede fra tidligere vigtige og daglige opgaver så som at tjekke mail, betale fakturaer, gå til møder og lignende, der alle har fungeret som meningsfulde bevæggrunde, der har stimuleret handling og dermed socialt liv. I stedet oplever de arbejdsløse det som Bourdieu kalder 'død tid', hvor selve eksistensen bliver meningsløs (Bourdieu 2000: 222).

Bourdieu's teori stemmer godt overens med mine observationer blandt diabetespatienterne. Ligesom Bourdieu's arbejdsløse fra Algeriet oplevede mine informanter heller ikke, at de havde nogen væsentlig indflydelse på deres fremtid, og mange af dem havde nærmest resigneret i forhold til denne. Dette fremgår blandt andet af nedenstående uddrag fra et interview med Baasim:

Laura: *"Har du sat nogen mål for fremtiden?"*

Baasim: *"Indtil videre nej. Fordi i den her situation... Det kan vi ikke".*

Laura: *"Hvad mener du?"*

Baasim: *"Altså indtil videre, i den her situation vi er i lige nu, der kan man ikke. Altså man ved ikke rigtigt... Fordi det er heller ikke den rigtige, den opholdstilladelse vi har nu. Man skal forny dem hver gang, så man ved ikke hvad der sker jo... Altså man kan ikke bygge nogen ting. Jeg kan ikke bygge i morgen, for hvis bygger det og siger én stolpe, i morgen er den ødelagt. Jeg ved det ikke indtil videre jo... Så jeg har ønsker, jeg har ikke mål."*

Laura: *"Hvad er det for nogle ønsker?"*

Baasim: *"At for eksempel få dansk statsborger, så vi ved 100% at vi er i landet. At vi er danskere jo... Og at børn forsætter i skolen... At vi kan takke Danmark og bygge videre i det. Så landet bliver ligesom vores far og mor, du ved. Så vi er sådan, man tænker mere sikkert på det."* (Interview med Baasim i hans lejlighed den 29/11 2010).

Baasim og hans familie havde boet 10 år i Danmark, og det er derfor bemærkelsesværdigt, at de stadig opfattede deres situation som så midlertidig, at de ikke kunne lægge planer for fremtiden. Ovenstående uddrag illustrerer, at den danske regerings langvarige behandlinger af ansøgninger om opholdstilladelser og statsborgerskab var medvirkende til, at flere af mine informanter igen og igen oplevede brud imellem forventninger og 'spillets gang', som igen forstærkede deres oplevelser af midlertidighed og meningsløshed. Uddraget illustrerer ligeledes, at brudene, her i form af uvished, er med til at pacificere patienterne, idet de ikke har en sikker fremtid at rette deres handlinger imod¹³. Baasim har således ønsker, som han passivt kan håbe på eller bede for, men ikke mål, som i højere grad fordrer aktiv handling. Praksis skaber, ifølge Bourdieu, tid, hvorfor mindre praksis, forstået som færre aktive handlinger, må medføre mindre 'gjort', levet og dermed kontrolleret tid.

3.3 Ingen bevægelse

De få ting, som diabetespatienterne skulle, betød at de fysisk bevægede sig meget lidt. Meget tid blev brugt i sofaen foran fjernsynet, eller for kvindernes vedkommende i køkkenet. Når det regnede eller var koldt var deres bevægelser yderligere begrænsede, idet de ikke *skulle* noget, og derfor ofte blev inden døre. Schutz har netop skrevet om kropsbevægelsernes betydning for vores oplevelser af tid. Schutz' udgangspunkt er, at tid ikke er andet end subjektivt oplevede begivenheder, der er organiseret bevidsthedsmæssigt på to planer: "indre" og "ydre" tid. Med begreberne indre og ydre tid refererer Schutz til Henri Bergson, der var den franske fænomenologis grundlægger. Schutz' indre tid svarer her til Bergsons "durée", der kan oversættes som vedvarende eller tidsmæssig varen. Durée er en fortløbende bevidsthedsstrøm af indre tilstande, af udifferentierede oplevelser og begivenheder, der griber ind i hinanden og forbinder sig med hinanden. Aktuelle oplevelser forbindes med fortidige begivenheder igennem erindringer og minder og med fremtiden igennem anticipationer. Dette sker spontant og ureflekteret og der er således ingen kronologi i den indre tid. Durée er en subjektiv tidsmæssighed, som, ifølge Schutz, ikke kan kontrolleres (Schutz 1975: 67, Bergson 1996: 199f).

¹³ De lange ventetider og afslag på endegyldige svar om statsborgerskab medførte, at diabetespatienterne blev fastholdt i en "liminal" fase, der, ifølge antropolog Victor Turner kan beskrives som en slags hverken-eller-tilstand, eller en tilstand af *permanent midlertidighed*. Den liminale fase er, ifølge Turner forbundet med stor usikkerhed, skrøbelighed og lidelse (Turner 1967: 93ff).

Det andet lag af tidsmæssighed er den ydre tid, som Bergson, og med ham Schutz, også kalder for den homogene tid eller standardtiden. I den ydre tid skelner vi begivenheder fra hinanden og den er således struktureret som en differentieret virkelighed, hvor vi tillægger forskellige begivenheder forskellige betydninger (Schutz: 1974: 52ff og Schutz 1975: 67ff). Den ydre tid er kvantificeret og rumliggjort idet den er opdelt i kvalitetsløse segmenter, der kan tælles og ordnes i rækkefølger. De tidsmæssige segmenter kan dermed måles i sekunder, minutter, timer, dage og så videre, på samme måde som fysiske strækninger kan måles med et målebånd. Schutz skriver, at de to tidsformer er inkompatible, men at indre tids udifferentierede begivenheder ved hjælp af refleksionen kan blive projiceret over i den ydre tid, hvor de bliver ordnet i rækkefølger af fortid, nutid og fremtid, i samtidigheder og sammenfald i begivenheder. En vigtig pointe er her, at begivenheder, når vi lever i *durée*, ikke forløber i tiden, men *er* tiden. Det er således først når vi retter vores opmærksomhed mod de udifferentierede oplevelser og begivenheder, at vi træder ud af *durée* og ind i en verden, hvor vi tager den tidsmæssige orden for givet. Forbindelserne imellem de indre tilstande og den ydre målbarhed skabes, ifølge Schutz, ved hjælp af kropsbevægelser. Hvis kropsbevægelserne opleves indefra, som ændringer i bevidsthedsstrømmen, udgør de begivenheder i det indre liv. Betragtes kropsbevægelserne derimod udefra, er de handlinger, der medfører forandringer i den umiddelbare omverden. Forandringerne sker både i et specifikt fysisk og socialt rum, samt i rumlig tid – en specifik tidsmæssig rækkefølge (Schutz 1975: 70ff). Kroppens bevægelser skaber således både tid og rum idet *der* bliver til *her* og *efter* til *før*, imens kroppen bevæger sig¹⁴. Kropsbevægelserne er således afgørende, idet det er dem der sikrer en oplevelse af tiden, der er i overensstemmelse med den ydre tid, som er den hovedparten af det øvrige samfund tager for givet og organiserer sig og handler efter (Schutz 1974: 51ff).

For diabetespatienterne opstod forbindelserne til den ydre tid kun diskontinuerligt idet de bevægede sig meget lidt. Under mine besøg kunne jeg således observere, at de fleste af patienternes bevægelser bestod i cirkulationer fra et værelse til et andet. Mændene cirkulerede typisk mindre end kvinderne, idet kvinderne oftest var dem der stod for at gøre rent og lave mad. Når patienterne en gang imellem bevægede sig ud var det oftest for at købe ind til dagens måltider. Kultursociolog Birte Bech-Jørgensen bemærker i

¹⁴ Tid og rum bliver ofte sammenstillet som to beslægtede grundformer for erfaring. Der er dog uenighed om, hvorvidt denne sammenstilling er overfladisk, og kun bunder i sproglige metaforer (Eriksen 2004: 15). Schutz synes her at give et bud på, hvordan de to størrelser er forbundne, idet han beskriver oplevelsen af tid som afhængig af bevægelser i rummet.

denne forbindelse, at husarbejde er kendetegnet ved, at det ikke medfører egentlige forandringer, men netop har til formål at vedligeholde tingenes tilstand (Bech-Jørgensen 1994: 129). De kropsbevægelser, der var forbundet med husarbejdet, kan således have medvirket til at give diabetespatienterne en oplevelse af ydre tid, mens selve aktiviteterne nærmere pegede i retning af tidsmæssig uforanderlighed og rumlig indelukthed.

Den første gang jeg besøgte Baasim tog han mig med i Center Øst i Vollsmose, som han gerne ville vise mig. Da vi ikke skulle noget undrede det mig, og da vi ankom undrede det mig endnu mere. Dette fremgår af nedenstående uddrag af mine feltnoter:

'Vi går ind i indkøbscenteret, som ligner en stor midlertidig lagerbygning. Så vidt jeg kan se, er der ikke gjort noget for at skabe en rar atmosfære. Der er rod overalt, men Baasim siger, at det er fordi de er ved at bygge om. Imens vi går igennem centeret peger Baasim på de forskellige butikker og opremser deres navne; *"Superbest, Apotek..."* og jeg nikker interesseret. Han fortæller, at Superbest flytter plads i centeret. Bagefter forlader vi centeret og går i Alta for at handle, og så hjem til Baasim.' (Gåtur med Baasim 1/11 2010).

Baasim brugte ofte tid på at gå rundt i centeret. Han handlede der ikke, da det var billigere andre steder, men gik bare rundt. Centeret fungerede således som et udflugtsmål for Baasim; et sted han kunne gå hen for senere at vende hjem igen. Centeret udgjorde dermed en mulighed for at få tiden til at gå¹⁵, men samtidigt også et fysisk mål, som han kunne rette sine kropsbevægelser imod, og derved styrke sin oplevelse af tidens gang. Nogle af diabetespatienterne forsøgte på denne måde at skabe en oplevelse af tid ved aktivt at vælge at bevæge sig ud og dermed bryde hverdagens uforanderlighed og stilstand. Under feltarbejdet oplevede jeg flere eksempler på dette, som for eksempel da den ældre, gråhårede Humam opfordrede de andre patienter til at bevæge sig ud:

'Amina oversætter for Humam: *"Nogle gange, når man har det dårligt og er ked af det. Man skal ikke bare ligge på sofaen. Man skal gøre noget. Man skal gå ud og gå. Så går langt. Så man får det bedre"* (Undervisning den 1/11 2010).

Humam kom ikke med nogen forklaring på, hvordan det at bevæge sig kan føre til, at man bliver i bedre humør, men opfordringen viser, at han havde erfaringer med, at

¹⁵ Metaforer som at tiden 'går', 'snegler sit afsted' eller 'flyver' henviser netop til kropsbevægelser (Bech-Jørgensen 1994: 122ff).

fysisk bevægelse har betydning for ens psykiske velbefindende, hvilket blandt andet kan forklares med Schutz' teori.

3.4 Mod fremtiden?

Schutz skriver, at livsverdenen først og fremmest er et praksisfelt eller et handlingsdomæne, og at individers handlinger derfor bør spille en central rolle i analyser af deres livsverdener (Schutz 1974: 18). Dette ligger på linje med Barth, der påpeger, at concerns fordrer handling (Barth 1993b: 343). Schutz skriver videre, at vores tankevirksomhed først og fremmest er rettet mod fremtiden, idet vi ikke har mulighed for at ændre fortiden. De handlinger, vi ønsker at udføre, indsætter vi, ifølge Schutz, i mentalt strukturerede hierarkier over vores planer. Vi er således bevidste om, at en handling kan føre til et delmål, som kan føre til en anden handling, der igen kan virkeliggøre højere mål og så videre. Handlinger i hverdagen er således komponenter i et større og hierarkisk ordnet system af planer; en mere eller mindre bevidst livsplan, der strækker sig mod en ønsket fremtid (Schutz 1974: 19f).

Schutz' teori om handlingshierarkier giver et billede af, at mennesker grundlæggende er rationelle og pragmatiske, og at de handler på baggrund af nøgterne overvejelser og prioriteringer. Schutz' handlingshierarkier forudsætter dog, at individer er i stand til at skelne deres forskellige concerns fra hinanden, for dermed at kunne prioritere de mulige handlinger. Dette var, som nævnt, problematisk for diabetespatienterne, hvis handlinger derfor sjældent havde karakter af planer om at opnå delmål i en større livsplan. De bekymringer, som diabetespatienterne havde opstod ikke én efter én i rækkefølger, som patienterne kunne handle efter, men var i høj grad sammenfaldende. Wikan gjorde en lignende erfaring på Bali, hvor hun netop blev opmærksom på de mange sammenfaldende concerns:

"How much easier Suriati's life would have been, had she been able to do her work of grieving, then concern herself with the threats from black magic, and then subsequently salvage her social position. It is in the essence of life experience that it cannot be compartmentalized into neat and orderly sections to be dealt with sequentially one by one. Balinese are aware of this and frequently complain that "there is so much to care about"." (Wikan 1990: 26f).

Diabetespatienternes oplevelser af at være udsatte og uvelkomne i Danmark, udgjorde vedvarende concerns, som, i sammenhæng med andre bekymringer og traumatiske hændelser, havde medført en total oplevelse af udsathed, som nye bekymringer blev knyttet til. De mange bekymringer var således blevet en del af patienternes biografiske situation og identitet i modsætning til adskilte begivenheder, der fordrede handling.

Bekymringsforvirringen, som i høj grad mindskede diabetespatienternes lyst til og muligheder for at handle, hang ligeledes tæt sammen med den objektivering af tiden, som de oplevede i deres hverdag. Patienternes mange bekymringer forblev udifferentierede, idet de kun undtagelsesvis blev projicerede over i den ydre tid og konkretiserede som tidsmæssigt afgrænsede i fortid eller fremtid. I deres udifferentierede form var de nærmest umulige at rette handlinger imod. Patienternes manglende mulighed for at påvirke deres fremtid medførte desuden oplevelser af meningsløshed, som forstærkede oplevelserne af, at deres handlinger var forgæves. Således berettede Asif om en situation, hvor han netop havde opgivet at påvirke sin og sin families fremtid:

"Jeg forsøgte at ringe til dem [udlændingestyrelsen] ...tidligere altså..., men meget meget svært at få fat i dem. Når jeg endelig kunne tale med nogen, så de sagde bare 'nej, vi kan ikke hjælpe'. Så nu jeg venter bare på svar." (Interview med Asif, Sundhedscenteret den 29/11).

Erfaringerne med at handle imod en radikalt usikker fremtid, forstærkede patienternes oplevelser af at concerns, der omhandlede fortid, nutid og fremtid ofte fyldte lige meget, idet det sjældent nyttede noget at rette handlinger mod nogen af dem. Således adskilte patienternes oplevelser sig fra Schutz' beskrivelse af, at menneskers tankevirksomhed først og fremmest er rettet mod fremtiden.

Bourdieu og Schutz' teorier om tidsoplevelser og Wikan og Barths begreb om concerns bidrager tilsammen til at give et billede af diabetespatienternes situation og livsverdener. Teorierne er tæt forbundne idet diabetespatienternes oplevelser af tid og bekymringer, som vist, påvirkede hinanden gensidigt. Imens patienternes utallige bekymringer, som de havde få chancer for rette handlinger eller kropsbevægelser imod, skabte oplevelser af indre og udifferentieret tid, greb oplevelserne af tidsmæssig strukturløshed om sig og medførte bekymringsforvirring, som yderligere besværliggjorde praksis. Patienternes oplevelser af tid blev, som jeg kort har været inde på, blandt andet skabt i relationen til offentligt ansatte i Danmark. Dette forhold behandler jeg nærmere nedenfor, hvor jeg også kobler patienternes oplevelser af tid med anerkendelse.

