

# Krop og teknologi

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 11, 2009

# Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 11: *Krop og teknologi*

© 2009 forfatterne og udgiverne.

## Redaktion:

Mette Bech Risør (ansv.), Forsningsklinikken for Funktionelle Lidelser, Århus Sygehus.  
Torsten Risør, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.  
Gitte Wind, VIA University College, Århus  
Lotte Meinert, Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet.  
Marianne Rosendal, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.  
Peter Vedsted, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.  
Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet.  
Susanne Reventlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet

*Peer review* foretages af et tværvidenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer og sociologer.

*Proof:* Thomas Christian Mikkelsen.

*Layout og prepress:* Jens Kirkeby, Aarhus Universitet, Moesgård.

*Tryk:* Werks Offset, Højbjerg.

## Udgiver:

Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum,  
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg.

## Bestilling, abonnement, henvendelser og hjemmeside:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund.  
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg  
Onsdag kl. 12.00-15.00, tlf. 89424597, email: sygdomogsamfund@hum.au.dk  
www.sygdomogsamfund.dk

ISSN: 1604-3405

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Aarhus Universitets Forsknings Fond  
samt fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation.

## Formål:

*Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* er et tværfagligt tidsskrift, der tager udgangspunkt i medicinsk antropologi. Tidsskriftet har til formål at fremme og udvikle den forskning, der ligger i grænsefeltet mellem sundhedsvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab. Tidsskriftets målsætning er at fungere som et forum, hvor disse fag kan mødes og inspirere hinanden – epistemologisk, metodisk og teoretisk – i forskellige forskningssammenhænge. Tidsskriftet formidler den debat og teoretiske udvikling, der foregår i de voksende faglige samarbejds- og forskningsinitiativer, der udspringer af dette grænsefelt. Tidsskriftet henvender sig til alle med interesse for forskning i sygdom og samfund og i særlig grad til sundhedsmedarbejdere i forsknings- og undervisningssammenhæng med forbindelse til tværfaglige miljøer. .

## Aims and scopes

The Journal for Research in Sickness and Society is an interdisciplinary journal which has a theoretical background in medical anthropology. The aim and purpose of the journal is to promote and develop research in the borderland between the health sciences and the humanities/the social sciences. The goal of the journal is to function as a forum in which these disciplines may meet and inspire each other – epistemologically, methodologically and theoretically. The journal conveys the debate and theoretical development which takes place in the growing collaboration and research initiatives emerging from this borderland. The journal addresses all with an interest in research in sickness and society and especially health professionals working with education and/or research in interdisciplinary institutions.

# Indhold

*Tine Tjørnhøj Thomsen*

Introduktion 5

*Bjørn Hoffmann*

Teknologi skaber sygdom: Om teknologi, sygdom og verdier 13

*Anja Bornø Jensen*

Mistede liv og nye chancer:

Kropsdelenes komplekse sociale betydninger i organdonationsfeltet 31

*Klaus Høyer*

Regulering af knogletransplantation:

Overvejelser om en teknologis moralske, politiske og økonomiske aspekter 51

*Stinne Aaløkke Ballegaard & Rikke Aarhus*

Teknologiers mellemkomst i ambulante behandling og egenomsorg:

med fokus på gravide kvinder med diabetes 71

*Inger Kryger Pedersen*

I grænselandet mellem optimering og helbredelse.

Alternativ behandling som medicinsk forbedringsteknologi 87

*Elisabeth Bomholt Østergaard*

Screening: En mulighed versus en risiko 105

*Henrik Sångren*

Den store blå bølge og den lille angst 119

*Abstracts in english* 131

*Forfatterliste* 135

# Screening: En mulighed versus en risiko

Elisabeth Bomholt Østergaard

---

VIA University college, Århus, [ebo@viauc.dk](mailto:ebo@viauc.dk)

Østergaard, E. B. (2009). Screening: En mulighed versus en risiko. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 11, 105-118

*I denne artikel udforskes og diskuteres screenings mulige implikationer for individer og samfund – her med udgangspunkt i screening for brystkræft, livmoderhalskræft, forhøjet kolesterol og knogleskørhed. Der fokuseres på screenings mulige betydninger for følelsen af krop og selv med henblik på at diskutere, hvilken rolle screening kan have set i et forebyggelses- og sundhedsfremmeperspektiv. Formålet med artiklen er at skabe diskussion om screenings positive og negative betydninger. I artiklen argumenteres for at screening udover at redde liv og give tryghed også medvirker til usikkerhed og ængstelse. Derudover kan screening muligvis medvirke til risikotænkning, afhængighed af eksperter og til at kropslige signaler overhøres. Screening er en forbyggende foranstaltning der ikke nødvendigvis giver mulighed for et sundt liv. Artiklen foreslår at fokus på kropsbevidsthed styrkes i takt med, at antallet af screenings stiger – samt bidrager til diskussionen om det etisk forsvarlige i, at raske mennesker i stigende grad screenes for mulige fremtidige sygdomme.*

