

Klassifikation og oplevelse af kronisk sygdom

Patientens møde med medicinsk teknologi – Vejen mod kronisk sygdom

Susanne Reventlow, Hans Lyng Jensen & Henrik Sångren

Kronisk sygdom er fokus for sundhedsvæsenets samlede indsats. En af udfordringerne er, at medicinsk teknologi skaber nye muligheder for påvisning af abnorme tilstande i kroppen. Artiklen beskriver og diskuterer brug af medicinsk teknologi og kategorisering af sygdom samt forholdet mellem medicinsk teknologi, kronisk sygdom og kvinders kropslige erfaringer. Artiklen er baseret på en kvalitativ empirisk undersøgelse, der undersøgte 60-70-årige kvinders opfattelser og erfaringer med osteoporose. Forholdet mellem teknologien og kroppen kan ses som en transformation, hvor kroppen såvel som kategorien kronisk sygdom bliver konstrueret på forskellige sociale arenaer. Teknologiens klassifikation af kronisk sygdom bliver en ny kontekst, som mange mennesker må forstå og erfare deres krop i. Artiklen viser eksempler på, hvordan lægfolks opfattelse af deres krop ændrer sig som følge af nye biomedicinske klassifikationer og diagnoser. Opfattelsen og oplevelsen af kropslige symptomer bliver et produkt af denne sociale teknologi udtrykt i nye sygdomserfaringer. Artiklen opfordrer til, at man i sundhedsvæsenet påtager sig et ansvar for at overveje brugen af medicinsk teknologi og formidlingen af denne viden, så den ikke skaber kronisk sygdom og skrøbelighed; men tværtimod handlemuligheder og bedre sundhed. Det er vigtigt, at læger går ind i en dialog med patienten om fortolkningen af den viden, der genereres af teknologien.

Indledning

Regeringens Sundhedsprogram fra 2002 har fokus på "de ikke-livstruende sygdomme" (Regeringen 2002), – de kroniske sygdomme, som folk må leve med resten af livet. I Sundhedsstyrelsens rapport om kronisk sygdom fra 2005 vurderes, at ca. en tredjedel (30-40%) af befolkningen, dvs. ca. 1.5 mio. personer lider af en eller flere kroniske sygdomme. (Sundhedsstyrelsen 2005). Kronisk sygdom karakteriseres i rapporten som en vedvarende tilstand med blivende følger og forandringer, som ikke kan helbredes, og som derfor kræver rehabilitering, langvarig behandling, kontrol og pleje (Sundhedsstyrelsen 2005). Denne beskrivelse af kronisk sygdom forholder sig ikke til, hvordan forandringer, som kategoriseres som kronisk sygdom, påvises, hvilket omfang forandringerne skal have for at kunne karakteriseres som kronisk sygdom. Ej heller hvordan forandringerne erfares af patienterne, eller hvordan de opstår.

Den øgede interesse for kronisk sygdom hænger blandt andet sammen med biomedicinens udvikling, som gennem de sidste 40-50 år har betydet, at stadigt flere mennesker kan diagnosticeres, behandles og rehabiliteres, men ikke helbredes. Mange lever derfor mange år med en kronisk sygdom. Kronisk sygdom kan opstå, når patienter overlever en akut sygdom, men stadig har vedvarende forandringer i kroppen. De kan også have sit udgangspunkt i den raske befolkning, der får påvist en sygdom ved screening eller som de selv lader sig undersøge for, fx osteoporose (knogleskørhed). Et vigtigt aspekt er her teknologiens mulighed for at påvise tilstande i kroppen (Featherstone 1995; Turner 1995), før de bliver mærkbare for personen (Kavanagh 1998) hvorved stadig flere mennesker vil blive diagnosticeret med kroniske forandringer i kroppen.

Artiklen vil beskrive og diskutere forholdet mellem medicinsk teknologi, der påviser forandringer i kroppen, klassifikationen af disse forandringer som sygdom og lægfolks oplevelser af dette. Osteoporose anvendes som eksempel på, hvordan helbred og sygdom af sundhedsvæsenet og andre bliver klassificeret ved hjælp af medicinsk teknologi, og hvorledes dette virker tilbage på de mennesker klassificeringen berører.

Artiklen er baseret på en kvalitativ, empirisk undersøgelse, der undersøgte 60-70-årige kvinders opfattelser og erfaringer med osteoporose (Reventlow 2006a; Reventlow 2006b). Undersøgelsens fokus var på oplevelsen og fortolkningen af risiko som et praktiseret socialt og kulturelt fænomen, og på hvordan opfattelsen af osteoporose skabes og afgrænses af de involverede kvinder (Reventlow 2007b). Den empiriske undersøgelse blev gennemført fra 1997 til 2001 og bygger på fokus-

gruppediskussioner med kvinder, der har kendskab til osteoporose og individuelle interviews med kvinder, der opfatter sig i risiko for osteoporose, heraf havde 16 kvinder personlig erfaring med en knogleskanning (Reventlow 2006b).