Kapitel 4: Tid og anerkendelse i mødet med offentlige institutioner

“Altid når vi har ondt i kroppen, så vi ringer med det samme til lægen. Men så bare ‘dut-dut-dut-dut’ [efterligner lyd af en telefons optagettone], så det er bare umuligt! Så næste dag jeg ringer igen... Og endelig jeg kommer igennem! [...] Men så han har først en tid om 14 dage! Er det rigtig? Ja, det er rigtigt! [...] Lægen han har ikke så meget tid.”
(Rana den 15/12 2010).

Diabetespatienterne var ofte i kontakt med offentlige institutioner, og særligt ofte med deres praktiserende læger^{16,17}. Under mit feltarbejde hørte jeg flere gange patienterne fortælle om møderne, og jeg erfarede således, at de havde betydning i deres livsverdener. Jeg erfarede samtidigt, at møderne ikke kunne forstås som begivenheder, der var afgrænsede i tid og rum, men at de netop skulle forstås i tæt sammenhæng med diabetespatienternes biografiske situationer.

I dette kapitel analyserer jeg derfor, hvordan møderne med de offentlige institutioner fik betydning i diabetespatienternes livsverdener, samt hvilken betydning møderne fik. Dernæst analyserer jeg hvordan divergerende oplevelser af tid spillede ind i relationerne mellem patienterne og de praktiserende læger, samt hvordan det ulige forhold af tid, som de to parter stillede til rådighed for hinanden, var med til at skabe et ulige magtforhold. Herefter analyserer jeg, hvordan den sparsomme tid, der oftest blev stillet til rådighed for diabetespatienternes møder med det offentlige, førte til misforståelser mellem de involverede parter, der havde grundlæggende forskellige forventninger til mødet. Endelig analyserer jeg opsummerende, hvordan patienterne ofte oplevede det, at de offentligt ansatte afsatte meget lidt tid til dem, som en manglende anerkendelse, der havde betydning for deres oplevelser af at bo i Danmark.

¹⁶ Mine informanter repræsenterede på dette område en generel tendens, idet etniske minoriteter i Danmark har hyppigere kontakt til almen praksis og sygehuset end etniske danskere (Rashid 2006: 8). Den hyppige kontakt kan dels forklares ved, at etniske minoriteter rammes af flere sygdomme end etniske danskere, samt ved at de ikke bliver afklarede i konsultationerne, hvilket jeg vender tilbage til nedenfor.

¹⁷ Alment praktiserende læger betegnes almindeligvis som selvstændigt erhvervsdrivende. Da stort set hele deres indtægt kommer fra det offentlige, har jeg dog valgt at lade dem indgå under betegnelsen 'offentligt ansatte' samt deres praksisser under betegnelsen 'offentlige institutioner'. Denne betegnelse giver desuden mening i forhold til diabetespatienterne, der opfattede de praktiserende læger som statsansatte på linje med ansatte på offentlige sygehuse og i kommunen.

4.1 Afstand til det offentlige

De fleste af diabetespatienterne havde relativt meget kontakt til offentlige institutioner, som Odense Kommune, Socialforvaltningen, Udlændingesservice, Arbejdsformidlingen samt sundhedsvæsenet. Kontakten havde betydning i patienternes livsverdener, og tanker om møderne poppede af og til, og ofte ude af sammenhæng, op i deres bevidsthed. Nedenstående uddrag fra mine feltnoter er fra en undervisningssession, hvor Baasim pludselig kommer til at tænke på kommunen. Hans udbrud hænger desuden, formentlig, sammen med, at han havde fået fortalt, at kommunen ikke havde uendeligt mange penge til overførselsindkomster og velfærdsydelser:

‘Vi spiser frokost da Baasim udbryder, at Lærke [sygeplejerske på sundhedscenteret] skal give ham ti kroner. *”Til el kommune, el kommune...[...] Den er fattig!”* siger han og forklarer videre. Der går lidt tid før jeg forstår, at han mener, at hun skal give ham ti kroner, så han kan give dem til kommunen. Baasim laver sjov, men jeg er ikke sikker på, at Lærke forstår det.’ (Undervisning den 9/11 2010).

Antropologerne Akhil Gupta og James Ferguson har beskæftiget sig med staters konstruering af afstand og magt i forhold til folket. I Danmark er denne konstruering særlig udtalt i statens relation til flygtninge.

Gupta og Ferguson skriver i teksten *”Spatializing states: toward an ethnography of neoliberal governmentality”* at stater igennem bestemte metaforer og fremgangsmåder repræsenterer sig selv som tingsliggjorte størrelser med bestemte ’rumlige’ egenskaber. Formålet er at sikre deres legitimitet over for borgeren, at få deres autoritet over det ’lokale’ til at virke naturlig og dermed repræsentere sig som overordnet og omfattende andre institutioner og magtcentre. De omtalte ’rumlige egenskaber’ hos staten kalder forfatterne *”Vertical encompassment”*. I denne idé ligger to sejlivede forestillinger, der i høj grad er rådende i både folkelige og akademiske diskurser om staten: *”Verticality”* er billedet af staten som placeret ’over’ civilsamfundet, lokalsamfundet og familien og som handlende ’oppefra’ og ’ned’ i forhold til folket. *”Encompassment”* på den anden side er forestillingen om, hvordan forskellige niveauer er omfattet af hinanden i en serie af koncentriske cirkler med familien i den inderste omfattet af lokalsamfundet, som igen er omfattet af det regionale og videre op til nationalstaten yderst. Staten er således ikke bare ’over’ men også ’omfattende’ folket. Pointen er, at billedet af staten som ’over’ og ’omfattende’ samfundet er *konstrueret*. Forfatterne henleder hermed læserens opmærksomhed til processerne bag

konstruktionen – altså på kampen om hvordan rum tilføres mening og bliver til sted¹⁸ (Gupta og Ferguson 2002: 981-984). Gupta og Ferguson forsøger i deres tekst ud fra empiriske eksempler at finde frem til og analysere de processer, hvori staten spatialiseres¹⁹, altså gennem hvilke procedurer og teknikker opfattelsen af staten som 'over' og 'omfattende' bliver håndgribelig og virkelig. De argumenterer for, at disse findes i og produceres gennem statens implicite "routine bureaucratic practices" (Ibid: 981), altså i hverdagspraksisser i statens institutioner. Gennem deres eksempler fremgår det, at de fremgangsmåder og metaforer, der er med til at producere statens "spatialisering", blandt andet har at gøre med, hvordan nogle individer og grupper gøres 'lokale' og fastholdes på steder, mens andre højere oppe i hierarkiet opfattes som mere mobile (Ibid: 984f).

Gupta og Fergusons teori er relevant i forhold til diabetespatienterne idet de netop på flere områder lå under for og oplevede den danske stats konstruering af sin position som 'over' og 'omfattende' diabetespatienterne. Et slående eksempel på dette forhold er patienternes relation til Udlændingesservice. Udlændingesservice havde meget stor betydning i patienternes livsverdener, idet de havde magt til at bestemme hvilket land patienterne og deres familier skulle bo i i fremtiden. Dette magtforhold blev konstrueret og oplevet ved, at Udlændingesservice når som helst kunne kræve diverse små, store og/eller private oplysninger fra diabetespatienterne, samtidig med, at det var nærmest umuligt for patienterne at komme igennem til Udlændingesservice og få oplysninger om behandlingen af deres sag. Denne form for bemægtigelse af diabetespatienternes livsverdener viser, hvordan den danske stat vertikalt spatialiserer sig som hierarkisk placeret over diabetespatienterne.

Udover den ulige adgang som diabetespatienterne og Udlændingesservice havde til hinanden, var der også lagt hindringer ind, når patienterne ønskede at bevæge sig i det offentlige rum. Dette skete først og fremmest i kraft af bopælspligten, som betød, at patienterne efter at have modtaget deres første opholdstilladelse, havde været tvunget til at bo tre år i en kommune, som myndighederne havde anvist (Bondebjerg og Larsen 2009: 9f). Dertil kommer, at der per 1. august 2010 trådte en ny lov i kraft, som betyder, at flygtninge risikerer at miste deres opholdstilladelse, hvis de rejser på ferie eller korterevarende ophold i deres fødelande før de har haft opholdstilladelse i Danmark i ti

¹⁸ Forholdet mellem de to begreber 'rum' og 'sted' skal forstås sådan, at mennesker transformerer på forhånd eksisterende, tomme og absolutte rum til meningsfulde steder (Low og Lawrence-Zúñiga 2003: 13ff).

¹⁹ Spatialisere er oversat fra Gupta og Fergusons term 'spatialize'.

år. Denne lovændring var til stor frustration for flere af diabetespatienterne, der ikke længere kunne besøge for eksempel børn, forældre, søskende eller venner:

“Hvis du skal rejse, må du det ikke, det skal du ikke rejse. Ellers så de trækker det hele [tager opholdstilladelsen]. Mange folk de behøver rejsen, har det psykisk dårligt, fordi de savner deres familie, savner deres land, savner familien, de savner mange ting!”

(Interview med Humam, Sundhedscenter Vollsmose den 30/11 2010).

Loven om, at flygtninge ikke længere kan rejse ind og ud af Danmark inden de har haft opholdstilladelse i ti år illustrerer statens forsøg på at 'omfatte' befolkningen; flygtninge, der endnu ikke er 'rigtige' danskere og dermed omfattede af idéen om den danske nationalstat, begrænses i deres bevægelser, så de ikke fysisk forlader statens territorium og råderum. Staten opnår således gennem spatialisering at 'naturliggøre' deres autoritet over det 'lokale', at sikre deres legitimitet over for diabetespatienterne samt andre flygtninge i Danmark. I kraft af denne omfangsrige indgriben begrænses flygtningenes egen kontrol over private og offentlige 'rum'. Dermed indskrænker staten i væsentlig grad flygtningenes råderum, altså deres frihed til og muligheder for at handle i de fysiske rum, de færdes i. Staten står altså som den enhed, der i konstruktionen af rummet har magten til at etablere spatiale meninger og forandre rum til steder med bestemte betydninger og indlagte normer. De får med denne magt dermed den mening indskrevet, at der på ingen måde er råderum for flygtninge, der ikke til punkt og prikke lever op til de præcise krav og restriktioner, som staten udstikker.

4.1.1 Tid og afstand

Gupta og Fergusons begrebsapparat er nyttigt til at illustrere, hvorledes staten legitimerer sin magt igennem rumlige praksisser. Jeg vil dog her argumentere for, at statens bureaukratiske hverdagspraksisser i mindst lige så høj grad er tidslige som rumlige, idet stater og offentlige institutioner ikke kun regulerer individers bevægelser i rum, men også i høj grad deres tid. Stater beslutter hvornår vi skal være færdige med vores uddannelse, hvor mange timer vi skal arbejde, hvor lang tid vi kan holde barsel, hvornår vi kan gå på efterløn eller pension og så videre. Samtidig synes Gupta og Ferguson at overse, at statens rumlige praksisser i høj grad er forbundet med tidslige, idet stater netop konstruerer deres magt ved at bestemme, at individer skal befinde sig på bestemte steder *på bestemte tidspunkter*. Således sker der en omfattende og statslig regulering af vores tid igennem hele vores tilværelse. Denne omfattende tidsdisciplinering kan på linje med Gupta og Fergusons spatialisering betegnes som en "temporalisering". Temporaliseringen skaber ligesom spatialiseringen afstand til folket idet borgere ofte skal stille tid til rådighed for staten og andre offentlige institutioner,

imens disse omvendt sjældent stiller den samme tid til rådighed for borgerne. For diabetespatienterne kom afstanden ofte til udtryk ved, at de offentlige institutioner afså meget begrænset tid til dem. Dette fremgår blandt andet af nedenstående citat:

"Du sidder 14 dage, tyve dage og venter. [...] Kommunen - det tager tid!" (Besøg hos Baasim den 29/11).

Statens legitimering af og magtudøvelse igennem temporalisering er særligt udtalt i forhold til flygtninge, hvis tid i meget høj grad styres af staten. Således skal flygtninge blandt andet ofte bo et antal år på asylcentre, løbende overholde deadlines for ansøgninger om opholdstilladelser og bo mindst 8 år i Danmark inden de kan få statsborgerskab. Udlændingesservice er i denne forbindelse et ekstremt eksempel på den danske stats temporalisering, idet flygtninge i årevis hensættes i en usikker venteposition i forhold til at få svar på deres ansøgninger om permanent opholdstilladelse eller statsborgerskab. Flygtninge afsætter år af deres liv til at vente på svar fra Udlændingesservice, mens Udlændingesservice omvendt afsætter meget lidt tid til flygtningene. Flere af diabetespatienterne fortalte således om timelange telefonkøer til Udlændingesservice, som betød at de ofte måtte opgive at komme igennem. Bourdieu har været inde på nogle lignende tanker angående forholdet imellem tid og magt, og skriver i denne forbindelse, at ventetid, samt det at fastholde andre i en usikker position er et udtryk for ekstrem magtudøvelse:

"Absolute power is the power to make oneself unpredictable and deny other people any reasonable anticipation, to place them in total uncertainty by offering no scope to their capacity to predict [...] the all powerfull is he who does not wait but who makes others wait" (Bourdieu 2000: 229).

Nedenfor uddyber jeg patienternes oplevelser af tid i forhold til deres møder med praktiserende læger.

4.2 Tid i mødet med praktiserende læger

Størstedelen af diabetespatienternes fortællinger om møder med det offentlige og velfærdssystemet omhandlede møder med deres praktiserende læger. Dette hang sammen med, at diabetespatienterne ofte opsøgte deres praktiserende læger, og at møderne derfor fyldte i deres livsverdener. Patienternes beretninger om deres praktiserende læger bar, ligesom beretningerne om deres øvrige møder med offentlige institutioner, præg af oplevelser af afstand, samt af de to parter ulige adgang til hinanden. Fortællingerne afslørede desuden, at divergerende oplevelser af tid havde stor betydning for patienternes oplevelser af afstand og ulighed i møderne.

Mens diabetespatienternes dage lignede hinanden og ofte syntes at flyde sammen, var hver eneste af de praktiserende lægers arbejdsdage stramt tilrettelagte, og hvert enkelt minut afsat til én bestemt patient og ét specifikt formål. Dette forhold blev tydeligt allerede når diabetespatienterne ringede til deres læge for at 'få en tid'. Lægernes telefoner var ofte kun åbne en halv til en hel time i morgenstunden, og i den periode blev de typisk også kimet ned af andre patienter. Når det endelig lykkedes diabetespatienterne at komme igennem, fik de ofte at vide, at de måtte vente en eller flere uger før der var en ledig tid. Håndteringen af de bekymringer som diabetespatienterne havde for deres helbred, som i øjeblikket ofte syntes alvorlige og måske endda altomfattende i deres livsverdener, blev således udsat betydeligt. Dette forhold var ofte frustrerende for diabetespatienterne, som havde svært ved at affinde sig med at skulle vente så længe, når de havde smerter *nu*. Dette fremgår blandt andet af nedenstående interview med Asif:

Asif: *"Altså hende praktiserende læge, som familie har fået, hun har meget lang venteliste, så når jeg ringer; så ikke tid i måneder. Kun hvis det er akut, så 14 dage - 3 uger. Ellers en måned [...]. Jeg sagde; Nej! kan man ikke før! Han sagde; vi er heldige, hvis der går 14 dage."* (Interview med Asif på Sundhedscenter Vollsmose den 29/11).