Alene meddelelsen om, at man havde fundet forhøjede tal, kunne føre til dyb ængstelse og i et enkelt tilfælde faktisk til ren og skær dødsangst, og det påvirkede

helt tydeligt mændenes liv og almene velbefindende. I nogle tilfælde syntes de forhøjede tal derimod ikke at udgøre nogen trussel (Sachs 1999:30).

Således giver antropologen Lisbeth Sachs os et indblik i hvordan tolv raske, svenske, fyrrårigke mænd der deltog i et screeningsprogram for forhøjet kolesterol, modtog meddelelsen om forhøjede værdier. Mændenes reaktioner illustrerer en tilstand vi alle har mulighed for at erkende: Jeg er hverken syg eller rask – jeg er potentielt syg.

Ifølge en opgørelse fra 1998 eksisterede der dengang ca. 35 screeningsmuligheder i Danmark; der kommer flere og flere til, og der er grund til at antage, at screeningsprogrammer fortsat bliver mere udbredte (Det Ethiske Råd 1999; Lunde 1998). Der foreligger i dag internationale anbefalinger vedrørende screening for kræftsygdommene livmoderhalskræft, brystkræft og tarmkræft (Sundhedsstyrelsen 2008). I Danmark er der indført livmoderhalskræftscreening i hele landet; og brystkræftscreening til kvinder i aldersgruppen 50-69 år har gennem flere år været gennemført i Fyns amt, Københavns kommune og Frederiksberg kommune, og er under indførelse i flere amter (ibid.). Screening for tarmkræft er ikke indført i Danmark, men anbefales indført gradvist for aldersgruppen 50-75 (ibid.). Andre eksempler på screening af individer i Danmark er regelmæssigt tandeftersyn, screening af gravide for sukkersyge, fosterdiagnostik, screening af bloddonorer for HIV og screening af børn (fx BOEL-prøve af småbørn og motorisk screening i indskolingen) - og som et eksempel fra pressen: en opfordring fra læger til rygere og eks-rygere over 40 år om at blive screenet for rygerlunger (Ritzau 2005).

De åbenlyse fordele ved og formålet med screening er at forebygge at en sygdom udvikler sig eller at finde en sygdom på et så tidligt tidspunkt i dens udvikling, at den er nemmere at behandle eller kan behandles med et bedre resultat, så chancerne for helbredelse øges (Det Ethiske Råd 1999). Og netop på grund af det godgørende formål om at helbrede og bevare sundhed er det ifølge sociologen Deborah Lupton (1993) svært at udfordre screening. Da screening nødvendigvis involverer mange mennesker for at afsløre og kontrollere anormalitet hos få, er det relevant at udforske, hvilke betydninger screening kan have for mennesker og samfund.

Gøtzsche & Nielsen konkluderer i et Cochrane review (2006) at chancen for at en kvinde vil have gavn af at deltage i screening for brystkræft er meget lille og betydelig mindre end risikoen for at den gør skade. Ud af hver 2000 kvinder, inviteret til screening gennem 10 år, vil én få sit liv forlænget, og ti raske kvinder, som ikke ville være blevet diagnosticeret hvis der ikke havde været screening, vil blive

diagnosticeret som brystkræftpatienter og blive behandlet unødigt. Screening fører til overdiagnosticering og overbehandling.

Det Ethiske Råd (1999) anbefaler at der tilvejebringes viden om de sociale og psykiske virkninger af at deltage i screeningsprogrammer. Disse anbefalinger er i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 1990, som dog ikke har haft nævneværdig gennemslagskraft (ibid.). Antropologen Patricia Kaufert (2000: 181) fremfører "But the unanswered question is what does screening do by changing our sense of the body and the self, by introducing us to fear?".