I artiklen beskrives først den biomedicinske diagnosekategori osteoporose, hvorefter der reflekteres over osteoporose og kategoriseringer af sygdom. Herefter beskrives på baggrund af den konkrete undersøgelse patientens møde med teknologien, og hvordan den enkelte kvinde, der kommer i berøring med en knogleskanning, forhandler spørgsmål om helbred i rummet mellem medicinsk teknologi, den medicinske viden og personens egne erfaringer og fortolkninger. Spørgsmålene der diskuteres er: Hvad er kronisk sygdom, og hvordan indvirker brugen af medicinsk teknologi på klassifikationen og oplevelsen af kronisk sygdom? Artiklens forfattere har en tværvideenskabelig baggrund og i almen praksis hvor brug af medicinsk teknologi og håndtering af patienter med kroniske sygdomme er et centrale aspekter af det daglige arbejde.

Den medicinske diagnose osteoporose

Osteoporose defineres inden for biomedicinen som en progressiv tilstand, hvor knoglemasse og knoglestyrke er nedsat i en sådan grad, at der kan opstå brud ved selv beskedne belastninger. Osteoporose betyder porøse knogler, og på dansk kaldes osteoporose knogleskørhed (Fødevarerdirektoratet / Sundhedsstyrelsen 2000; Munck 2002). Osteoporose og en nedsat knoglemasse giver ikke anledning til smerter. Smerter opstår ved brud, og da taler man om manifest osteoporose. De mest almindelige brud opstår i hånden, hoften og ryggen. Hoftebrud anses som de mest betydningsfulde på grund af deres medicinske komplikationer, de betydelige hospitalsomkostninger og de menneskelige lidelser i form af efterfølgende handicap der ofte er et resultat af bruddet.

Tidligere blev osteoporose først diagnosticeret efter brud; men WHO definerede i 1994 osteoporose som en sygdom, alene når den kunne påvises ved en knoglemineralmåling (WHO Study Group 1994). En knogleskanning måler knoglemineraltætheden og muliggør en visualisering af knoglestrukturen (oftest hoften eller ryggen). Knoglerne fremstår som en slags røntgenbillede. Resultatet bliver præsenteret både som et billede og i tal, der reflekterer indholdet af kalk i knoglerne. Disse tal bliver som regel markeret på en kurve på en skærm i sort og hvid eller i farver og kan sammenlignes med gennemsnittet inden for den samme aldersgruppe (Z-score) eller med gennemsnittet for unge, raske voksne (T-score).

Osteoporose

Når en knogleskanning (DXA-skanning) viser en værdi af knoglemassen, der er 2½ standarddeviationer (SD) under normalen for unge raske (T-score – et udtryk for knogletætheden), betragtes det som osteoporose (Munck 2002).

Blandt 60-årige kvinder er 10-års risikoen (incidensen) for at få et hoftebrud 2.3%; men har de osteoporose er risikoen (incidensen) 7.8%. (Kanis 2001). Det vil sige, at næsten 8 ud af 100 kvinder med osteoporose vil få et hoftebrud inden for en tidsramme på 10 år, medens 92 ikke vil.

Ifølge en vejledning for håndtering af osteoporose i klinisk praksis skal indsatsen overfor osteoporose først og fremmest rette sig mod at forebygge brud. Det er lægens opgave at tage stilling til, om det er indiceret at foretage en udredning for osteoporose, idet det pointeres, at en vurdering af patientens risiko for fremtidige brud er en forudsætning for at en relevant forebyggende behandling kan iværksættes (Munck 2002).

Skanningsresultatet (der angiver den objektive talværdi for knogletætheden) underlægges en subjektiv professionel fortolkning i forhold til relevansen for det enkelte individ udtrykt som brudrisiko – og en evaluering relateret og kommunikeret i lyset af individets medicinske historie, livsstil, familiehistorie etc. Det er ikke muligt at bestemme nøjagtigt, hvem der vil få et brud senere i livet, og hvem der ikke vil. Ifølge vejledninger er den vigtigste forebyggelse af osteoporotiske brud ikke medicinsk, men derimod en indsats overfor fysisk inaktivitet, kalk- og D-vitaminmangel, undervægt, rygning, stort forbrug af alkohol og sovemedicin samt forebyggelse af faldulykker. Supplerende medicinsk behandling kan overvejes hos personer med høj eller meget høj risiko for lavenergibrud i hofte eller ryg (Munck 2002).

Fænomenet osteoporose er derved, som beskrevet ovenfor, et eksempel på, hvordan ny teknologi, som beskrevet af Hacking, skaber nye måder for beskrivelser og klassifikationer af kropsfænomener, hvilke ofte efterfølges af nye muligheder for medicinsk intervention, f. eks. farmakologisk behandling (Hacking 1986). Teknologien omkring osteoporose kan således problematiseres ud fra både den medicinske vedtagne tolkning af påviste knogleforandringer og ud fra de valgte mål for forebyggelse og behandling af osteoporose. I det følgende vil vi se nærmere på nogle af problemerne.