De praktiserende lægers omfattende brug af tidsskemaer og tidsregistrering er, ifølge den norske idehistoriker Trond Berg Eriksen, et udtryk for, at de lever efter den 'moderne tidsopfattelse'. Den moderne tidsopfattelse er, ifølge Eriksen, netop kendetegnet ved idealer om effektivitet, tidsudnyttelse samt idéer som 'tid er penge'. Eriksen skriver videre, at den moderne tidsopfattelse i høj grad er et resultat af udviklingen og distribueringen af præcise mekaniske og digitale ure, som netop muliggør den omfattende koordinering og kalkulerings med tiden (Eriksen 2004: 142ff, 252). Den moderne tidsopfattelse er således et udtryk for den ydre tid, hvor kvantificeringen af begivenheder sker i nærmest ekstrem grad, idet hvert minut får betydning i opgørelsen af handlinger, begivenheder og livet generelt. Durkheim har i denne forbindelse skrevet, at der er nødt til at være konsensus om den måde vi oplever tiden, så individer kan koordinere deres handlinger. Uden en sådan konsensus vil samfundet, ifølge Durkheim, ikke kunne fungere (Durkheim 1965: 492). Langt de fleste mennesker i Danmark organiserer sig således efter den moderne tidsopfattelse, som adskilte sig væsentligt fra diabetespatienternes oplevelser af tid.

Diabetespatienternes aftaler med de praktiserende læger udgjorde en begyndende relation imellem to parter, der havde radikalt forskellige måder at opleve og håndtere tid. Møderne fik betydning i patienternes livsverdener, idet de tydeliggjorde

uoverensstemmelserne imellem patienternes indre og samfundets ydre tid. Dette skete først og fremmest, idet de concerns, som knyttede sig til patienternes indre tid, blev skemalagt efter den ydre tid, som lægerne organiserede deres arbejdsdage efter. Denne transformering var, som det fremgår af ovenstående uddrag, vanskelig for diabetespatienterne, og illustrerer således den diskrepans, diabetespatienterne oplevede imellem indre og ydre tid. Det er i denne forbindelse interessant, at flere undersøgelser peger på, at etniske minoriteter oftere gør brug af skadestuer end etniske danskere, samt at etniske minoriteter tilsyneladende bruger skadestuerne 'forkert', idet de kommer ind med skader og sygdomme, som skadestuerne ikke er gearet til at tage hånd om (Mygind et al. 2008: 497ff). Professor i folkesundhedsvidenskab Allan Krasnik har forklaret overforbruget af skadestuerne med, at skadestuerne i langt højere grad er tilgængelige end sygehuset og de praktiserende læger. *"Det er meget nemmere at gå hen, hvor døren er åben"*, forklarer han (Ibid og Interview med Krasnik i Rashid 2006: 33). Krasniks pointe handler her om rum og rumlighed, men jeg vil tilføje, at 'overforbruget' af skadestuerne formentlig også handler om tid. De hyppige besøg på skadestuerne kan sandsynligvis forklares ved, at 'skadestuetid' i højere grad er i overensstemmelse med mange etniske minoriteters indre tid, idet de ikke skal planlægge besøg lang tid i forvejen, men kan møde op, når de har et behov, som i øjeblikket føles akut og presserende.

Det ulige forhold af tid, som lægerne og diabetespatienterne stillede til rådighed for hinanden, blev endnu mere udtalt når diabetespatienterne mødte op i lægernes klinikker. Her fik de besked på at tage plads i venteværelset, og afvente, at lægen fik tid til dem. Når det skete, var der 15 minutter til konsultationen. De korte konsultationer overraskede gentagne gange diabetespatienterne. Dette fremgår blandt andet af nedenstående uddrag fra et interview med Kamlaa i hendes mørke dagligstue:

"Der er en gang jeg har været hos min egen læge, så jeg hørte hvad han sagde til lægen, at at, hvad hedder det..., at den tid, at det skal foregå så hurtigt, fordi hun har en anden tid, hun skal nå det. Og de har taget kun et kvarter! Så jeg siger farvel, og går min vej. Så så tænkte jeg, at den tid er til mig. Hun skal ikke sætte en anden tid samtidig som mig." (Kamlaa den 22/11).

Diabetespatienternes fortællinger illustrer således også den ulige adgang som de to parter havde til hinanden; diabetespatienterne – som altid var tilgængelige – måtte vente i flere omgange for at få adgang til lægerne, som omvendt kun afsatte 15 minutter til hver konsultation. Forholdet illustrerer desuden, at magt og tid, som beskrevet ovenfor, kan være tæt forbundne, idet den der 'ejer' tiden, eller som bestemmer over

tidens opdelinger, har magten. Det at sætte andre i en venteposition kan således anskues som et udtryk for statens temporalisering, da det at vente indebærer underkastelse. Den der lader andre vente og lader 'ting tage deres tid' fastholder den anden i en usikker og afventende position, hvor der ikke er andet at gøre end netop at vente.

4.2.1 Misforståelser i mødet mellem læge og patient

De få tidsmæssige ressourcer, som de praktiserende læger afsatte til diabetespatienterne, og til deres andre patienter i øvrigt, resulterede ofte i skuffelser, misforståelser og frustrationer. Forfejlet kommunikation imellem læger og patienter med anden etnisk baggrund er blevet behandlet i en række rapporter, hvor gennemgående forklaringer peger på sprogbarrierer, varierende sygdomsopfattelser og 'etniske lidelser'. Med begrebet 'etniske lidelser' refereres der til patienter med anden etnisk baggrund, hvor der tilsyneladende findes stor diskrepans imellem subjektive klager og objektive fund (Rashid 2006: 27). De utydelige og udiagnostiserbare symptomer bliver ofte forklaret ved, at lidelserne er psykosomatiske, det vil sige at symptomer og lidelser bunder i psykiske problemer (Sundhedsguiden 2011). Disse forklaringsmuligheder var ikke fraværende under mit feltarbejde, idet diabetespatienterne både nævnte sprogbarrierer samt manglende forståelse for deres fødelandes behandlingssystemer som problematiske i møderne med det danske sundhedssystem. Diabetespatienterne forstod derimod ikke selv deres lidelser som 'etniske' eller 'psykosomatiske'. Sidstnævnte forklaringsmodel indebærer en direkte årsagssammenhæng imellem psykiske lidelser og oplevelser af fysiske smerter, og tager således ikke højde for de etniske minoriteters sociale erfaringer og totale oplevelser af udsathed. Jeg erfarede under feltarbejdet, at forklaringer om sprogbarrierer, divergerende sygdomsopfattelser og 'etniske lidelser' nok kan bidrage, men overordnet synes at være overfladiske, supplerende eller perifere i forhold til at skulle forstå de betydningsfulde skuffelser diabetespatienterne af og til oplevede i forbindelse med konsultationer hos de praktiserende læger. Det er i denne sammenhæng interessant, at diabetespatienternes skuffelser ofte skyldtes, at de havde fået at vide, at de ikke fejlede noget. Dette umiddelbart paradoksale forhold fremgår blandt andet af nedenstående uddrag fra et interview med Halíma, hvor jeg spurgte ind til hendes hyppige lægebesøg, imens hendes to små børnebørn legede på stuegulvet:

"Det er meget dårligt, fordi hver gang jeg tager til lægen, og siger 'jeg kan mærke et eller andet', så siger de; 'du har ikke noget'... Det er ikke noget så godt. Det med mine smerter og sådan noget, der er mange forskellige ting. Og hver gang jeg er til lægen, så

siger de; 'Du har ikke noget', 'Der er ingen ting', og sender mig til alle mulige forskellige ting, og så bliver det ikke til noget til sidst.[...] Det er mærkeligt. Men de ved ikke hvad jeg fejler. Ikke endnu. Der er allerede gået mange år. Og de ved stadigvæk ikke hvad jeg fejler.' (Halíma den 19/11 2010).

Halíma har således flere gange fået at vide af sin læge, at hun *ikke fejler noget* udover diabetes. Alligevel tolker hun lægens svar som en besked om, at de ikke kan finde ud af *hvad hun fejler*. Denne fundamentale misforståelse, som gik igen i mange af diabetespatienternes fortællinger, skyldes formentlig, at de to parter havde grundlæggende forskellige forventninger til mødet, ligesom møderne skal forstås i sammenhæng med patienternes biografiske situationer. Dette forhold vender jeg tilbage til nedenfor.

Ud fra mine informanternes fortællinger var det tydeligt, at lægerne havde fokus på de fysiske symptomer, som de beskrev. Lægerne ønskede at finde årsagen til deres symptomer, at stille en diagnose og at forbedre deres sundhedstilstand. Speciallæge i almen medicin Imran Rashid har i denne forbindelse skrevet, at konsultation af etniske minoriteter ofte kræver ekstra grundighed i den objektive undersøgelse, da sprogbarrierer kan forplumre symptombeskrivelsen. Rashid tilføjer desuden, at mange etniske minoriteter har en mangelfuld kropsbevidsthed og at dette ligeledes fører til meget diffuse symptombeskrivelser, som kan vanskeliggøre en diagnosticering (Rashid 2006: 27).

Dette gjorde sig i høj gældende for diabetespatienterne, idet mange af dem vidste meget lidt om, hvordan deres kroppe fungerede. Dette fremgår blandt andet af nedenstående uddrag fra mine feltnoter:

'Hanne trækker plasticskelettet frem fra bagvæggen og viser hvordan foden fungerer. Hun viser senerne, knoglerne og musklerne. "Knoglerne er de hårde", siger hun. "Knoglerne, er de som elastikker... Altså kan strækkes?", spørger Kamlaa. "Nej, knoglerne er faste og hårde. De kan ikke strækkes.", forklarer Hanne (Undervisningssession den 30/11 2010).

I undervisningssessionerne blandede patienterne ligeledes deres symptomer sammen, på en måde der ikke var fysiologisk sammenhængende. Dette fremgår blandt andet af nedenstående uddrag fra mine feltnoter:

""Jeg bliver helt svimmel pludselig. Også fordi mit ene ben er kortere end det andet. Hvad kan det være?", spørger Halíma. (Undervisningssession den 2010).

4.2.2 Baasims møde med det danske sundhedsvæsen

Foruden diabetespatienternes diffuse symptombeskrivelser, havde de ofte en uforholdsmæssig opfattelse af alvorligheden af de symptomer, de oplevede. Dette kom blandt andet tydeligt til udtryk i en undervisningssession om fødder og fodpleje, hvor bekymringer omkring Baasims søns fødder konstant poppede op i hans bevidsthed:

'Baasim fortæller Hanne (sårsygeplejerske og fodterapeut), at hans søn går meget på tæerne. Han virker som om han er bekymret for det. *"Teenagere, kan de have hård hud på fødderne?"*, oversætter Amína for Baasim. *"Ja det kan de, særligt hvis de går i gummisko hele tiden"*, siger Hanne. *"Kan det være noget med hormoner?"* oversætter Amína for Baasim. *"Det kan jeg ikke svare på"*, siger Hanne. *"åh nej..."* siger Baasim. Han tager sig til hovedet, og ser meget bekymret ud. Jeg klapper ham på skulderen. Hanne vender sig igen mod hele gruppen og fortsætter undervisningen. [...] Hanne fortæller om forskellige slags cremer, da Baasim igen bryder ind. Amína oversætter: *"Du har selv børn..... Har du nogen gange lagt mærke til hvilke sko de har på, og hvordan de går?"*. *"Ja altid!"*, siger Hanne. *"Han vil gerne giftes med fodterapeut, så hun kan holde øje!"*, oversætter Amína for Baasim. Det griner vi lidt af. [...] Efter undervisningen går Baasim hen til Hanne og forklarer hende, at hans søn, Abdul, er platfodet, og spørger, om der sker noget ved det. *"Så kan han få ondt i fødderne senere. Har han været til lægen?"*, spørger Hanne. Baasim siger, at det har han været, men at lægen sagde, at Abdul var rask, og at der ikke var noget galt.' (Undervisning den 22/11 2010).

Baasims omfattende bekymringer omkring Abduls fødder, kan formentlig ikke alene forklares som et udtryk for manglende kropsbevidsthed. Under feltarbejdet erfarede jeg, at episoder som denne ofte skulle forstås i tæt sammenhæng med diabetespatienternes biografiske situationer og bekymringsforvirring. I denne sammenhæng taler Baasims historie næsten for sig selv.

Baasims familie havde årelange erfaringer med at være udsatte og uønskede. Disse erfaringer rakte mere end tyve år tilbage og startede da Baasim som 15-årig blev fængslet i Kuwait, fordi han som beduin ikke havde papirer på, at han havde ret til at være i landet. Efter syv års fængsling, hvor han var blevet udsat for omfattende tortur, blev Baasim løsladt. Kort efter stiftede han familie, men da Baasim var konstant angst for at blive fængslet igen, flygtede han få år senere med hans kone Ghaada og deres tre små børn. Familien havde retning mod Danmark, men i Sydeuropa²⁰ blev de stoppet og

²⁰ Baasim har bedt mig om ikke at offentliggøre navnet på det land, hvor familien blev fængslet 2. gang, da han var nervøs for, om det kunne få konsekvenser for ham selv og sin familie. Jeg referer derfor alene til 'Sydeuropa', for ikke at skulle klausulere specialet.

fængslet, fordi der var tvivl om deres identitet. Inden familien et år senere blev løsladt, var den ældste søn, Abdul, blevet brændt af cigaretter over hele kroppen og havde fået brækket sin højre arm. Abdul var den gang seks år gammel, og Ghaada, der havde været fængslet sammen med sønnen, var brudt psykisk sammen. Familien fortsatte til Danmark, hvor de blev mistænkeliggjort for tredje gang. Her måtte de i fem år bo på fire forskellige asylcentre, før de endelig fik midlertidig opholdstilladelse. Familiens historie havde sat sine spor, og i dag udgjorde traumer fra tortur og fængselsophold, sønnens ADHD og moderens kroniske tarmbetændelse concerns, der fyldte i familiens hverdag og i Baasims livsverden. I et interview, hvor emnet faldt på familiens første tid i Danmark udtrykte Baasim familiens mange vanskeligheder således:

Baasim: "Altså det, at Danmark har accepteret os med alt velkomst og sådan noget, [...]det er godt. Det er kun det, at den der fejltagelse, at vi har været så lang tid inde i asylcenter..."

Laura: "Ja..."

Baasim: "*Så ja, det er ligesom en.. en sygdom du ved.*"

Laura: "*At være i asylcenteret?*"

Baasim: "*Det er fordi, de ting vi har også prøvet - fængsel før, og så asylcenter i så lang tid.*"

Laura: "Ja..."

Baasim: "*Det er fordi, du ved, det ligesom at træne baner, man gennemfører, men så man bliver rigtigt træt af det...For eksempel min kone, hun har lavet fem operationer her i Danmark.*"

Udsathed var blevet et permanent vilkår og en del af Baasims biografiske situation. Dette betød, at han på den ene side forventede, at familien ville møde flere uoverstigelige udfordringer eller 'baner', mens han på den anden side ikke kunne overskue, hvis hans familie skulle udsættes for flere prøvelser. Af denne grund var Baasim, som eksemplet fra undervisningen illustrerer, konstant på vagt og havde ofte behov for at få afkræftet forskellige potentielt lurende problemer.

Baasims familie havde således meget at kæmpe med i dagligdagen, og særligt forældrene havde svære psykiske problemer. Alt dette vidste de praktiserende læger dog ikke noget om, når de på femten minutter skulle undersøge om der var noget galt med Abduls fødder. Efter at have undersøgt fødderne, kunne lægen således konkludere, at alt var i orden. Baasim kunne, på den anden side, ikke få det til at passe, da han havde en stærk oplevelse af, at der *var* noget galt i hans familie. Resultatet af sådanne konsultationer var, at diabetespatienterne ikke blev afklarede, og ikke følte, at de fik den hjælp de behøvede.