### *Indrestyring og ydrestyring*

Kan screening skabe tvivl om man som individ kan stole på egen krop? Kaufert (2000) fokuserer på screening for livmoderhalskræft og brystkræft; to screeninger som hun ser som primitive prototyper på, hvad fremtiden vil bringe. Som medlem af en canadisk komite der skulle planlægge implementeringen af et screeningsprogram for brystkræft, blev det via de tværfaglige diskussioner klart for Kaufert, at screening ikke kun handler om folkesundhed. Screening symboliserer også en filosofisk og historisk konstrueret refleksion over et bestemt syn på sundhed og sygdom og især et helt bestemt syn på kvinder og kvinders kroppe, hvor den kvindelige krop defineres som et objekt, der har et konstant behov for undersøgelse, vurdering og opsyn – en krop der skal screenes. Og ifølge Kaufert (2000) er det en udbredt og litteraturunderstøttet opfattelse at når kvinder selv kan se, mærke eller fornemme 'noget' i egen krop, da er det for sent.

I det følgende perspektiveres dette behov for overvågning af kroppen med familierapeuten Jesper Juuls begreber: indre- og ydrestyring, samt fysioterapeut Anne Shumway-Cook og fysioterapeut og cand.pæd. Astrid Scheibels beskrivelser af indre og ydre feedback.

Juul (1990) anvender begreberne indre- og ydrestyring i forbindelse med etableringen af selvtillid og selvfølelse hos børn. Juul argumenterer for, at forældres respons til barnet kan have betydning for hvorvidt barnet udvikler indrestyring (og selvfølelse) eller ydrestyring (og selvtillid). Som eksempel anvender Juul 'Anders' på to et halvt år, der er med sin mor på legepladsen:

Anders tager sig en tur ned ad rutschebanen og råber: "Se mig mor!". Respons fra moderen, som fx: "Det ser vel nok sjovt ud" og "Nå, hvor går det stærkt", kan medvirke til at styrke indrestyringen, hvorimod fx "Du er vel nok dygtig" kan medvirke til ydrestyring. I sidstnævnte eksempel forsøger moderen at give Anders selvtillid ved at rose ham. For Anders er det noget af et kulturchok. Han er

optaget af sin 'væren', sin følelse af glæde, spænding og fart og har aldrig tænkt på det, som noget der skulle vurderes. Da han, som alle andre børn, samarbejder med sine forældre, vil hans opmærksomhed derfor gradvis flytte sig fra sig selv (indrestyret) til forældrenes vurdering af ham (ydrestyret) (Juul 1990: 4-5).

Som forældres/voksnes respons til barnet ifølge Juul (1990) kan appellere til indrestyring eller ydrestyring, vil jeg argumentere for, at samfundets respons til befolkningen kan appellere til indrestyring eller ydrestyring.

I sine studier af magtudøvelse analyserer historikeren Signild Vallgård (2003) med udgangspunkt i den franske filosof og idéhistoriker Michel Foucault (1926-84) folkesundhedspolitikken i Danmark og Sverige i perioden 1930-2002. Vallgård viser at myndighederne som redskab til at forbedre folkesundheden blandt andet har benyttet appel til personlig usikkerhed eller oplevelse af utilstrækkelighed (ibid.). Borgerne skal bringes til at indse deres uvidenhed og behov for vejledning hvilket blandt andet eksemplificeres i et citat fra 1948: "Selvom De følger Deres Barns udvikling med opmærksomhed, er det ikke alting De ser" (ibid: 126). Overvågning i form af helbredsundersøgelser af børn er med til at forme forældrenes blik på deres børn og dermed forestillingerne om hvad der er normalt og ønskeligt. Helbredsundersøgelserne kan indgyde skam hos børn og forældre, hvis børnene ikke lever op til normerne, (ibid: 128) og gennem helbredsundersøgelser kan man ændre den undersøgte syn på sig selv (ibid: 127).

Myndighederne har således gennem tiden appelleret til at befolkningen skal stole på eksperterne mere end på sig selv, med Jesper Juuls termer: til ydrestyring.

Hvis anvendelse af screening og overvågningsteknologi kan føre til at individet flytter sin opmærksomhed udenfor sig selv og lader sig styre af eksperter og teknologi (ydrestyre), kan screening og overvågningsteknologi dermed komme til at stå i modsætning til egen sansning - og stolen på sig selv/egen krop.

At screening for en potentiel sygdom uden oplevede symptomer kan føre til ydrestyring understøttes af Sachs (1995), der fremhæver, at en opfattelse af, at sygdom almindeligvis eksisterer uden symptomer, kan føre til en voksende afhængighed af medicinske specialister og medicinske undersøgelser.