Refleksion over brug af medicinsk teknologi, den biomedicinske diagnose osteoporose og kronisk sygdom

Anvendelsen af medicinsk teknologi er vokset markant (Kazanjian 1999) og kommer til at berøre et voksende antal mennesker (Getz 2003). Kategorisering ved hjælp af teknologien og de ændrede klassifikationer af kroniske sygdomstilstande får afgørende betydning for brug af teknologi, og hvordan sundhedsvæsenet og klinisk praksis forholder sig til og håndterer folks helbredsproblemer. I denne undersøgelse, hvor en knogleskanning kan vise blivende forandringer i knoglerne, opstår der behov for både en forebyggende og en behandlende indsats. Som et resultat af brugen af den medicinske teknologi, herunder også udvikling af nye former for medicin, ændres grænserne for det normale. Både diagnosekategorierne diabetes (sukkersyge), hypertension (blodtryksforhøjelse) og osteoporose viser eksempler på, hvordan den medicinske håndtering af disse tilstande har ændret sig (Getz 2003; Olivarius 2000).

I den medicinske håndtering af osteoporose er der inden for de sidste 30 år sket et skift i synet på brud: fra fokus på håndtering af brud til fokus på risikoen for brud (Green 1997), med et deraf følgende øget fokus på påvisningen af osteoporose. Den ændrede opfattelse af brud og osteoporose er således et eksempel på mere generelle ændringer af diskurser om risiko, forebyggelse og kroniske lidelser.

Skanningsbilledet er i den medicinske terminologi i virkeligheden en repræsentation og ikke en sygdom. Det er en markør for en risiko og en øget sandsynlighed for brud (Munck 2002). Alligevel beskrives og kategoriseres osteoporose som en folkesygdom (Grum-Schwensen 2004; Munck 2002; Ryg 2005) og som en sygdomstilstand (Kazanjian 1999). WHO har valgt sundhedspolitisk at definere osteoporose som en sygdom på baggrund af afvigelsen fra en idealværdi frem for det aldersrelaterede mål (WHO Study Group 1994). Ifølge WHO har 21% af gruppen af kvinder i alderen 60-69 år osteoporose et eller andet sted i kroppen jf. definitionen af osteoporose (WHO Study Group 1994). I 80-års alderen og derover har mere end 70% osteoporose (WHO Study Group 1994), og derved udfordres grænsen mellem aldring og sygdom. Når klassifikationen af osteoporose foretages ud fra den unge, raske knoglemasse og knoglemassen naturligt falder med alderen, vil alle, ved brug af den vedtagne klassifikation, få osteoporose med tiden, hvis de bliver gamle nok.

Knogleskanninger resulterer kun i befolkningsbaserede sandsynligheder for hændelser, ikke det skannede individs sandsynlighed for at udvikle knoglebrud (Marshal 1996). Vi ved fx at 63% af bruddene vil ske blandt kvinder, som ikke

ville blive identificeret ud fra en knoglemineralmåling, fordi også kvinder med en knoglemasse over den vedtagne laveste værdi, oplever knoglebrud (Sheldon 1992). Og selvom en person har nedsat knoglemasse, er det ikke sikkert, at personen vil få et brud (Marshall 1996; Sheldon 1992). Dette sætter spørgsmålstegn ved DXA-skanningens evne til at forudsige brud (Kazanjian 1999), og om den kan bruges til at kategorisere kronisk sygdom?

En diagnose er en abstraktion af virkeligheden, ikke virkeligheden selv. Dette gælder også for diagnosen osteoporose. Når det gælder fænomenerne knoglebrud og osteoporose, sker der et skred fra opfattelsen af, at kroppen befinder sig i en risikosituation for brud til en kategorisering af osteoporose som egentlig sygdom. Klasifikation af en kronisk sygdom dækker både de med osteoporose og en let forhøjet sandsynlighed for brud, og de, der har manifest tegn på osteoporose med brud.

Den teknologiske undersøgelse forstærker samtidig forestillingen om, at kroppen kan måles mod normer og standarder (Foucault 1980; Hacking 1990; Rhodes 1999), og resultatet af en knogleskanning bliver derved brugt i konstruktionen af mere eller mindre stereotype forestillinger om kronisk sygdom, risiko og normalitet.

Mødet med den medicinske teknologi – når det usynlige gøres synligt

Kvinderne i undersøgelsen var blevet undersøgt på forskellige afdelinger og havde forskellige årsager til at medvirke til undersøgelsen. De var alle interesserede i at kende deres knoglestatus, ligesom de havde tillid til undersøgelsen og dens resultater (Reventlow 2006b). Kvinderne refererede til det, de kunne huske fra undersøgelsen. Ingen kunne dog huske noget om deres resultat angivet i tal; men de kunne huske, og de fortolkede på den visuelle fremstilling af deres resultat på en graf (Reventlow 2001; Reventlow 2006b).

Der var flere variationer i kvindernes fortolkninger af resultatet. Det at være placeret på den nederste del blev af mange sat lig med at have en nedsat knoglemasse og dermed have osteoporose. Nogle fortolkede resultater placeret i midten som en angivelse af, at deres knogler kun har halvdelen af det kalk, de burde indeholde. Eller resultatet blev fortolket som en angivelse af den hastighed, hvormed kalken sivede ud af knoglerne (Reventlow 2006b). Tal og figurer blev fortolket på forskellig vis af forskellige personer (Reventlow 2006b).