4.2.3 Et råb om hjælp?

Diabetespatienternes diffuse symptombeskrivelser, kan også til tider have været udtryk for en mere eller mindre bevidst strategi, eller en subtil form for modstand, der netop havde til formål, at få de sundhedsprofessionelle til at få øjnene op for, at der var noget alvorligt galt med dem. Dette slog mig første gang under en undervisningssession hvor Kamlaa forklarede Annette sine symptomer:

'Kamlaa siger noget som Amína oversætter; "Det er lige når hun har spist, så hun bliver rigtig træt og ryster meget. Selvom hun bare har spist lidt". Annette taler frem og tilbage med Kamlaa for at finde ud af, hvad der kan være galt. Kamlaa nævner flere symptomer, som Annette ikke kan forklare. "Det er lidt mærkeligt, for det lyder som om du har lavt blodsukker, men det skulle du jo ikke have, når du lige har spist", siger Annette. "Men hvad spiser du?", spørger Annette. Amína oversætter for Annette; "Nogle gange om morgenen hun tog en marsbar, og så havde hun det godt". [...] Annette og Kamlaa taler videre om Kamlaas symptomer, som er fagligt modstridende. Jeg kommer til at tænke på, om Kamlaa delvist med vilje nævner symptomer som Annette ikke kan forklare, så Annette bliver opmærksom på, at der måske er noget alvorligt galt med Kamlaa, at hun måske har brug for 'rigtig' hjælp, og at Annette ikke bare kan fortælle hende, at hun skal dyrke motion eller spise sundere. "Har du prøvet at gå til lægen?", spørger Annette. Kamlaa siger noget, som Amína oversætter; "Jeg vil ikke, for jeg har gået til min læge mange gange og klaget over mange sygdomme. Det hjælper ikke." (Undervisningssession den 23/11 2010).

Når diabetespatienterne henvendte sig til deres læger redegjorde de for fysiske symptomer, men det egentlige - bevidste eller ubevidste - budskab var ofte, at de havde det generelt dårligt og gerne ville have hjælp. Denne diskrepans kan forklares af patienternes bekymringsforvirring, der, som beskrevet ovenfor, betød, at de netop oplevede sociale og fysiske problemer i én strøm af udifferentierede begivenheder. Meget tyder således på, at diabetespatienterne ofte kontaktede deres læger med en forhåbning om, at de ville blive mødt af et menneske, som forstod, at der var noget galt, og som ville hjælpe dem med at finde ud af, hvad det var, og hvordan de kunne få det bedre. Dette forhold fremgår blandt andet af nedenstående uddrag fra et interview med Humam:

Laura: *"Hvad synes du om at besøge din almindelige læge?"*

Humam: *"[...] lægen ikke godt. Det er ikke godt lægen. Aldrig han smiler. Lægen skal være... Inden man bliver læge, man er menneske. Og man skal være altid menneskelig. Selvom han er læge eller ikke læge, han skal være menneskelig og også smiler. Den læge han var meget stram og skrap og alt muligt. Han sagde; 'Hvorfor har du ikke taget*

medicin?’ Sådan på den måde. Så menneskerne de bliver mere stressede end mere afslappende”.

Laura: *“Mm. Kunne det være bedre på en anden måde?”*

Human: *“altid jeg sagde; lægerne skal være menneskelige og grine og forstå hvad du fejler. Og fortælle dig, hvad skal du gøre for at tænke på fremtiden, hvis det ikke hjælper, så bare kom tilbage, så hjælper vi dig!. Så man bliver mere afslappet, mere tryghed. Det mister vi.”* (Interview med Humam, Sundhedscenter Vollsmose 31/11 2010).

Citatet illustrerer, at Humams formål med at gå til lægen ikke alene er at blive undersøgt fysisk eller modtage rigide sundhedsanvisninger, men at have et ligeværdigt møde imellem to mennesker. Humam ønsker således ikke alene at blive set som for eksempel indvandrere, flygtning, eller et biologisk apparat med funktionsfejl, men som et fuldgældigt menneske, der har en hel livsverden af bekymringer og håb. Humam efterspørger dermed indirekte, at lægerne ikke bare har fokus på fysiske sygdomme og skavanker, men også på patienternes livsverdener og øvrige concerns. Humams fortælling udtrykker samtidig et grundlæggende behov for anerkendelse af hans eksistens, som et ligeberettiget og værdigt menneske, hvilket jeg uddyber nedenfor.

4.3 Tid som anerkendelse i mødet med offentlige institutioner og det danske samfund

Møderne med de offentlige institutioner fyldte meget i diabetespatienternes livsverdener, dels fordi de udgjorde en meget stor del af diabetespatienternes kontaktflade med det danske samfund og dels fordi de tillagde kontakten med det danske samfund stor betydning.

Hverken de offentlige institutioner eller de etniske danskere generelt afsatte imidlertid meget tid til diabetespatienterne. Således var mine besøg hos patienterne, for de flestes vedkommende, de første besøg de havde haft af en etnisk dansker. Dette slog mig under mit første besøg hos Baasim, hvor Baasims ældste datter, Dhuha, gjorde meget ud af, at vise mig frem for hendes veninder. Jeg blev senere klar over, at Dhuhas begejstring skyldtes, at hendes familie aldrig tidligere havde haft besøg af en etnisk dansker. Nedenstående uddrag fra mine feltnoter er fra dette besøg:

’ “Kom-kom-kom-kom!” Siger Dhuha ivrigt og kalder mig ud på altanen. Nede på gaden står tre teenagepiger og vinker til mig. Jeg vinker igen og præsenterer mig. Dhuha forklarer samtidig hvem jeg er. Dhuha hujer og vinker, og virker faktisk stolt. Jeg har en lidt mærkelig følelse af, at jeg bliver vist frem – nærmest som en eksotisk fremmed.’
(Besøg hos Baasim den 1/11 2010).

Møderne med praktiserende læger og offentlige institutioner bar præg af, at de offentlige institutioner havde meget begrænsede tidsmæssige ressourcer til rådighed til diabetespatienterne, samt at der ofte var en udtalt magtdistance imellem diabetespatienterne og det offentlige.

Gennem denne asymmetri i tidsrelationen mellem diabetespatienterne og hovedparten af det øvrige danske samfund samt igennem statens temporalisering, som beskrevet ovenfor, blev patienterne udsat for hvad Honneth betegner som krænkelse i den retslige og den solidariske sfære. Krænkelser i den retslige sfære bestod blandt andet af de særlige indskrænkelser i flygtninges rettigheder, som den danske stat har indført, der blandt andet omfatter midlertidige opholdstilladelser, indskrænkede muligheder for overførselsindkomster og manglende muligheder for at forstå eller få afklaring i forhold til de bureaukratiske procedurer vedrørende opnåelse af permanent opholdstilladelse eller statsborgerskab. Disse forhold udgjorde indskrænkelser i diabetespatienternes mulighed for at realisere deres autonomi i praksis eller for at blive sikret retmæssig behandling. Sådanne forhold kendetegner ifølge Honneth, som nævnt, netop krænkelse i den retslige sfære. Negative historier i medierne samt konkrete oplevelser af, at etniske danskere ikke brød sig om diabetespatienternes tilstedeværelse i Danmark, udgjorde krænkelse i den solidariske sfære. Disse oplevelser betød, at diabetespatienterne gentagne gange følte sig afviste i forhold til det danske fællesskab og samfund.

Ifølge Honneth har krænkelse i den solidariske og retslige sfære negative konsekvenser for individers selvagtelse og selv værdsættelse, som er forudsætninger for selvrealisering og en meningsfuld tilværelse. Anerkendelse i den retslige sfære fører, ifølge Honneth, til kognitive bånd imellem individet og samfundet. Uden disse bånd vil individet ikke opleve frihed til at udføre fuldmyndige handlinger eller opleve sig som en fuldgyldig samfundsborger. Statens, og i udbredt grad nationens, manglende anerkendelse af diabetespatienterne havde omfattende betydning for diabetespatienterne, der langsomt opgav idéen om at blive fuldt ud accepterede som danske statsborgere. Mange af patienterne satte i stedet deres lid til, at deres børn ville blive det. Diabetespatienternes oplevelser af at have al tid i verden, mens ingen havde tid til dem, var centrale for deres oplevelser af ikke at være anerkendte i det danske samfund.

Tid kan i denne forbindelse anskues som en helt fundamental form for anerkendelse, idet tid er livets egen substans og dermed menneskets mest grundlæggende og essentielle ressource. Det er en ægte gave af 'sig selv', og det at bruge tid på en anden uden at få andet for det end den andens tid er derfor en måde at udtrykke, at den anden

er lige så meget værd som en selv. Bourdieu har udtrykt værdien af tid som gave således:

“[...] the time, he or she gives, [...] is the most precious, because most personal, gift – no one can do it in one’s place, and to give one’s time is a truly ‘personal’ act – is a fundamental dimension of the social value of that person” (Bourdieu 2000: 226).

Omvendt kan dét ikke at ville bruge tid på andre anskues som en fundamental afvisning og krænkelse, idet det er en manglende anerkendelse af den anden, som en ligeberettiget interaktionspartner. Det var denne form for afvisning, som diabetespatienterne ofte blev udsat for når de kontaktede offentlige danske institutioner. Tid som anerkendelse går således forud for og på tværs af Honneths opdeling i den retslige og den solidariske sfære idet det at give tid til et andet menneske er en helt grundlæggende form for anerkendelse.

Kapitel 5: Tid og anerkendelse i mødet med sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose

"I stedet for at gå ind til kommunen og tager tid og sådan noget [...] for du sidder lang tid og venter, så kan du bare gå derind." (Interview med Baasim den 29/11 2010).

Diabetespatienternes relationer til de sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose var radikalt anderledes end deres relationer til andre offentligt ansatte. I dette kapitel analyserer jeg derfor, hvordan tid spillede ind i mødet mellem diabetespatienterne og de sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose. Jeg diskuterer desuden, hvorvidt patienternes problemer med at komme til tiden havde grund i kulturelle eller sociale forhold, samt hvilken betydning sociale forhold havde for diabetespatienternes håndtering af diabetesskolens sundhedsforskrifter. Endelig analyserer jeg, hvordan de sundhedsprofessionelle og diabetesskolen var med til at ruste patienterne til at indgå som ligeværdige medborgere i det danske samfund, samt hvordan den anerkendelse, som diabetespatienterne oplevede på Sundhedscenter Vollsmose, var indlejret i centerets strukturer.

5.1 Tid og tilgængelighed i mødet med de sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose

Sundhedscenter Vollsmose var centralt beliggende i Vollsmose. De fleste af diabetespatienterne havde således højst ti minutter fra deres hjem til sundhedscenteret og kunne let og hurtigt komme derhen, hvis de ville. På sundhedscenteret var dørene altid åbne, og diabetespatienterne kunne derfor, på linje med andre flygtninge og indvandrere, altid komme forbi med henvendelser og spørgsmål om stort og småt. Jeg bemærkede i denne forbindelse, at patienterne netop satte stor pris på diabetesskolen og sundhedscenteret, fordi personalet tog sig tid til dem og deres spørgsmål. I denne sammenhæng lagde diabetespatienterne stor vægt på, at de ansatte på sundhedscenteret ikke kun hjalp dem med spørgsmål vedrørende sundhed, men også ofte satte tid af til at hjælpe med andre problemer. Asif gav blandt andet udtryk for dette, da jeg interviewede ham en mandag eftermiddag:

'Laura: "Hvad synes du om sundhedscenteret?"

Asif: "Super."

Laura: "Super...Hvorfor?"

Asif: "Det er ikke kun super - det er super fantastisk! Folk der arbejder her, de hjælper folk alt muligt, med alle anderledes ting, og de også hjælper folk når de er hjemme og har problemer. Altså nogen gange de ringer hjemmefra, og så begynder de at sende

dem videre til alle andre. Det er rigtigt, rigtigt gode, og det er rigtigt godt sted det her."

(Interview med Asif, sundhedscenteret den 29/11 2010).

Den lette adgang til sundhedscenteret betød, at diabetespatienterne hurtigt kunne få afklaring i forhold til de problemer der fyldte i deres hverdag. Sundhedscenteret adskilte sig således radikalt fra de øvrige offentlige institutioner, som diabetespatienterne havde kontakt til, der alle var svært tilgængelige. Den fundamentale forskel var, at de sundhedsprofessionelle gav sig god tid til diabetespatienterne. De sundhedsprofessionelle var godt nok ansatte til og fik løn for at undervise, men det at de ofte blev efter arbejdstid for at snakke med eller hjælpe patienterne, indikerede at de havde en oprigtig interesse i dem og deres hverdag. De interesserede sig ikke kun for diabetespatienterne inden for en snæver biomedicinsk og sundhedsfaglig ramme, men engagerede sig bredt i deres livsverdener. De sundhedsprofessionelle gav således tid og dermed en helt fundamental form for anerkendelse til diabetespatienterne.

Mens sundhedscenteret havde konstant åbent i dagtimerne, havde undervisningssessionerne faste start og sluttidspunkter. De sundhedsprofessionelle understregede ofte dette forhold for diabetespatienterne, idet de fremhævede, at det var vigtigt at få mest muligt ud af undervisningen, og ikke 'spilde hinandens tid'. De fleste af diabetespatienterne vedblev dog med at komme for sent til størstedelen af undervisningstimerne, og det frustrerede de ansatte. Dette forhold fremgår blandt andet af mine feltnoter fra en undervisningssession, hvor Omar, efter tre kvarter, var den eneste, der var dukket op. Omar støttede sit hoved i hænderne og lukkede momentvis øjnene, imens vi sad rundt om bordet og ventede på, at der skulle dukke flere op:

'Tiden går, og der er stadig ikke kommet andre, selvom klokken er ved at være mange. Amína ser tydeligt frustreret ud; "det er jo ikke min opgave, at banke på deres dør", siger hun. Lærke nikker; "Det er frustrerende, for det er jo også umuligt for mig at tilrettelægge undervisningen og målrette den. Hvis jeg kun skal undervise én, så er det jo noget helt andet [...]. Og det her er jo tidsspilde for Omar!'" Amína og Lærke taler lidt mere om, hvor irriterende det er, men bliver enige om, at Lærke lige så godt kan afholde undervisningen for Omar, nu da han er mødt op." (undervisningssession den 25/10 2010).

Til trods for, at underviserne var frustrerede over diabetespatienternes upræcise fremmøder, indrettede de undervisningen efter det. Således blev de sundhedsprofessionelle ofte efter undervisningssessionerne for at gøre undervisningen færdig eller for at hjælpe de enkelte patienter med de spørgsmål, de havde. Møderne udgjorde således en mellemvej imellem diabetespatienternes indre og samfundets ydre

tid. På den ene side stod sundhedscenterets døre altid åbne, og det var muligt for diabetespatienterne at komme for sent eller for tidligt til møderne uden at blive afvist, hvilket patienterne i høj grad oplevede som en anerkendende struktur, som tog hensyn til den enkelte patients livsverden. Ligeledes udgjorde diabetessessionerne noget, som diabetespatienterne faktisk skulle (om end frivilligt), og som foregik inden for et bestemt tidsrum. Aftalen fordrede således en række kropsbevægelser, idet diabetespatienterne en gang om ugen skulle bevæge sig fra deres hjem til sundhedscenteret og tilbage igen. Sådanne kropsbevægelser fører, som beskrevet, ifølge Schutz, til en forbindelse imellem oplevelser af indre og ydre tid. Diabetesskolen kan fra dette perspektiv anskues som en socialisering i ydre tid, idet diabetespatienternes indre strøm af udifferentierede tanker, følelser og begivenheder blev mødt af samfundets ydre tid, hvor begivenheder differentieres og opleves som adskilte i forskellige tidsrum.