Ifølge Bruner kommer erfaringer ikke kun gennem sproget, men også i form af billeder og indtryk (Bruner 1986). Når kvinderne møder den medicinske teknologi i form af en knogleskanning, får det usagte, det de fornemmer, det de føler og de dele af undersøgelsen, som de selv kan følge med i, således stor betydning for de-

res erfaringsdannelse. Det afgørende for deres opfattelse er deres forestilling om deres position i relation til grænserne for normalitet (Adelswärd 1996)

Knogleskanningen blev et omdrejningspunkt for mange kvinders vurdering af deres krop og helbred (Griffiths 2005; Reventlow 2006b). Den viden om knoglerne, som skanningsbilledet repræsenterer, blev fortolket som en direkte repræsentation og et konkret billede af, hvordan kvindernes knogler havde det (Reventlow 2001; Reventlow 2006b). Både forestillingerne og kvindernes forventninger til skanningen knyttes til viden om andre lignende procedurer som fx røntgen (Richardson 2002) og til forestillingen om, at teknologien kunne give et klart og entydigt billede af knogler, der er blevet mindre tætte (Green 2006). Kroppen bliver ved brug af den medicinske teknologi forstået som et objekt med et indre rum, der (kun) kan erkendes ved brug af de visuelle metoder (Foucault 1973; Good 1994; Rhodes 1999). I en undersøgelse af patienter med kroniske rygsmerter angav patienterne tilfredshed, når deres symptomer blev bekræftet ved røntgen; mens det skabte frustration og en følelse af, at smerterne ikke var rigtige, hvis røntgen ikke viste en objektiv realitet af smerterne i kroppen (Rhodes 1999). Brug af skanningsteknologien styrker den medicinske opfattelse af, at sygdomme er lokaliseret i specifikke organer, her knoglerne. Sygdommen er her ikke nødvendigvis mærkbar for patienten, men visualiseres med medicinsk teknologi. Herved understøttes den kulturelle antagelse knyttet til visuel medicinsk teknologi som visende sandheden. Den direkte følge er at patientens oplevelse og sansninger tillægges mindre betydning i forhold til hvad der kan klassificeres som sygdom (Reventlow 2007b).

Osteoporose, forestillingsbilleder og kropslige opfattelser

Bevidsthed om en lav knoglemasse og forestillinger om osteoporose som lokaliseret i knoglerne indvirkede på kvindernes opfattelse af deres krop (Reventlow 2001; Reventlow 2006b; Reventlow 2007a). Et mærke på en kurve og den kulturelle fortolkning af betydningen af dette blev knyttet til og omformet til en forståelse af deres kroppe som værende syge og skrøbelige. Kvinderne trak på erfaringer med personer, der har tydelige tegn på osteoporose samt en række forestillingsbilleder, når de beskrev deres opfattelse af osteoporose (Reventlow 2006a). Denne opfattelse blev i høj grad knyttet til stereotyper (ældre kvinder med specifikke fysiske tegn – spinkelt bygget og faldet sammen i ryggen) (Reventlow 2006a), hvilket betød at osteoporose og en nedsat knoglemasse blev associeret til vedvarende forandringer i kroppen og kronisk sygdom.

Udtryk som "kalken siver ud af knoglerne" indikerede kvindernes opfattelse af, at et skelet med osteoporose, er et skelet under nedbrydning. Osteoporotiske knogler blev beskrevet som porøse eller gjort af et smuldrende materiale, der meget let går i stykker. Forestillingsbilleder, der knyttes til skanningsresultatet, og til kvinder, der har osteoporose og osteoporotiske knogler giver kvinderne et konkret billede af osteoporose og bevirker samtidig, at de kvinder, der havde fået konstateret en nedsat knoglemasse, opfatter sig selv som skrøbelige. Eftersom forandringerne blev set som blivende og uoprettelige, blev konklusionen, at kroppens skelet har et kronisk problem. Mange af kvinderne i undersøgelsen antog, at knogler med osteoporose havde svært ved at gro sammen efter et brud. Kvinderne forstod således det abstrakte fænomen osteoporose som en meget konkret og vedvarende tilstand i knoglerne (Reventlow 2006b).

En asymptomatisk tilstand med symptomer

Samtidig med at kvinderne omtalte osteoporosen som usynlig, oplevede de en række symptomer, som de nu tilskrev osteoporose, selv om det er fastslået, at osteoporose i sig selv ikke giver smerter eller andre symptomer. På samme måde finder andre undersøgelser, at smerter og osteoporose kobles sammen (Rimes 1999). Empirisk viste undersøgelsen, at knogleskanningens resultater ikke alene formede forestillingen hos kvinderne; dens resultater oplevedes som en konkret kropslig erfaring og betød, at kvinderne viste kroppen større opmærksomhed. Når kvinderne mærkede noget i deres ryg, rettede de deres opmærksomhed mod det specifikke sted i ryggen, der gjorde ondt. En kvinde fortalte fx, at hun holdt op med at gøre rent eller skifte sengetøj, når hun kunne mærke smerter i ryggen. Smerterne bragte hende i tvivl om, der var sket en forværring i osteoporosen (Reventlow 2005; Reventlow 2007a). Den opmærksomhed, der plejede at vende sig udad, begyndte at vende sig indad ved at fokusere på, hvad der skete inde i kroppen (Leder 1990).

Både i denne og i andres undersøgelser anvender lægfolk ofte gigtlidelser og nu også osteoporose som årsagsforklaringer til symptomer i skelettet (Gerend 2006; Reventlow 2005; Reventlow 2006a; Richardson 2002). Så godt som alle kender til smerter i muskler, led og ryg, men efter påvisning af en nedsat knoglemasse tolkede kvinderne ofte smerter fra skelettet som osteoporose (Reventlow 2001). Dette skete også retrospektivt, hvor kvinder efter påvisning af en nedsat knoglemasse overvejede, om også tidligere smerter kunne knyttes til osteoporose (Reventlow 2001). De forsøgte at knytte tidligere kropslige erfaringer til den ny viden om osteoporose. Dette fænomen kan forklares ved, at den teknologiske viden om kroppen

opfattes som visende kroppens tilstand; men det er også et udtryk for, at kategorien sygdom stadig knyttes til tilstedeværelsen af symptomer. Smerter er en hverdagserfaring, der udspringer af kropslige erfaringer og de emotionelle måder at være til på. Et symptom er ifølge Rudebeck ikke et evident udtryk for sygdom, men det er en kropslig erfaring, som kan være et udtryk for sygdom (Rudebeck 1992). Kleinman argumenterer på lignende måde i sin forskning, at tilstedeværelsen af fornemmelser i kroppen er kulturelt medieret, og at fortolkningen af symptomer og tegn fra kroppen er accepterede former for viden om kroppen, selvet og deres relationer (Kleinman 1991).

Ændret adfærd og kropspraksis – over tid

Undersøgelsen viste, at knogleskanningen og den teknologiske viden påvirkede fortolkningen af symptomer og adfærd hos de kvinder, som opfattede at de havde en nedsat knoglemasse. Et tilbagevendende spørgsmål for kvinderne var: hvad kan kroppen holde til? (Reventlow 2007a). Hos nogle medførte det, at de begyndte at passe bedre på deres krop, ikke kun ved at tage medicin og kosttilskud, men også ved at begrænse deres adfærd og kropslige udfoldelser. Skanningen påvirkede således ikke alene deres antagelser om svaghed, men også deres oplevelse af den. Oplevelsen af knogleskanningen sætter en ramme om fortolkningen og opfattelsen af kroppen som rask eller syg. Dette ændrer sig imidlertid over tid – andre perspektiver og forhold i livet og nye erfaringer integreres og ændrer på opfattelsen af tilstanden i kroppen og kroppens tilstand.

Opfattelsen af kroppen med osteoporose blev for nogle af kvinderne ændret fra en opfattelse af at have en kronisk sygdomstilstand til en opfattelse af at have en risikotilstand, der kan give helbredsproblemer længere ude i fremtiden. I undersøgelsen viste dette sig ved, at nogle af kvinderne over tid erfarede deres egen krop på en ny måde, fx hvis de erfarede, at de ikke brækkede noget ved et fald på cykel (Reventlow 2007a). De stillede spørgsmål til den forståelsesramme af deres knogler, som de fik igennem knogleskanningen (Reventlow 2006b; Reventlow 2007a). Kvinderne ændrede praksis bl.a. ved at turde bruge kroppen mere ((Reventlow 2007a). Ved brug af kroppen oplevede kvinderne, at de kunne udføre aktiviteter, de ellers ikke troede deres knogler kunne holde til – *uden der skete noget* – de blev derved bestyrket i, at deres knogler var stærkere, end de troede og ikke så syge (kronisk syge) som først antaget (Reventlow 2007a).

Kropspraksis som knyttet til den konkrete oplevelse af kroppen med osteoporose, skal ses i forhold til de sammenhænge kvinden indgår i. Ifølge Gannik

begrebsliggøres sygdom mindre i forhold til det, der sker i kroppen, og mere som noget, der udfolder sig igennem en persons erfaringer af sansninger i serier af situationer (Gannik 1995; Gannik 1999). Kvindernes oplevelse af deres krop med osteoporose ændres efterhånden som nye erfaringer integreres afhængig af tid, sted og situation.

Social teknologi og udformningen af kroppen imellem normalitet og kronisk sygdom

Skabelsen af viden om knoglerne ved en skanning beskriver ikke kun et biomedicinsk problem; men sætter også bestemte rammer for forståelsen af bestemte livssituationer, og det, der er værd at gøre og stræbe efter inden for disse (Jöhncke 2004). Ifølge Mol er viden en social praksis (Mol 2000), hvor den skaber nye måder at forstå kroppen på. Knogleskanningen kan derfor ses som en social teknologi, der med til at forme kvindernes forestillinger om risiko og den normale såvel som den afvigende og/eller syge eller kronisk syge krop.