5.1.1 Et spørgsmål om kultur?

De sundhedsprofessionelle forklarede gentagne gange diabetespatienternes håndtering af tiden, og specifikt det, at de ofte kom for sent, som et spørgsmål om kultur. Denne forklaring var helt gennemgående, og fremgik således i alle de interviews, jeg lavede med de sundhedsprofessionelle. Nedenstående uddrag fra et interview med Lærke, illustrerer forklaringsmodellen. Interviewet foregik i Lærkes dagligstue, hvor hun havde dækket op med kaffe og kage, og hvor et bornholmerurs slag regelmæssigt brød husets stilhed:

Laura: "Man kan ikke undgå at bemærke det med tiden, At diabetespatienterne ofte kommer for sent og ikke melder afbud [...]. Har du gjort dig nogen tanker om, hvorfor det er sådan?"

Lærke: "Jeg har bare tænkt; de mænd, det er deres kultur. Det er deres måde at leve på. Der er ikke noget der hedder klokkeslæt." (Interview med Lærke i hendes hus den 20/11).

Lærkes brug af kulturbegrebet peger på nogle generelle tendenser ved de sundhedsprofessionelles anvendelser af begrebet. Disse tendenser var, at 'kultur' blev forstået som adfærdsforklarende og som funderet i forestillinger om, 'hvordan man gør tingene i andre lande'. Forestillingerne indebar, at kultur blev opfattet som noget kohærent, tidløst og essentialistisk. Kultur blev således forstået som noget man *har*, og, i forhold til diabetespatienterne, som noget de havde med sig. Nærmest som en bagage fra deres oprindelsesland, der bestandigt ville være determinerende for deres adfærd. Denne brug af kulturbegrebet som forklaringsmodel var ikke specifik for de sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose. Således fremgår

forklaringsmodellen også af interviews med læger og sygeplejersker i det øvrige sundhedsvæsen samt i konklusioner på rapporter om etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen og repræsenterer således en generel tendens i det danske sprog (Povlsen et al 2005, Telcs 2000 m.fl.).

Ifølge antropolog Lila Abu-Lughod vil brug af kulturbegrebet altid være problematisk, idet det uundgåeligt medfører positionering og hierarki. Den der taler om 'kultur' indtager en position i forhold til den 'kultur', der omtales og som oftest vil fremstå som mindre 'rigtig' eller mindre 'udviklet'. Det problematiske er her, at kulturbegrebet skaber afstand mellem grupper af mennesker, og fjerner fokus fra den foranderlighed der kendetegner det levede liv (Abu-Lughod 1991: 137ff) I foregående eksempel var det Lærke, der forsøgte at forklare diabetespatienternes 'udanske' adfærd. Kulturelle forklaringsformer understøtter således implicit dikotomien 'os' versus 'dem', der her fremgår i dikotomien mellem 'dansk kultur' versus 'arabisk kultur'. De sundhedsprofessionelles udtryk "*It's African Time*" og "*Det er bare afrikansk tid*" (citeret oven- og nedenfor), som også er brugt til specialets titel, er bemærkelsesværdige idet de sundhedsprofessionelle her forklarer de *arabiske* diabetespatienters adfærd som *afrikansk*. Udtrykkene illustrerer dels de sundhedsprofessionelles undren over diabetespatienternes oplevelser af tid og er samtidig stærke udtryk for dikotomien 'os' versus 'dem', idet 'vi' bliver lig med alle de tilsyneladende 'ens' danskere, mens 'de' bliver alle andre end danskerne – alle de eksotiske udlændinge. Her viser sprogbrugen en relativt omfattende mangel på anerkendelse af patienternes forskellige og vanskelige livsforhold. Dette risikerer at udgøre en krænkelse i forhold til patienternes solidariske sfære og dermed en vanskeliggørelse af patientens mulighed for at opnå den, ifølge Honneth, essentielle selvværdsættelse. Antropolog Jens Seeberg har i denne forbindelse skrevet, at behandlingsmæssige problemer i forhold til patienter med anden etnisk baggrund ofte bliver forklaret ved hjælp af den kulturelle 'black box', som netop er et udtryk for en statisk og essentialistisk forståelse af kulturbegrebet og dermed manglende anerkendelse. Den kulturelle black box formodes ofte at have en forklaringsværdi i forhold til det ukendte eller uforståelige, hvorfor sundhedsprofessionelle ofte leder efter svar på vanskeligheder i kassen frem for at kigge på omstændighederne for patientkontakten. Det er en væsentlig pointe hos Seeberg, at det man finder i den kulturelle black box, altid er noget man selv har lagt derned (Seeberg 1996: 184f).

Det er i denne forbindelse interessant, at problemer med at overholde bestemte tidspunkter tilsyneladende ikke er specifikke for etniske minoriteter. Diætisten,

Marianne, havde således erfaringer med, at det ligeledes var svært at få socialt udsatte etniske danskere til at møde op på specifikke tidspunkter. Marianne fortalte mig om dette i forbindelse med et interview på sundhedscenteret, men havde ikke selv kædet erfaringerne sammen med sin forklaring om, at kultur var determinerende for diabetespatienternes adfærd:

Laura: *"Jeg har ikke kunnet lade være med at bemærke, at der er mange der kommer for sent, [...] selvom I mange gange har sagt, at man skal komme til tiden. Hvordan tror du, at det kan være?"*

Marianne: *"Det tror jeg det er kultur. Det er ikke noget som helst andet."*

Laura: *"Okay. Kan du uddybe det med, at det er kultur?"*

Marianne: *"Jamen i Danmark der er klokken 10 jo klokken 10. Men på et tidspunkt, der var der en dame her og hun sagde, det her det er bare afrikansk tid, og det kunne så svinge to timer til den ene eller anden side, så jeg tror, at det er meget kulturelt."*

[Kort efter slukker jeg diktafonen, men samtalen fortsætter, og jeg skriver i stedet noter i min blok]:

'Marianne fortæller, at hun foruden arbejdet på sundhedscenteret også giver ene-undervisning til patienter i Bolbro to dage om ugen. *"De er også meget socialt udsatte"*, siger hun og forklarer, at de stort set alle er arbejdsløse og at mange er alkoholikere. *"De er virkelig svære at få til at møde op, og jeg er tit nødt til at ringe til dem inden mødet, for at sikre at de overhovedet kommer"*, siger hun, og fortsætter; *"Så de er virkelig udfordrende at undervise"*. Marianne sukker.' (Interview med Marianne på Sundhedscenter Vollsmose den 29/11 2010).

Marianne havde således erfaringer med, at også socialt udsatte etniske danskere, kan have problemer med at overholde specifikke mødetider. Mariannes beretning indikerer dermed, at oplevelser af tid ikke knytter sig til etniske forskelle, men at tidsoplevelser derimod skabes igennem praksis.

Dette forhold fremgår ligeledes indirekte af tidligere omtalte undersøgelser af etniske minoriteters brug af de danske skadestuer, som formentlig kan forklares af tidsoplevelser, der ikke stemmer overens med den moderne tidsopfattelse. Her viser undersøgelsen, at der ikke er forskelle i de etniske minoriteters brug af skadestuer på tværs af oprindelseslande og regioner. Dette kan tyde på, at de etniske minoriteters brug af skadestuer i højere grad knytter sig til det, at de er immigrerede fra et andet land, end til en bestemt 'oprindelig' kultur (Mygind et al. 2008: 497ff). Undersøgelsen indikerer dermed indirekte, at det ikke er etniske, men sociale forskelle, der gør, at

etniske minoriteter bruger skadestuerne 'for meget' og 'forkert'. Således peger undersøgelsen indirekte på, at tidsoplevelser, der divergerer fra størstedelen af det øvrige samfunds, knytter sig til det at være uden for samfundet og socialt udsat generelt.

En ældre kvinde fra Irak, Sana, adskilte sig fra de andre diabetespatienter, idet hun havde haft en høj position som rektor på en pigeskole i Irak, og ved at hun i flere perioder i Danmark havde haft arbejde som underviser i arabisk på en folkeskole. Derudover adskilte Sana sig ved, at hun aldrig kom for sent til diabetesundervisningen. Over en kop te i hendes stue, spurgte jeg hende, hvorfor hun mente, at de andre diabetespatienter så ofte kom for sent:

Laura: "Nu nævnte du lige, at der er mange der kommer for sent til undervisningen. Hvad tror du, at det skyldes?"

Sana: "Jeg kan ikke forstå det rigtigt, fordi jeg har ikke sådan; okay, den grund, derfor jeg kommer ikke, eller jeg kommer for sent eller ikke. Jeg kan ikke forstå det, fordi jeg er vant til det fra arbejde, at der skal være disciplin, at man skal møde til tiden og sådan nogen ting. Så jeg har ikke rigtigt tanker, hvorfor de ikke gør det". (Interview med Sana den 30/11).

Sana forklarede således både hvorfor hun selv kom til tiden, og gav et bud på, hvorfor de andre kom for sent. Hendes forklaring er interessant, idet den peger på, at patienternes problemer med at komme til tiden ikke skyldtes etniske eller kulturelle forskelle, men det at de i lang tid havde været arbejdsløse og dermed havde glemt eller aldrig oplevet den omfattende tidsdisciplinering, som finder sted på arbejdsmarkedet.

De empiriske data underbygger dermed Schutz og Bourdieus teorier, idet de netop har fokus på, at tidsoplevelser skabes igennem hverdagspraksis og kropsbevægelser, og ikke via bagvedliggende værdier, normer eller kulturer. Hverken Schutz eller Bourdieu berører imidlertid den problemstilling, at varierende oplevelser af tid ofte forklares ved hjælp af kulturelle stereotyper, og de tager dermed heller ikke stilling til, hvordan denne generalisering overkommes.

Meget tyder, som vist, på, at diabetespatienternes anderledes oplevelser og håndtering af tid ikke, eller ikke kun, relaterer sig til deres kulturelle baggrund, men snarere til deres sociale situation. Det er i denne sammenhæng bemærkelsesværdigt, at de sundhedsprofessionelle alligevel holdt fast i kultur, som kausal årsagsforklaring på patienternes handlinger. Dette forhold illustrerer, hvordan etnicitet som stigma blev en altomfattende identitet og forklaringsramme, som majoritetsbefolkningen brugte til at forstå og karakterisere diabetespatienterne og deres adfærd. En omfattende mangel på anerkendelse, som er dybt indlejret i det øvrige samfunds struktur såvel som

sprogbrug, og som dermed udgør en væsentlig krænkelser i den udsatte gruppes solidariske sfære. Faren er i denne forbindelse, at kultur bliver set som en uforanderlig barriere for mødet imellem mennesker. For de sundhedsprofessionelle medførte karakteriseringen en vis overbærenhed over for diabetespatienterne. Det problematiske er i denne forbindelse ikke overbærenheden i sig selv, men det at fokus blev flyttet fra de sociale faktorer, som havde stor betydning for patienternes dagligdag, og som potentielt kunne forandres.

5.1.2 Et dynamisk kulturbegreb?

Hvorvidt diabetespatienternes kultur kan forklare deres håndtering af tiden, er imidlertid også et spørgsmål om hvordan kulturbegrebet forstås. Jeg har her argumenteret for, at forståelser af kultur som stilistisk og kohærent ikke umiddelbart bidrager til en forståelse af diabetespatienternes oplevelser og håndtering af tid. I dag arbejder de fleste antropologer dog med et mere dynamisk kulturbegreb, hvor der netop er fokus på, at kultur er en dynamisk erfaringsproces, og at kultur således skabes fra dag til dag. Antropolog Christoph Brumann er en af repræsentanterne for dette synspunkt, idet han argumenterer for at bevare kulturbegrebet som et *"convenient term for designating the clusters of common concepts, emotions, and practices that arise when people interact regularly"*. Brumann skriver ligeledes, at mens *"the distribution of learned routines across individuals [...] are never perfectly shared, they are not randomly distributed."* (Brumann 1999: 1). Brumann argumenterer således for, at kulturbegrebet er nyttigt til at beskrive de mønstre, der eksisterer når mennesker interagerer på regulær basis, men at ikke alle træk bliver delt i samme grad inden for en given kategori kaldet kultur. Brumann har således fokus på, at kultur er dynamisk og fleksibel idet den afhænger af de erfaringer og relationer et individ løbende skaber sig. Et sådant dynamisk kulturbegreb kan bidrage til en forståelse af diabetespatienternes oplevelser af tid, idet det kan inkludere diabetespatienternes sociale position og erfaringer i Danmark såvel som kulturelle erfaringer fra deres oprindelseslande. Det er således ikke usandt, at kultur har indflydelse på mennesker på forskellige måder, men det er usandt, at mennesker på grund af kultur må handle på bestemte måder i al evighed.

Til trods for, at antropologer og akademikere i stigende grad har taget det dynamiske kulturbegreb til sig, mener jeg, at det er væsentligt at være opmærksom på, at den statiske og tidløse brug af begrebet forbliver udbredt i blandt andet det danske sundhedsvæsen. Her skaber kulturbegrebet afstand, giver illusioner om uløselige barrierer og er med til at fjerne opmærksomheden fra det ansvar, der påhviler det danske samfund og de sundhedsprofessionelle i forhold til de problemer, som mange

etniske minoriteter kæmper med. Når snakken falder på socialt udsatte etniske danskere bliver samfundsansvaret anderledes tydeligt. Her ved vi, at der er tale om en gruppe som altid har været under indflydelse af det danske samfund. Når vi taler om 'kultur' bliver ansvaret derimod straks flyttet til det land, som 'kulturen' menes at være tilknyttet, og passivitet bliver let at forsvare. Af disse grunde vil jeg argumentere for at kulturbegrebet helt forlades, samt at vi, som antropologer, passende kan gå forrest i denne sammenhæng. Der findes mange måder, at beskrive menneskers fællesskaber, relationer og adfærd på, uden at benytte kulturbegrebet. En af disse måder kunne for eksempel være at tage udgangspunkt i informanternes praksis og hverdagsliv, for derved at beskrive forskelle og ligheder imellem de forskellige individer i gruppen af informanter.

5.2 Tid i sygdom

De sundhedsprofessionelle ønskede at hjælpe diabetespatienterne med at lære at tage vare på deres diabetes. De lærte dem om sund kost, motion og medicin, samt om at det er væsentligt at leve sundt, for ikke at få senkomplikationer.

Denne lærdom indebar en temporal dimension, som er væsentlig for at forstå diabetespatienternes måder at handle og ikke-handle i forhold til deres diabetes. De sundhedsprofessionelle foreslog fundamentale forandringer i diabetespatienternes hverdage. De foreslog morgenmad, ingen sukker, mindre olie, mindre fedt, gåture, idrætsforeninger, kontroller og medicinering. Derudover foreslog de også en række konkrete tidslige praksisser, som for eksempel at spise seks gange om dagen på bestemte tidspunkter, at tage medicin på bestemte tidspunkter, at kontrollere blodsukkeret på bestemte tidspunkter og at dyrke motion på bestemte tidspunkter.

Opfordringerne faldt ofte sammen med beskrivelser af de senkomplikationer, som diabetes kan medføre. De sundhedsprofessionelle malede således dystre fremtidsscenarier, som kunne realisere sig, hvis ikke patienterne omlagde deres livsstil:

"Hjernen styrer alt i kroppen. Den gør os til de mennesker vi er. Hvis den ikke får blod nok, så virker den ikke som den skal, og så kan vi miste nogen af de ting vi kan. Fedtet kan sætte sig i blodårerne, og stoppe tilførslen af blod og ilt til dele af hjernen, og så holder de dele op med at virke. Det vi kan gøre, det er ned med blodsukker og væk med kolesterol. Vi kan ikke komme af med det kolesterol vi har fået, men vi kan passe på, at vi ikke får mere", forklarer Annette. Rana har lænet sig ind over bordet og lytter opmærksomt. De andre kvinder ser også ud som om de lytter intensivt. Det er ikke et behageligt fremtidsscenarie.' (Undervisningssession den 6/12 2010).