Medicinsk repræsenterer knogleskanningen en anatomisk forståelse af skelettet. Kvinderne ser deres knogler som knoglemassekonstruktioner, og de mener, at teknologien visualiserer eventuelle ændringsprocesser i 'knoglebygningen'. Knogleskanningen ikke alene medførte forestillinger om kroppen, men skabte kropslige erfaringer (Reventlow 2006b). Billedteknologien, som knogleskanningen repræsenterer, kan derved forandre måden som personen definerer og relaterer sig til sin egen krop, til andre og til sit liv i fremtiden på. Den medicinske teknologi, fortolkningen af denne og de forestillinger, som den sætter i gang, kan få afgørende indflydelse på folks liv.

Selvom sundhedsvæsenet kategoriserer osteoporose (og andre tilstande som forhøjet kolesterol og et let til moderat forhøjet blodtryk) som kronisk sygdom, opleves disse tilstande ofte af de involverede patienter som tilstande af hverken rigtig rask eller rigtig syg (Leder 1990; Gifford 1986; Sachs 1995). I denne undersøgelse, hvor nogle kvinder beskriver, hvordan den teknologiske viden også får indflydelse på deres adfærd, kan det ifølge Leder beskrives som at befinde sig i et dysfunktionerende stadium. Teknologiens klassifikationer af kronisk sygdom bliver en ny kontekst, som mange mennesker må forstå og erfare deres krop i, og er et eksempel på, hvordan lægfolks opfattelse af deres krop ændrer sig som følge af nye biomedicinske klassifikationer og diagnoser. Opfattelsen af kropslige symptomer bliver et produkt af denne sociale teknologi og udtrykkes som nye sygdomserfaringer.

Viden bliver praktiseret i sociale relationer. Kvindernes opfattelse af osteoporose bliver bestemt af mange forskellige forhandlinger påvirket af et bredt udvalg af aktører i forskellige sociale situationer og omfatter en del tavs viden om, hvordan skanningsresultatet aflæses og forstås (Reventlow 2006b). Undersøgelsen viser, at fortolkning af helbred, sygdom og risiko er en dynamisk proces, hvor nye erfaringer bliver integreret og derved forandres opfattelsen. Lægviden om osteoporose bliver derved konstrueret som en relationel praksis, udformet af kulturelle billeder og kropslige erfaringer. Undersøgelsen viser endvidere, at forestillinger og fortolkninger medfører afledte store konsekvenser, som synes at ligge langt udenfor, hvad biomedicinen kan stå inde for.

Viden om sygdom og helbredsrisici bliver produceret i samfundet, mellem professionelle, i det kliniske møde og i private hjem. Viden er produktet af social interaktion (fx i skanningssituationen, eller som det der sker i en lægekonsultation). Viden er ikke universel, heller ikke den viden der fremkommer af nærværende undersøgelse. Andre undersøgelser viser, at ikke alle mennesker vil deltage i undersøgelser, der kan påvise forandringer i kroppen (Nielsen 2004). Viden formidles på mange måder, og i denne artikel kunne der peges på vigtigheden i at forstå de processer, hvor udformningen af kronisk sygdom finder sted. Viden forbliver heller ikke statisk, men er genstand for forandring, og betydninger bliver forhandlet og modificeret gennem fortolkningsprocesser, når mennesker tager de begreber, de møder, i anvendelse på deres egne betingelser.

Konklusion og perspektivering: Medicinsk teknologi og diagnosen kronisk sygdom

Artiklen viser at en teknologisk undersøgelse af kroppen ikke er en ligegyldig hændelse. Den aktiverer forestillinger om kroppen, fortolkninger, opfattelser og symptomer, og den giver anledning til klassificering af kropslige tilstande som sygdom. Sygdomskategorier og afgrænsning af kronisk sygdom, både i den medicinske forståelse og i folks bevidsthed, ændrer sig. Forholdet mellem teknologien og kroppen kan ses som en transformation, hvor kroppen, både fysisk og kulturelt, bliver konstrueret på forskellige sociale arenaer. I denne undersøgelse trækker lægfolk på den medicinske diskurs om osteoporose som sygdomskategori for at sætte standarder for den normale krop. Medicinsk teknologi opfattes som det redskab, som kan påvise vedvarende forandringer i kroppen, og derved kan teknologien udskille de patienter, der fremover dømmes til kronisk sygdom.

Den teknologiske viden bliver den kontekst, som det enkelte menneske definerer og oplever sit helbred i. Individets egen mulighed for at vurdere kroppens helbred tillægges ikke samme betydning. Den teknologiske viden kan bringe patienten i tvivl om eget helbred. Er jeg rask eller kronisk syg? Derved undermineres den enkeltes selvtillid og egenvurdering; man må forlade sig på medicinsk teknologi.

Forfatternes baggrund i almen praksis har samtidig haft afgørende indflydelse på, hvilke implikationer, vi yderligere mener, kan fremhæves på baggrund af artiklens refleksioner over forholdet mellem medicinsk teknologi, klassifikation af kropslige forandringer som sygdom og lægfolks oplevelser af disse. Artiklen peger på, at når der informeres om teknologisk viden og usynlig sygdom, eller patienten selv tager det op, så ved hverken patienten eller lægen, hvad der sættes i gang, eller om personens helbred påvirkes i rigtig retning, – som jo er den medicinske intention med at informere om og undersøge for helbredsrisici og sygdomstegn. På den baggrund er det vigtigt, at man i sundhedsvæsenet påtager sig et ansvar for at overveje brugen af medicinsk teknologi og formidlingen af denne viden, så den ikke skaber kronisk sygdom og skrøbelighed; men tværtimod handlemuligheder og bedre sundhed. Det er afgørende, at læger og repræsentanter for sundhedsvæsenet går ind i en dialog med patienten om fortolkningen af den viden, der genereres af teknologien. Mange misforståelser kunne formentlig undgås eller reduceres gennem dialog og vejledning.

Almen praksis har i de sidste årtier været præget af en tænkegang og et holdningsskifte, hvor det er fastslået, at de praktiserende læger skal praktisere ud fra et patientorienteret syn. Dette indebærer, at lægen tillægger patientens udsagn, opfattelse og forventninger stor betydning i hele konsultationsforløbet. Selvvurderet helbred er en vigtig del af patientens samlede sundhed. Den øgede brug af teknologi påvirker faget og patientens beslutningsevner på en række afgørende måder. Vi har vist, at anvendelsen af de teknologiske undersøgelsesresultater skaber problemer, når de overlades til patientens frie forestillinger og fortolkninger, og vi mener, der kan drages fordele af de teknologiske muligheder gennem en forståelsesproces sammen med egen læge.

Det er i denne dialog, at patientens tiltro til egen vurdering skal styrkes, og det er også her, at teknologien kan blive til gavn for patientens helbred og sundhed.

Patientens egenvurdering og anvendelsen af den medicinske teknologi må ikke fremstilles som modsætninger, men som mulige samarbejdsrelationer og slet ikke som ulykkelige glidebanescenarier. Det vil ikke ske, såfremt man i almen praksis sammen med patienterne finder ud af, hvordan de teknologiske muligheder kan anvendes til gavn for patienten.

Litteraturliste

- Adelswård, Viveka & Lisbeth Sachs 1996 The Meaning of 6.8: Numeracy and Normality in Health Information Talks. In: *Soc Sci Med* 43 (8): 1179-1187.
- Bruner, Edward M. 1986 Experience and Its Expressions. In: Turner, Victor W. (red.) *The Anthropology of Experience*. Urbana: University of Illinois Press.
- Featherstone, M. & R. Burrows 1995 Cultures of technological embodiment: an introduction. In: *Body & Society* 1: 1-19.
- Fødevaredirektoratet / Sundhedsstyrelsen 2000 *Osteoporose. Forebyggelse, diagnostik og behandling [Osteoporosis. Prevention, diagnosis, and treatment]*. København:
- Foucault, M. 1973 *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Tavistock.
- Foucault, M. 1980 Body/Power. In: Gordon, C. (red.) *Power/Knowledge*. N.Y.: Pantheon Books.
- Gannik, D.E. 1999 *Situationel sygdom [Dissertation]*. København: Samfundslitteratur.
- Gannik, D.E. 1995 Situational disease. In: *Family Practice* 12 (2): 202-206.
- Gerend, Mary A., Mindy J. Erchull, Leona S. Aiken et al. 2006 Reasons and risk: Factors underlying women's perceptions of susceptibility to osteoporosis. In: *Maturitas* 55 (3): 227-237.
- Getz, L., J.A. Sigurdsson, I. Hetlevik 2003 Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? In: *British Medical Journal* 327 (7413): 498-500.
- Gifford, S.M. 1986 The meaning of Lumps: A Case Study of the Ambiguities of Risk. In: Janes, C. R. (red.) *Anthropology and Epidemiology*. Dordrecht: Reidel.
- Good, B.J. 1994 *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Green, Ellen & Frances Griffiths 2006 *Are my bones normal Doctor? The role and perception of health technologies in managing risk and uncertainty for mid-life women. (Internet communication)*. <http://www.socresonline.org.uk/11/4/green.html> .
- Green, J. 1997 *Risk and Misfortune. The Social Construction of Accidents*. London: UCL Press.
- Griffiths, F., E. Green, M. Tsouroufli 2005 The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. In: *British Medical Journal* 330 (7490): 511.
- Grum-Schwensen, Tomas Andreas, Bo Zerahn, Gunnar Schwarz Lausten et al. 2004 Hyp-pigheden af osteoporose hos kvinder i alderen 50-80 år med fractura Collesii. In: *Ugeskrift for Læger* 166 (7): 583-586.
- Hacking, Ian 1990 *The Taming of Chance. (Ideas in context)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hacking, Ian 1986 Making up People. In: Heller, T. (red.) *Reconstructing Individualism. Autonomy, Individuality, and the Self in Western Thought*. Stanford: Stanford University Press.
- Jöhncke, Steffen et al. 2004 Løsningsmodeller: Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt. In: Hastrup, Kirsten (red.) *Viden om verden*. København: Hans Reitzels forlag.
- Kanis, J.A., O. Johnell, A. Oden et al. 2001 Ten year probabilities of osteoporotic fractures according to BMD and diagnostic thresholds. In: *Osteoporosis International* 12: 989-995.
- Kavanagh, Anne M. & Dorothy H. Broom 1998 Embodied Risk: My Body, Myself? In: *Soc Sci Med* 46 (3): 437-444.
- Kazanjian, A., C.J. Green, K. Bassett et al. 1999 Bone mineral density testing in social context. In: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 15 (4): 679-685.