Sådanne undervisningsmetoder kan anskues som en temporal strategi, hvor de sundhedsprofessionelle forsøgte at få potentielt mulige fremtidsscenarier, der oprindeligt ikke fyldte i diabetespatienternes hverdage til alligevel at fylde noget, for dermed at få patienterne til at handle i forhold til fremtiden. Skrækscenarierne gjorde stort indtryk på diabetespatienterne, og det var tydeligt, at de gerne ville begynde at leve sundere, for dermed at forebygge potentielle senkomplikationer. Alle diabetespatienterne var meget taknemmelige for den viden, de fik og berettede om mindre ændringer, som de forsøgte at indføre i hjemmet. Således var én begyndt at købe minimælk i stedet for sødmælk, en anden var begyndt at måle olie op med en ske, og en tredje var begyndt at spise gulerødder, som han tidligere havde troet var usunde. Under mine hjemmebesøg erfarede jeg dog, at diabetespatienterne reelt stadig levede meget usundt, og at de sunde valg sjældent udgjorde en gennemført praksis, men snarere sporadiske handlinger, som patienterne en gang imellem udførte, hvis de pludselig kom til at tænke på undervisningen²¹. Således dækkede diabetespatienterne ofte op med arabiske kager og slik, tilberedte maden med rigeligt olie og kom bemærkelsesværdigt meget sukker i teen. En gang oplevede jeg endda at få serveret chokolade til aftensmad:

'Ghaada kommer ind fra køkkenet med et fad med kage og en masse stykker chokolade i glinsende papir. Hun kalder på Fadi og Maysun, som kommer og slår sig ned på madrassen, der gør det ud for stole og bord i familiens spise-hjørne . I baggrunden kører en tv-serie, som Maysun følger med i, og fortæller mig om. Jeg undrer mig lidt over arrangementet omkring skålen med chokolade, som vi nu alle spiser af. Lidt senere går det op for mig, at skålen med chokolade faktisk dagens aftensmåltid' (Besøg hos Baasim den 29/11 2010).

Diabetespatienternes manglende regulering af deres diabetes kan formentlig forklares ved, at de havde mange massive problemer, og at diabetes således ikke var problem nummer et, men problem nummer tyve eller femogtyve. De mange bekymringer betød ikke, at diabetespatienterne ikke ønskede at leve sundere og tage vare på deres diabetes, men at der ofte var meget lidt overskud til det. Diabetespatienterne brugte mest energi på at tænke over de problemer, som de opfattede som de væsentligste, men de rettede sjældent aktive handlinger imod problemerne, idet deres bekymringsforvirring, som nævnt ovenfor, betød at de ofte blandede deres bekymringer sammen, og dermed sjældent formåede at rette specifikke handlinger imod specifikke problemer.

²¹ Omlægninger af motions- og kostvaner er generelt vanskelige at gennemføre, men undersøgelser viser dog, at livsstilsomlægninger er særligt vanskelige for socialt udsatte grupper (Grøn et al. 2012).

Samtidig var det som om, at diabetespatienterne og de sundhedsprofessionelle havde grundlæggende forskellige oplevelser af deres kropes tid og af tid i diabetes, og at diabetespatienternes oplevelser havde betydning for den måde, som de håndterede deres sygdom på. Mens mulighederne for at diabetespatienterne blev blinde, fik amputeret et ben eller fik hjertestop var meget nærværende i de sundhedsprofessionelles bevidsthed, spillede fremtidsscenerne kun momentant den samme rolle i patienternes livsverdener. De sundhedsprofessionelle var således meget bevidste om, at diabetes i gennemsnit forkorter levetiden med cirka en tredjedel (Maines 1983: 106). Diabetespatienterne synes på den anden side ikke at tænke særligt meget over dette i deres hverdag til trods for, at flere af dem var så gamle, at de potentielt ikke havde meget tid tilbage. Det er i denne forbindelse interessant, at sociolog David R. Maines har skrevet, at diabetes radikalt ændrer oplevelsen af tid. Ifølge Maines sker dette dels igennem de mange tidsfæstede rutiner, som plejen af diabetes kræver, og dels igennem en viden om, at diabetes ofte forkorter levetiden betydeligt. Dette medfører, ifølge Maines, at betydningen af klokke- og kalendertid kommer til at overskygge dynamiske oplevelser af tid som levet erfaring, samt at diabetes medfører en komprimeret oplevelse af fortid, nutid og fremtid, idet fortidige og nutidige handlinger konstant knyttes sammen med mulige fremtidige konsekvenser. (Ibid: 103ff). Maines generalisering om, at diabetes radikalt ændrer oplevelsen af tid, hænger dog dårligt sammen med de erfaringer jeg gjorde under feltarbejdet i Vollsmose.

Som sygdom er diabetes en kompleks biokemisk og fysiologisk proces der blandt andet kan medføre åreforkalkning, beskadigelse af nerverne og nyrerne, som igen kan medføre en lang række følgesygdomme. Disse forandringer sker oftest langsomt og umærkeligt, og var således udenfor diabetespatienternes bevidsthed. Diabetespatienterne oplevede derimod de fysiske symptomer ved højt og lavt blodsukker, som blandt andet består af træthed, kvalme, svimmelhed, hovedpine, kvalme, koncentrationsbesvær og hjertebanken. Disse symptomer er dog kendetegnede ved, at de ofte ikke opleves som afgrænsede til en bestemt kropsdel. Dette var sandsynligvis medvirkende til, at patienterne sjældent forbandt symptomerne med diabetes, men snarere med deres generelle oplevelser af at have det dårligt, være udsatte og have uopdagede sygdomme. Det der betød noget i diabetespatienternes livsverdener var ofte det der fyldte *nu*. Smerter i kroppen, der måske ikke havde lige så alvorlige konsekvenser som diabetes, kom således til at spille en større rolle i diabetespatienternes hverdage og livsverdener end potentielle senfølger af diabetes. Dette kom blandt andet til udtryk i kvindeholdets sidste diabetestime, hvor vi

evaluerede undervisningen og hvor Rana fortalte, at hendes mand engang imellem gik ture i Vollsmose:

'Amina taler med Rana og oversætter derefter for Annette og os andre; "Jeg sagde, 'synes du ikke at det er en god idé, at gå med din mand, når han går ture?' Men hun sagde, at hun kan ikke, fordi hun har ondt. Jeg sagde; 'du skal ikke ligge på sofaen, det bliver bedre hvis du bevæger dig' Annette nikker; "Vores kroppe kan ikke lide, når de ikke bliver brugt."' (Undervisningstime den 6/12 2010).

Idet diabetespatienterne, som nævnt, ikke oplevede diabetes som en bekymring, der konstant fyldte i deres livsverdener, prioriterede de heller ikke at omstrukturere deres temporale praksisser for at regulere deres blodsukker. Dertil kommer, at en indføring af de tidsspecifikke rutiner for reguleringen af diabetes, ville have været særdeles udfordrende for patienterne, idet de netop i meget lav grad forbandt deres oplevelser med den ydre klokke, og, som beskrevet, sjældent planlagde deres handlinger i forhold til fremtiden. Det billede Maines tegner gjorde sig således i højere grad gældende for de sundhedsprofessionelle, der forsøgte at lære diabetespatienterne om de tidsspecifikke rutiner og om de potentielt nærtstående fremtidige konsekvenser af sygdommen, end for diabetespatienterne selv.

Jeg vil således tilføje til Maines påstand, at diabetes kun radikalt ændrer oplevelser af tid, hvis diabetes opleves som en vedvarende concern i diabetespatientens livsverden. Idéer om en specifik diabetes-tid knytter sig desuden ikke kun til diabetespatienters egne oplevelser, men også til det vidensregime, der er dominerende i den vestlige sundhedsfaglige verden, hvor der netop er stort fokus på forebyggelse og fremtid. Oplevelser af tid er således kontekstafhængige, og det altså er ikke muligt, som Maines gør det, at generalisere over oplevelser af tid ud fra et enkelt studie af diabetesoplevelser i USA (Maines 1983).

5.3 Tid til handling og medborgerskab?

De sundhedsprofessionelles primære hensigt med diabetesskolen, var at lære diabetespatienterne at tage vare på og handle fremadrettet i forhold til deres diabetes. De sundhedsprofessionelle opfordrede dog også på andre områder diabetespatienterne til handling. Dette skete ofte i forbindelse med patienternes beretninger om de praktiserende læger eller andre offentlige institutioner, som de ikke syntes, behandlede dem tilfredsstillende. Nedenstående to uddrag fra mine feltnoter er netop fra situationer, hvor de sundhedsprofessionelle tilskyndede diabetespatienterne til at ændre deres situation ved at handle aktivt. Første eksempel er fra en

undervisningssituation, hvor Kamlaa bekymret fortalte om, hvordan hun næsten havde opgivet at få hjælp af sin praktiserende læge:

'Amína oversætter for Kamlaa, som taler sagte og ser bekymret ud "Hun sagde; flere gange, jeg har været til lægen med problemer, men han kigger ikke på dem, han siger bare; du skal spise vitaminpiller, du skal spise kalk". Hanne; "Så skal du spørge; hvorfor skal jeg det?". Kamlaa siger noget igen, og Amína oversætter; "Hun har fået taget blodprøver, men han kigger ikke". "Ja, så skal du huske, at det er dig, der er eksperten i dit liv, og hvis han siger noget du ikke forstår, så skal du spørge igen. Også selvom det er svært, hvis du næsten føler, at du er blevet skubbet ud ad døren. Jeg kan kun anbefale at være ihærdig!".' (Undervisning den 30/11 2010).

Nedenstående uddrag er ligeledes fra en undervisningstime, der denne gang handlede om medicinering af diabetes:

'Annette fortæller, at man skal huske at tage sin medicin selvom man er syg. Kamlaa siger noget, som Amína oversætter. "Man kan se, at deres vand er beskidt. Måske er det derfor folk bliver syge". Annette foreslår, at Kamlaa ringer til kommunen eller boligforeningen og klager over vandet. Kamlaa nikker forsigtigt.' (Undervisning den 23/11 2010).

De sundhedsprofessionelle tilskyndede diabetespatienterne til at stille krav til de offentligt ansatte og derved kræve anerkendelse fra den offentlige sektor. Diabetespatienterne skulle således ikke stille sig tilfredse med, at de praktiserende læger afviste dem, eller at kommunen for eksempel ikke stillede rent drikkevand til rådighed. De sundhedsprofessionelles råd kan anskues som en metode til at ændre patienternes forestillinger om, at de offentlige institutioner, med undtagelse af sundhedscenteret, var tidsmæssigt utilgængelige og hierarkisk placeret over og omfattende diabetespatienterne, hvorved de offentlige institutioner potentielt krænkede patienternes opfattelse af sig selv som retsvæsener. De sundhedsprofessionelles rådgivning kombineret med deres påmindelser om at møde til tiden, kan oplagt anskues som en socialisering eller en "civilisering", med sociolog Norbert Elias ord, i ydre tid samt i accepterede 'danske' omgangsformer. Civiliseringsprocessen betegner ifølge Elias en socio-kulturel proces, hvor mennesker over tid tillægger sig bestemte manerer og en værdisætning af opførsel, hvor nogle former accepteres, mens andre nedvurderes. Institutioner spiller, ifølge Elias, netop en væsentlig rolle i den omfattende socialisering af den psyko-sociale karakter hos mennesker i Vesteuropa (Elias 1994:42ff). Denne tanke stemmer overens med

Honneths krav om at samfundets institutioner skal leve op til krav om en anerkendende infrastruktur (Honneth 2006: 16f.).

De sundhedsprofessionelles lærte således diabetespatienterne, at det er acceptabelt at kontakte og konfrontere offentligt ansatte. Diabetespatienterne skulle ikke bare vente på og indrette sig efter samfundets og de offentligt ansattes ydre tid, men også forlange tid og dermed anerkendelse, når de selv mente det var vigtigt. Dette forhold er relevant i forhold til socialhistoriker Thomas Humphrey Marshalls teori om medborgerskab, idet han netop understreger, at medborgerskab, der er en status, der bliver tildelt dem, der er fuldgyltige medlemmer af et samfund, ikke kun inkluderer pligter, men også rettigheder (Marshall 2003: 78f). Ligesom staten kan stille krav til diabetespatienterne, kan diabetespatienterne altså også stille krav til det offentlige og staten, og det gjorde de sundhedsprofessionelle noget ud af at fortælle dem. Kulturforsker Marianne Horsdal skriver i denne forbindelse, at medborgerskab ikke bare handler om en 'status' som medborger, men også inkluderer en 'rolle'. Rollen som medborger, handler, ifølge Horsdal, om at være en del af og føle et tilhørsforhold til det givne sociale fællesskab. Rollen indebærer således individets egen oplevelse af at være medborger i samfundet på lige fod med den øvrige befolkning (Horsdal 2001: 12). Anerkendelse i den solidariske og retslige sfære må her ses som væsentlige forudsætninger for, at rollen som medborger kan fuldbyrdes, idet selvværdsættelsen, som bygger på anerkendelsen, ifølge Honneth, er en forudsætning for at individet kan opleve sig som et fuldgyldigt medlem af et fællesskab (Honneth og Anderson 2005: 137).

5.4 Tid som strukturel anerkendelse

Det vanskelige ved at arbejde med begrebet anerkendelse i denne sammenhæng og inden for Honneths fortolkning af begrebet er, at det er vanskeligt at pege på konkrete tiltag, som kan sikre denne abstrakte størrelse. Alligevel synes det dog muligt at pege på, at patienters oplevelse af, at der 'afsættes tid nok' i mødet med sundhedsvæsenet, er en forudsætning for, at patienterne føler sig anerkendte. Dertil kommer, at tid er en betingelse for, at der bliver plads til, at de sundhedsprofessionelle ikke bare vier deres opmærksomhed til patienternes fysiske tilstand, men også forsøger at forstå deres subjektive oplevelser.

Honneth påpeger som tidligere nævnt, at anerkendelsen finder sted i tre sfærer, hvoraf den retslige og solidariske sfære er relevante i forhold til dette speciale. For det første er det væsentligt, at patienten, inden for den retslige sfære, ikke føler krænkelse i forhold til sig selv som retsvæsen. Det giver sig selv, at patienten ikke må udsættes for konkret uretfærdighed eller fravær af rettigheder i forhold til andres tilsvarende, da dette, ifølge

Honneth, vil forstyrre patientens evne til at stole på sig selv som gyldig deltager i retssamfundet (Ibid: 178). Her er det åbenlyst, at patientens adgang til hjælp og vejledning skal være tilsvarende andre patienters rettigheder. For det andet er det vigtigt at individet, i dette tilfælde patienten, opnår en følelse af social anerkendelse, som en forudsætning for evnen til stole på egen evne til at bidrage positivt til fællesskabet via specielle egenskaber og kvaliteter (Ibid: 173 f). Her kan der peges på, at patienter møder et system som udviser åbenhed og imødekommenhed i form af hensynstagen til sprogforskelle, forståelse over for forskellige sociale og religiøse præferencer samt et hensynsfuldt personale, som er i stand til at analysere og tage hensyn til den enkelte patients særegne behov.

I mit feltarbejde i Vollsmose, konstaterede jeg flere gange, at patienternes opfattelse af, om systemet havde tid nok til at lytte til og forstå deres situation, var en væsentlig forudsætning for, at de opnåede en følelse af anerkendelse i den solidariske sfære og dermed muligheden for selvværdsættelse. Baasim udtrykte dette under et interview i hans hjem. Vi drak en kop sød arabisk te i familiens massive blåmønstrede sofa, imens han fortalte:

"Sundhedscenteret, det er ikke sådan øhm... for lægeagtigt du ved. Det er bare sådan, at de hjælper dig, hvis du tænker, at du har sukkersyge, så kan du fortælle det, og så kan de sådan hjælpe dig.[...] Og altså [det er] Nanna der forklarer alle tingene, fordi Nanna hun kender min livshistorie. Hun kender hele vores historie. Også om min kone. [...] Og så synes jeg, at hun er rigtigt flink. Der hvor Nanna arbejder, altså der når man går ind og hilser altid, man kan se, de kommer bare og smiler til dig og hilser og snakker med dig og griner altid." (Interview med Baasim den 29/11 2010).

Det er i denne forbindelse en væsentlig pointe, at diabetespatienternes oplevelser af i højere grad at blive anerkendt på Sundhedscenter Vollsmose end ved deres praktiserende læger, ikke alene kan forklares ved, at de ansatte på sundhedscenteret som mennesker for eksempel var mere elskværdige eller imødekommende end de praktiserende læger, men at de overordnede strukturer som definerede de to gruppers arbejdsvilkår, havde afgørende betydning for, hvordan de mødte diabetespatienterne. De obligatoriske 15 minutters lægekonsultation fordrede således ikke, at de praktiserende læger var lige så lyttende og forstående i forhold til patienternes situation, som de sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose. På Sundhedscenter Vollsmose var der derimod sat relativt meget tid af til diabetespatienterne, ligesom at fokus netop var på at møde og hjælpe de udsatte

patienter. Disse forhold var i høj grad fordrende for de ansattes anerkendende tilgang til diabetespatienterne.

Det er her muligt at pege på, at Sundhedscenter Vollsmose foruden den strukturelle anerkendelse, også bidrog til diabetespatienternes generelle oplevelser af at være inkluderede som medborgere i det danske samfund, idet diabetesskolen udgjorde et møde med samfundets ydre tid, som dog stadig tog hensyn til patienternes indre tid. Et bidrag til debatten om medborgerskabsbegrebet er således, at det at være fuldgældig medborger i et samfund ikke bare inkluderer, hvad Horsdal forstår som en status og rolle som medborger, men også at individets oplevelser af tid overordnet svarer overens med det resterende samfunds. Eriksen har givet udtryk for et lignende forhold, hvor han dog har fokus på ældre og syge mennesker, og ikke specifikt på medborgerskabsbegrebet:

”Den som i mest udpræget forstand er »ingen« i vore dage, er den som befinder sig helt uden for den organiserede, sociale tidsmaskine. Smerten ved at blive syg eller gammel understreges af den udelukkelse fra de løbende aktiviteter, som er styret af ur og kalender. Den som ikke har udsigt til igen at blive optaget i den sociale tidsmaskine, kan lige så godt lægge sig til at dø.” (Eriksen 2004: 245).

Jeg har ovenfor argumenteret for, at oplevelser af tid ikke varierer fordi der er forskellige mennesker eller i kraft af statiske kulturer, men at temporalitet derimod skabes gennem praksis, og at forbindelser imellem indre og ydre tid fordrer handling. Det er dog væsentligt at pointere, at samfundets moderne tid ikke kan presses ned over hovederne på individer, idet deres gennemgående oplevelser af tid ikke ændres i kraft af for eksempel en 15 minutters konsultation hos lægen. Tid skabes i de daglige rutiner, som eksisterer når man som individ *skal* noget i samfundet, og når man bevæger kroppen for at gøre det man skal. Således differentieres de begivenheder og tanker, der ellers blev oplevede som én vedvarende bevidsthedsstrøm, og forbindelsen imellem indre og ydre tid skabes. Diabetesskolen udgjorde i denne forbindelse noget diabetespatienterne skulle, og var samtidigt et sted, hvor de sundhedsprofessionelle fokuserede på at hjælpe diabetespatienterne med at handle på konkrete problemer, og dermed bryde den bekymringsforvirring diabetespatienterne oplevede. Diabetesskolen udgjorde således et skridt på vejen imod inklusion i det danske samfund, der dog var et lille skridt, idet patienterne stadig brugte hovedparten af døgnets timer i deres lejlighed foran tv’et, og derfor stadig oplevede tiden på radikalt anderledes måder end størstedelen af det øvrige samfund.

Kapitel 6: Konklusion og perspektivering

I dette sidste kapitel besvarer jeg specialets problemformulering og perspektiverer til den aktuelle debat om integration og assimilation, samt diskuterer tid i relation til antropologisk teori, analyse og metode.

6.1 Konklusion

Dette speciale har taget sit udgangspunkt i en undren over, hvorfor tid spillede så stor en rolle i mødet mellem dansk-arabiske diabetespatienter og sundhedsprofessionelle på Sundhedscenter Vollsmose. I modsætning til andre studier, der beskæftiger sig med hvorvidt etniske minoriteters sundhedstilstand forbedres og deres egenomsorg styrkes i forskellige sundhedstilbud, har dette speciale i kraft af en kvalitativ metode og fænomenologisk tilgang bidraget med en analyse, der i højere grad siger noget om, hvordan diabetespatienterne oplevede mødet med Sundhedscenter Vollsmose og andre offentlige institutioner, samt hvordan disse spillede ind og fyldte i diabetespatienternes livsverdener. Gennem deltagerobservation og interviews har mit formål været at undersøge, hvilken betydning tid og anerkendelse havde i diabetespatienternes møder med Sundhedscenter Vollsmose og øvrige offentlige institutioner.

Analyserne peger på, at diabetespatienternes oplevelser af tid adskilte sig radikalt fra størstedelen af det øvrige samfunds tidsoplevelser. Mens diabetespatienternes dage flød ud i et, uden at de havde noget at stå op til eller gå i seng for, lever de fleste etniske danskere efter den moderne tidsopfattelse, hvor hvert enkelt minut er værdifuldt og derfor bliver medregnet i en omfattende koordinering og strukturering af tiden. Diabetespatienterne oplevede en objektivering af tiden, hvor tiden kom til at fylde som blandt andet nostalgi og kedsomhed, fordi den ikke blev fyldt ud med noget. De var således hensatte til deres egne bevidsthedsstrømme og indre tid, hvor begivenheder og bekymringer forblev udifferentierede og derfor skabte en bekymringsforvirring, som var umulig at rette handlinger imod.

Dette speciale peger på, at diabetespatienternes oplevelser af tid har grund i sociale og samfundsmæssige forhold, og ikke i kulturelle årsags-virkning mekanismer. Menneskers indre og samfundets ydre tid forbindes, når vi har en rolle og en funktion i forhold til samfundet. Forbindelsen opstår når vi bevæger vores kroppe og udfører dagligdags opgaver og pligter, som er rettede imod fremtiden. Denne sammenknytning af indre og ydre tid betyder, at vi ikke længere *oplever* tiden, men *lever* den.

De forestillinger om fremtid, som er bestemmende for de fleste menneskers handlinger, eksisterede ikke for diabetespatienterne, idet deres fremtid var så usikker, at de ikke

kunne rette handlinger imod den. Den danske stat, Udlændingesservice og kommunale instanser spillede i denne forbindelse en stor rolle i diabetespatienternes livsverdener, idet de med temporalisering, restriktioner, den manglende anerkendelse og dermed krænkelser i diabetespatienternes retslige og solidariske sfærer, forårsagede brud imellem diabetespatienterne forventninger og 'spillets gang'. Særligt midlertidige opholdstilladelser og ventetid på ansøgninger om statsborgerskab var med til at fastholde diabetespatienterne i et tomrum, hvor de ikke kunne gøre andet end at vente.

De divergerende tidsoplevelser blev særligt tydelige i diabetespatienternes møder med de praktiserende læger og øvrige offentligt ansatte. Her oplevede diabetespatienterne, at de havde al tid i verden, mens ingen havde tid til dem. Dette forhold var i høj grad med til at øge deres oplevelser af at være udsatte og sat uden for samfundet, og da møderne med de offentligt ansatte udgjorde en stor del af diabetespatienternes kontaktflade med etniske danskere, var de i høj grad med til at forme diabetespatienternes oplevelser af at bo i Danmark.

Sundhedscenter Vollsmose udgjorde i denne forbindelse en undtagelse fra reglen, idet der her var afsat relativ god tid til diabetespatienterne. Diabetespatienterne blev ikke fejlet af vejen, og de sundhedsprofessionelle gav sig ikke bare god tid til at svare på spørgsmål om diabetes, men interesserede sig også bredt for patienternes øvrige liv og bekymringer. Diabetespatienterne oplevede denne tidsmæssige tilgængelighed og interesse, som en fundamental anerkendelse af dem og deres tilstedeværelse i Danmark. Dertil kommer, at Diabetesskolen og de ansatte på Sundhedscenter Vollsmose var med til at styrke diabetespatienterne oplevelser af ydre tid, som har vist sig at være en væsentlig forudsætning for at kunne føle sig inkluderet som fuldgældende medborgere i et samfund. Det er dog en væsentlig pointe, at denne form for socialisering i ydre tid kun kunne finde sted, fordi Sundhedscenteret også til en vis grad indrettede sig efter diabetespatienternes oplevelser af indre tid. Dette speciale peger således på, at tid kan anskues som en helt grundlæggende form for strukturel anerkendelse, da det at der 'afsættes tid nok' i mødet med offentlige institutioner er en forudsætning for, at patienter eller klienter føler sig anerkendte og værdsatte i mødet, og dermed også for at møderne faktisk fordrer handling.

6.1.1 Perspektivering: Assimilation eller integration i Sundhedsvæsenet

Jeg har i dette speciale bevidst valgt ikke at benytte begrebet 'integration'. Dette skyldes, at integration i den folkelige diskurs er blevet et værdiladet begreb, som tillægges utallige udtalte og forskelligartede betydninger, som det kan være svært at undgå at termen bliver identificeret med, hvis man anvender den analytisk. Jeg har i stedet valgt

at benytte begreber som anerkendelse og medborgerskab, da de analytisk kan belyse de oplevelser af inklusions- og eksklusionsmekanismer, som ofte tilsløres i den mere alment anvendte term 'integration'. Ikke desto mindre berører dette speciales emne i høj grad den 'integrationsdebat', som fylder i medierne og i høj grad er med til at sætte den politiske dagsorden. Da Venstres Søren Pind i marts 2011 tiltrådte som Integrationsminister blev der tilføjet en ny dimension til debatten. Debatten kom nu til at handle om integration versus 'assimilation', som betegner en total tilpasning eller indordning i forhold til et andet samfund (Jensen 2011). Dette skyldes, at Søren Pind i sin tiltrædelsestale udtalte, at *"Når folk kommer til Danmark for at blive danske statsborgere, så kommer de selvfølgelig for at blive danske - ikke for at lave Danmark om"*, og understregede dermed, at han går ind for assimilation frem for integration (Pind citeret i Jensen 2011). Pind udtalte videre, at danskerne ikke skal imødekomme indvandrere med for eksempel adskilte baderum eller mad uden svinekød i børnehaverne, samt at *"vi [ikke skal] vige tilbage i misforstået tolerance"* (Pind citeret i Vaaben 2011). Noget af det, der er med til at gøre termen integration så enestående uklar er, at den oprindeligt henviser til abstrakte principper for social inklusion og eksklusion, som vedrører alle mennesker, men at betydningen i dag er forandret, således at 'integration' er blevet et politisk projekt, der kun angår nogle få, nemlig de etniske minoriteter (Olwig 2007: 10). Hertil kommer, at integration er et normativt begreb, som defineres af majoritetsbefolkningen, og at der ikke findes noget endeligt defineret mål for integrationen. Pinds ønske om assimilation er anderledes entydig. Hans udtalelser retter sig utvetydigt mod indvandrere og flygtninge, som ifølge Pind skal tilpasse sig det danske samfunds normer, værdier og praksis, imens det danske samfund omvendt ikke skal ændre på noget for at imødekomme dem. Enshed bliver her det endelige mål, og Pind tilslutter sig således forestillingen om, at danskerne er et homogent folk.

Sundhedscenter Vollsmose passer ikke ind i assimilations-tankegangen. Her bliver der netop taget særligt hensyn til de etniske minoriteter, som ellers ville skulle navigere i det almene sundhedssystem, hvor de, som nærværende speciale illustrerer, ofte bliver forbigået, hvorved deres oplevelser af at være sat uden for samfundet øges. Dette forhold kan hverken bidrage til integrationen, inklusionen eller assimilationen, hvis man mener, at sidstnævnte er tilstræbellesværdigt.

Et relevant spørgsmål er imidlertid, om der overhovedet er grund til at tale om sammenhængskraft og integration i relation til sundhedsvæsenet? De fleste sundhedsinstitutioner definerer sig ud fra formål om at fremme borgernes sundhed, og

ikke ud fra idéer om at styrke sammenhængskraften, bidrage til medborgerskab og anerkendelse eller fremme 'integrationen'. Jeg vil alligevel argumentere for, at det danske sundhedsvæsen har en stor rolle at spille, i forhold til at få de etniske minoriteter, der bor i landet, til at føle sig velkomne og anerkendte som fuldgældige medborgere. Sundhedsvæsenet udgør, som beskrevet, en meget stor del af mange etniske minoriteters kontakt med det danske samfund, og af denne grund mener jeg også, at det bærer et stort ansvar. Der er i løbet af de seneste år udgivet en række rapporter, som fremstiller mødet imellem etniske minoriteter og det danske sundhedsvæsen som dybt problematiske. I rapporterne er der blandt andet fokus på, at kommunikationsproblemer, 'kultur', divergerende sygdomsopfattelser, kønsroller, religion, manglende kropsforståelse samt ringe forståelse for det danske sundhedssystem og mødetider skaber barrierer for konstruktive møder imellem sundhedsprofessionelle og etniske minoriteter (Povlsen et al 2005, Telcs 2000 m.fl.). I dette speciale har jeg imidlertid vist, at sundhedsinstitutioner også kan danne ramme for konstruktive møder, som på positiv vis præger de etniske minoriteters oplevelser af at bo i Danmark. Jeg vil derfor argumentere for, at det er væsentligt at betragte sundhedsvæsenet som et link til det øvrige samfund, og at det af denne grund er afgørende at give de etniske minoriteter gode muligheder for kontakt. Jeg vil således samtidig gøre op med tanken om, at alle patienter skal behandles lige. I erkendelse af, at alle mennesker er forskellige, og at nogle grupper, herunder socialt udsatte generelt, har større behov for ekstra tid i konsultationen, vil jeg snarere argumentere for, at man bør behandle alle patienter *lige forskelligt*. Afsættes der ekstra tid til konsultationen af de patienter som erfaringsmæssigt tilhører udsatte grupper i samfundet, og bliver der gjort en dyd ud af netop at hjælpe disse mennesker, vil sundhedsvæsenet kunne udgøre et væsentligt skridt på vejen i forhold til at styrke de udsatte gruppers tilhørsforhold til landet. Måske er det netop antropologiens opgave at opponere mod idealer om lighed og ensshed som blindt overser vigtigheden af, at mennesker befinder sig i forskellige sociale kontekster, tidsligheder og situationer, hvad enten disse fremstår som "danske" eller ej.