- Kleinman, A. & J. Kleinman 1991 Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 15 (3): 275-301.
- Leder, Drew 1990 *The Absent Body*. Chicago: Chicago University Press.
- Marshall, D., O. Johnell, H. Wedel 1996 Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. In: *British Medical Journal* 312 (7041): 1254-1259.
- Mol, A. 2000 Pathology and the clinic: an ethnographic presentation of two atheroscleroses. In: Lock, M. (red.) *Living and working with the new medical technologies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Munck, Anders & Bjørn Krølner & Ellen Noe-Nygaard et al. 2002 *Klinisk vejledning. Osteoporose i almen praksis med fokus på forebyggelse af frakturer hos ældre [Clinical Guideline. Osteoporosis in general practice with focus on prevention of fractures among the elderly]*. København: DSAM / TPL.
- Nielsen, K.D., L. Dyhr, T. Lauritzen et al. 2004 You can't prevent everything anyway: a qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice. In: *Family Practice* 21 (1): 28-32.
- Olivarius, Niels de Fine 2000 Diagnose- og behandlingsdilemmaer ved type 2-diabetes. In: *Ugeskrift for Læger* 162 (15): 3569-3572.
- Regeringen 2002 *Sundt hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. Regeringen.
- Reventlow, S. & H. Bang 2006a Brittle Bones: Aging or threat of disease. Exploring women's cultural models of osteoporosis. In: *Scand J Public Health* 34 (3): 320-326.
- Reventlow, S., A.C. Hvas, C. Tulinius 2001 "In really great danger..." The concept of risk in general practice. In: *Scand J Prim Health Care* 19 (2): 71-75.
- Reventlow, S., L. Hvas, K. Malterud 2006b Making the invisible body visible. Bone scans, osteoporosis and women's bodily experiences. In: *Soc Sci Med* 62: 2720-2731.
- Reventlow, S. & C. Tulinius 2005 The doctor as focus group moderator – shifting roles and negotiating positions in health research. In: *Family Practice* 22 (3): 335-340.
- Reventlow, S.D. 2007b *Risikoopfattelse og osteoporose hos kvinder i alderen 60-70 år. En kvalitativ undersøgelse af risikooplevelse, kulturelle forestillinger, kropslige opfattelser og kropspraksis [Doctoral thesis]*. København: Forskningsenheden for Almen Praksis.
- Reventlow, S.D. 2007a Perceived risk of osteoporosis: Restricted physical activities? In: *Scand J Prim Health Care* 25 (3): 160-165.
- Rhodes, L.A., C.A. McPhillips-Tangum, C. Markham et al. 1999 The power of the visible: the meaning of diagnostic tests in chronic back pain. In: *Stofskifte.Tidsskrift for antropologi* 48 (9): 1189-1203.
- Richardson, J.C., A.B. Hassell, E. M. Hay et al. 2002 "I'd rather go and know": women's understanding and experience of DEXA scanning for osteoporosis. In: *Health Expectations* 5 (2): 114-126.
- Rimes, K.A., P.M. Salkovskis, A. J. Shipman 1999 Psychological and behavioural effects of bone density screening for osteoporosis. In: *Psychology and Health* 14 (4): 585-608.
- Rudebeck, C.E. 1992 General Practice and the Dialogue of Clinical Practice. In: *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 10 (suppl 1): 1-88.
- Ryg, Jesper, Nis Nissen, Dorthe Nielsen et al. 2005 Patienters og befolkningens viden om osteoporose. In: *Ugeskrift for Læger* 167 (3): 282-285.

- Sachs, L. 1995 Is there a pathology of prevention? The implication of making the invisible visible in screening programs. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 19: 503-525.
- Sheldon, T.A., N. Freemantle, S. Ibbotson et al. 1992 Population screening for osteoporosis to prevent fractures. In: *Qual Health Care* 1 (1): 77-80.
- Sundhedsstyrelsen 2005 *Kronisk Sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Turner, B.S. 1995 *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage Publications.
- WHO Study Group 1994 *Assessment of Fracture Risk and its Application to Screening for Postmenopausal Osteoporosis*. Geneva: World Health Organization.

Tak til Professor Kirsti Malterud og praktiserende læge, seniorforsker Lotte Hvas for inspirerende diskussioner og bidrag til artikler der ligger forud for denne artikel.