6.1.2 Perspektivering: Tid som en del af den antropologiske metode, analyse og teori

Dette speciale illustrerer, at oplevelser af tid skabes igennem hverdagspraksis, og at forskellige oplevelser af tid således afspejler forskellige måder at leve og opleve livet på. Samtidig er det fremgået, at tidsoplevelser ikke bare afspejler forskellige former for levevis, men at temporalitet også har konsekvenser for social adfærd og omverdensforståelse. Tid og temporalitet er således en helt central del af menneskers måde at percipere verden på, og dermed også et oplagt emne for antropologien. Jeg

erfarede under feltarbejdet og den efterfølgende analyse af mine data, at studiet af temporalitet var en givtig måde at forstå individuelle såvel som sociale oplevelser på. Selvom forbindelser mellem indre og ydre tid skabes af det enkelte individ, er temporalitet nemlig også i høj grad social idet forskellige individer ofte koordinerer deres tid, hvorved deres oplevelser af tid kommer til at ligne hinanden. Det er i denne forbindelse interessant at studere, hvordan nogle individers tidsoplevelser adskiller sig fra andres, og hvordan de således ekskluderes fra det tidslige fællesskab og bliver udsatte eller udstødte. Forskellige oplevelser af tid kan desuden, som i Vollsmose, medføre store misforståelser, der er gode til at generere antropologiske data. Studier af tid rammer ned i antropologiens kerne, idet tid netop giver mulighed for at studere social adfærd og oplevelser af livet i forskellige lokaliserede kontekster. Jeg vil derfor plædere for, at tid fremover i højere grad bliver brugt som analytisk og teoretisk perspektiv samt til metodisk datagenerering, når nye sociale sammenhænge studeres.

Abstract

This thesis analyzes the significance of time and recognition in the encounter between Danish-Arab diabetic patients and health professionals at Sundhedscenter Vollsmose.

In order to examine this, I analyze how time affected the diabetic patients' lives and life-worlds, and how diabetic patients experienced time and recognition in the encounter with other public institutions and employees. The thesis is inspired by everyday-life analytical and phenomenological approaches, as I examine the role public institutions played in the everyday and life-worlds of my informants.

Data collection took place during six months of ethnographic fieldwork among Danish-Arab diabetic patients in Vollsmose in the autumn of 2010, where I participated in two diabetes courses at Sundhedscenter Vollsmose. Data collection was done through participant observation in the classroom and in diabetic patients' daily lives, as well as through qualitative interviews.

The analysis shows that there is a clear contrast between the way the patients experienced time, and the way time is experienced by the majority of the Danish population. Furthermore the thesis suggests, that experiences of time are not culturally determined, but occur through our actions and body movements. Connections between human beings' inner time and society's outer time emerge when we move our bodies in order to perform everyday activities directed towards the future.

None of the diabetic patients were employed, and therefore they had lost the countless tasks of a socially known and recognized function in society. At the same time all the patients were waiting for responses to applications for final residency or citizenship. Having nothing to do but wait, the patients spent most of their time in front of the television, and because of this their movements were very limited. These factors caused ruptures in the link between the diabetic patients' experiences of their present and future, which meant that time became purposeless. The patients became absorbed in their own streams of consciousness and inner time, where events and concerns remained undifferentiated and therefore caused what I call a "confusion of concerns", towards which it was impossible to direct actions.

The divergent experiences of time became apparent in the patients' meetings with public institutions and specifically with medical practitioners. While the diabetic patients had plenty of time, professionals never seemed to have enough time for the patients. The contrasting experiences of time contributed to the patients' experiences of

not being part of the Danish community, and at the same time they experienced the short consultations as rejections and violations in their legal and social spheres.

Sundhedscenter Vollsmose was, however, adapted to meet the needs of ethnic minorities, and more time was allocated to the patients. The patients experienced this temporal availability as a fundamental recognition of themselves and their presence in Denmark. In addition, the staff at Sundhedscenter Vollsmose contributed to the patients' experiences of society's outer time, which is a crucial prerequisite to feeling included as a full member of society.

The time available in the encounters between public institutions was thus crucial for the patients' experiences of being acknowledged in the Danish Society. This thesis therefore suggests that time may be regarded as a fundamental type of structural recognition.

Litteraturliste

Abu-Lughod (1991): Writing Against Culture. S. 137 – 162 i R. G. Forx (Red.), *Recapturing Anthropology: Working in the Present*. Santa Fe: School of American Research Press.

Anderson, Benedict (2000) [1983]: *Imagined Communities*. USA: Courier Companies.

Barth, Fredrik (1993a): Are Values real? The Enigma of Naturalism in the Anthropological Imputation of Values. S. 31 - 47 i M. Hechter, L. Nadel og R. E. Michod (red.), *The Origin of Values*. New York: Aldine de Gruyter.

Barth, Fredrik (1993b): *Balinese Worlds*. Chicago: The University of Chicago Press.

Bech-Jørgensen, Birte (1994): *Når hver dag bliver hverdag*. Danmark: Akademisk Forlag A/S.

Bergson, Henri-Louis (1996) [1916]: Brev til Harald Høffding. S 198 – 200 i Peter Kemp (red.), *De Store Tænkere – Bergson*. København: Munksgaard.

Bondebjerg, Bente og Vagn Klim Larsen (2009): *De første år i Danmark/love og regler*. København: Dansk Flygtninge Hjælp.

Bourdieu, Pierre (2005) [2000]: *Udkast til en praksisteori*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bourdieu, Pierre (2000): Social Being, Time and the Sense of Existence. S. 207 – 241 i *Pascalian Meditations*. Cambridge: Polity Press.

Brinkmann, Svend. (2010): Etik i en Kvalitativ Verden. S. 429-445 i S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.), *Kvalitative Metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.

Brumann, Christoph (1999): Writing for Culture: Why a Successful Concept Should Not Be Discarded. *Current Anthropology*, (40)1: 1 - 27,

Buch, Martin Sandberg og Julie Cramer Haugaard (2010): *Forundersøgelse af de seks patientskoler der indgår i projektet: Patientskoler, egenomsorg og sociale teknologier*. Danmark: Dansk Sundhedsinstitut.

Durkheim, Émile (1965) [1915]: *The elementary forms of the religious life*. New York: The Free Press.

Elias, Norbert (1994) [1939]: *The Civilizing Process*. England: Blackwell.

Eriksen, Trond Berg (2004) [1999]: *Tidens historie*. Findland: Bookwell.

Flaherty, Michael G. (1999): *A Watched Pot – How we experience time*. New York: New York University Press.

Gell, Alfred (1992): *The Anthropology of Time*. Oxford: Berg Publishers Limited.

Goffman, Erving (1963): Stigma and Social Identity. Kap. 1 i *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Michigan: University of Michigan.

Grøn, Lone, Martin S. Buch, Laura E. Buch, Mikka Nielsen, Eline B. Franck (Under udgivelse/2012): *Egenomsorg som led i Patientuddannelse*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Grøn, Lone Signe Vang og Mette Mertz (2009): Den kroniske patient – nærbilleder af livet med kronisk sygdom. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Grøn, Lone (2004): *Winds of change, bodies of persistence: health promotion and lifestyle change in institutional and every day contexts*. Århus: Aarhus Universitet

Gullestad, Marianne (2001): Likhetens grenser. i Vike, Halvard: *Likhedens paradokser. Antropologiske undersøkelser i det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gupta, Akhil & James Ferguson (2002): Spatializing states: toward an ethnography of neoliberal governmentality. *American Ethnologist*, vol. 29(4): 981-1002.

Hastrup, Kirsten (2003): Introduktion. Den antropologiske videnskab. S. 9 – 35 i Kirsten Hastrup (red.), *Ind i verden – end grundbog I antropologisk metode*. København: Hans Reitzels Forlag.

Heidegger, Martin (2001) [1926]: *Being and time*. England: Blackwell Publishers Ltd.

Heidegren, Carl-Göran (2010): *Anerkendelse – kort og godt*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Honneth, Axel (2006) [1992]: *Kamp om anerkendelse – Sociale konflikters moralske grammatik*. København K: Hans Reitzels Forlag.

Honneth, Axel, og Anderson, Joel (2005): Autonomy, vulnerability, recognition and justice. S. 127 – 150 i John Christman og Joel Anderson (red.): *Autonomy and the challenge to Liberalism*, Cambridge: Cambridge University Pres.

Horsdal, Marianne (2001): Oplevelser af diskrimination blandt etniske minoriteter i Danmark. *Socialpolitik*, (4): 11 – 16.

Husserl, Edmund (1970) [1934 - 1937]: *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology: An Introduction to Phenomenological Philosophy*. Evanston: Northwestern University Press.

Jackson, Michael (1996): *Things as they are*. Indianapolis: Indiana University Press.

Jacobsen, Bo, Lene Tanggaard & Svend Brinkmann (2010): Fænomenologi. i Steffen Brinkmann & Lene Tanggaard (red.), *Kvalitative Metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.

Jöhncke, Steffen (2007): Velfærdsstaten som Integrationsprojekt. S. 37 – 63 i Karen Fog Olwig og Karsten Pærregaard (red.), *Integration. Antropologiske Perspektiver*. København: Museum Tusculanum Forlag.

Kant, Immanuel (1996) [1785]: Kritik af den rene fornuft. S. 59 – 187 i Justus Hartnack og Johannes Sløk: *De store tænkere - Kant*. København: Mungsgaard.

Kvaale, Katja (2007): Integration plus/minus kultur. S. 105 – 131 i: Karen Fog Olwig og Karsten Pærregaard (red.), *Integration. Antropologiske Perspektiver*. København: Museum Tusculanum Forlag.

Low, Setha M. og Denise Lawrence-Zúñiga (2003): Locating Culture. S. 1-47 i S. M. Low og Lawrence-Zúñiga, D. (red.), *The Anthropology of Space and Place*. USA/UK: Blackwell Publishers Ltd.

Maines, David R. (1983): Time and Biography in Diabetic Experience. *Mid-American Review of Sociology*, 8: 103 – 117.

Marshall, Thomas Humphrey (1992) [1950]: *Medborgerskab og social klasse*. København: Hans Reitzels Forlag.

Meinert, Lotte, Hanne O. Mogensen, & Jenipher Twebaze (2009): Tests for life chances: CD4 miracles and obstacles in Uganda. *Anthropology and Medicine*, 16(2): 195 – 209.

Meinert, Lotte (2004): Ressources for health in Uganda: Bourdieu's concepts of capital and habitus. *Anthropology and Medicine*, 11(1): 11 – 26.

Mygind, Anna, Marie Nørredam, Anette S. Nielsen, Jens Bagger og Allan Krasnik (2008): The effect of patient origin and relevance of contact on patient and caregiver satisfaction in the emergency room. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(1): 76 - 83.

Mygind, Anna, Maria Kristiansen, Allan Krasnik og Marie Nørredam (2006): *Etniske Minoriteters Opfattelse af Sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration*. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen.

Olwig, Karen Fog og Karsten Pærregaard (2007): Integration – Antropologiske Perspektiver. S. 9 – 37 i Karen Fog Olwig og Karsten Pærregaard (red.): *Integration. Antropologiske Perspektiver*. København: Museum Tusculanum Forlag.

Povlsen, Lene, Birthe Olsen og Steen Ladelund (2005): Diabetes in children and adolescents from ethnic minorities: barriers to education, treatment and good metabolic control. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6): 576 – 582.

Rashid, Imran (2006): *Kulturforståelse i praksis*. Danmark: Pfizer Danmark.

Ricoeur, Paul (1990) [1985]: *Time and Narrative*. (vol. 1). Chicago: The University of Chicago Press.

Ricoeur, Paul (1984) [1983]: *Time and Narrative*. (vol. 3). Chicago: The University of Chicago Press.

Schutz, Alfred (1975) [1973]: *Hverdagslivets sociologi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Schutz, Alfred og Thomas Luckmann (1974) [1973]: *The Structures of the Life-World*. London: Heinemann Educational Books Ltd.

Seeberg, Jens (1996): *Kulturens sorte kasse – AIDS og Afrika I Danmark*. Aarhus: Aarhus Universitet.

Singhammer, John. (2008): *Etniske minoriteters sundhed*. Region Midtjylland: Center For Folkesundhed.

Socialministeriet (2010): *Ghettoen tilbage til samfundet. Et opgør med parallelsamfund I Danmark*. København: Socialministeriet/Rosendahls – Schultz Distribution.

Sundhedsstyrelsen, Monitorering og Medicinsk Teknologivurdering (2009): *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen/Rosendahls – Schultz Distribution.

Sundhedsstyrelsen (2008a): *Forebyggelse og sundhedsfremme blandt etniske minoriteter - inspiration til kommunen*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2008b): *Forløbsprogram for kronisk sygdom – generisk model og forløbsprogram for diabetes*. København: Scanprint.

Telcs, Kathrine (2000): *Honning der flyder – en analyse af sygdoms- og sundhedsadfærd hos tyrkiske og marrokanse familier med diabetesbørn*. København: Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab.

Thomsen, Jens Peter Frølund (2006): *Konflikten om de nye danskere*. København: Akademisk Forlag.

Tjørnhøj-Thomsen, Trine (2003): Samværet – Tilblivelser i tid og rum. S. 93 – 117
Kirsten Hastrup (red.), *Ind I Verden – En grundbog i antropologisk metode*. København: Hans Reitzels Forlag.

Turner, Victor (1967): Betwixt and between: The Liminal Period in Rites de Passage. S. 93 – 111 i *The Forest of Symbols*. Ithaca: Cornell University Press.

Vinther-Jensen, Kirsten og Rikke Primdahl (2010): *Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi*. København: Sundhedsstyrelsen.

Wacquant, Loïs J.D. (1995): Pugs at Work: Bodily Capital and Bodily Labour Among Professional Boxers. *Body and Society*, 1(1): 65 – 93.

Wadel, Cato (1991): *Feltarbejd i egen kultur*. Flekkefjord: Hegland Trykkeri A/S.

Wikan, Unni (1990): *Managing turbulent hearts*. Chicago: University of Chicago Press.

Willaing, Ingrid, Nanna Folman og Anne Birgitte Giselbæk (2005): *Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning. - En litteraturgennemgang med focus på metoder og effekter*. København: Videns- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen.

Willig, Rasmus (2008): Indledning. i Michael Hviid Jacobsen og Rasmus Willig (red.), *Anerkendelsespolitik*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Wilmsen, Edwin N. og Patrick McAllister (1996): *The Politics of Difference: Ethnic Premises in a World of Power*. Chicago: The University of Chicago Press.

Elektroniske kilder:

Diabetesforeningen. (2011): *Fakta om diabetes*.
http://www.diabetes.dk/Rundt_om_diabetes.aspx. (Hentet den 10/3 2011).

Eriksen, Eva. (2010): *DF: Kun danske statsborgere i ghettoer*.
<http://www.tv2east.dk/artikler/df-kun-danske-statsborgere-i-ghettoer>
(Hentet den 03/03 2011).

Folketinget (2010): *2010-11 L 53 Forslag til lov om ændring af lov om almene boliger m.v.*

http://www.ft.dk/dokumenter/tingdok.aspx?samling/20101/lovforslag/L53/som_vedta_get.htm (Hentet den 03/7 2011).

Jensen, Kathrine Nielsen (2011): Assimilering? Assimilation? Integration? i *DR Indland*.
<http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2011/03/09/102045.htm> (Hentet den 25/5 2011).

PTSD Foreningen (2011): *Symptomer*.
http://www.ptsdforeningen.dk/index.php?h_id=4&u_id=2 (Hentet den 18/3 2011).

Sundhedsguiden (2011): *Psykosomatiske sygdomme (Somatoforme sygdomme)*
<http://www.sundhedsguiden.dk/da/temaer/alle-temaer/psykologi-og-psykiatri/psykiske-forstyrrelser/psykosomatiske-sygdomme-%28somatoforme-sygdomme%29/> (Hentet den 8/5 2011).

Vaaben, Line (2011): Danmark har fået en assimilationsminister. i *Kristeligt Dagblad*,
<http://www.kristeligt-dagblad.dk/artikel/411211:Danmark--Danmark-har-faaet-en-assimilationsminister> (Hentet den 25/5 2011).