Parallelt til indre-/ydrestyring anvendes i fysioterapi begreberne indre og ydre feedback i forbindelse med motorisk læring. Den indre feedback kommer fra den lærende selv, og den ydre feedback kommer fra læreren eller terapeuten (Shumway-Cook 2001). Scheibel (2002) demonstrerer anvendelsen i fysioterapi: Patienten skal lære nye bevægestrategier. Patienten udfører bevægelsen/funktionen og fysioterapeuten vurderer og giver feedback. Fysioterapeuten er eksperten, og patienten modtager ydre feedback. Fysioterapeuten kan også opfordre patienten til

at sanse/mærke efter' hvad der sker, og hvordan det opleves. Herved får patienten mulighed for at anvende sin indre feedback og for at være ekspert (på sig selv). Hvis patienten skal kunne anvende bevægemønstret udenfor terapien, og det er jo hensigten, er det nødvendigt, at patienten kan gøre sig uafhængig af terapeutens feedback og blive sin egen ekspert.

Screening kan betragtes som en udefrakommende ekspertvurdering som ikke inddrager menneskets sansning af egen krop. Screening giver en ydre feedback som muligvis kan føre til ydrestyring, hvilket kan ske på bekostning af indre feedback og indrestyring. Screening kan skabe tvivl om hvorvidt man som individ kan stole på egen krop. Der kan således være en modsætning mellem

Indrestyring - Ydrestyring  
Indre feedback - Ydre feedback  
Stole på egen sansning - Screening.

I det følgende inddrages foruden Kaufert også antropolog Lisbeth Sachs, antropolog og læge Susanne D. Reventlow et al., fysioterapeuten Gertrud Roxendal og filosofen Maurice Merleau-Ponty's teorier, idet de fra forskellige positioner belyser screenings betydning for krop og selv.

### *Krop og selv*

Kaufert (2000) fremhæver, at overgangen fra diagnose til screening har ændret kvinders forhold til deres kroppe.

The woman told, that her mammogram or her Pap test is positive, cannot interrogate her own body to verify whether the statement is true. She has to accept that the mammogram has revealed a tumor lodged within the tissue of her breast, or that the laboratory has seen cell changes occurring within her cervix. Her experience of her body as being well comes into conflict with being told that her body is diseased. Innocence is lost and a woman is made aware that her body may betray her. Screening creates an uncertain relationship with the body (Kaufert 2000: 181)

Kaufert viser her at en screening kan skabe et usikkert forhold til egen krop. Kroppen bedrager når individet ikke kan stole på dens signaler og på oplevelsen af sundhed. Hvis man er blevet usikker på om signalerne overhovedet er værd at lytte til, kan det medføre en fremtidig overhøring af signalerne fra egen krop. Også Sachs betoner at når raske mennesker får at vide at de måske er syge, får de et implicit budskab om en trussel som ikke kan føles, og om at kroppens egne signaler ikke er til at stole på. Dette kan underminere tilliden til,



at kroppen selv er i stand til at vise hvordan den har det. Den potentielt syge lærer måske at tro mere på komplicerede laboratorie- eller røntgenundersøgelser (Sachs 1995). Analogt hermed viser sygeplejerske Lise Hounsgaard (2004: 190) at screeningssvar om abnorme celler "udløser frustrationer over at være symptomfri og føle sig rask samtidig med at være diagnosticeret potentielt syg". Reventlow et al (2006), der interviewede 16 kvinder i forbindelse med knoglescanning af kvinder i menopause, pointerer at scanningen skaber et ændret forhold til kroppen med en distance mellem kvinden og hendes egen krop. Scanningen tillader visualisering af knoglerne og kroppen bliver et objekt for observation (Leder 1990) – et eget *ydre* syn frem for *indre* mærken efter. Scanningen skabte et nyt syn på kroppen, hvor kvinderne rekonstruerede deres måde at opfatte kropssignaler på: de begyndte at opfatte signalerne som tegn på knogleskørhed. Scanningen fostrede et nyt kropsbillede med kroppen som sårbar, svag og med begrænset kapacitet, og kvinderne følte sig usikre og begrænsede snarere end styrkede.

Et usikkert forhold til egen krop og en ændret opmærksomhed på kroppen vil indvirke på 'kropsbevidstheden', som er defineret som "det kropslige aspekt af en persons totale bevidsthed om sig selv" (Roxendal 1995:34).

Filosoffen Maurice Merleau-Ponty (1907-1961) argumenterer ud fra sin fænomenologiske forståelse for at kroppen ikke er nogen genstand, og at mennesket ikke kan adskilles fra sin krop, men snarere *er* sin krop. Med udgangspunkt i et menneskesyn hvor mennesket ikke adskilles fra sin krop, bliver et usikkert forhold til egen krop dermed til en usikkerhed overfor sig selv, altså en mere gennemgribende usikkerhed. Lunde (1997) anfører analogt hermed at for nogle bliver selve livet utrygt, når kroppens egne signaler ikke er til at stole på.

Screening ser således ud til at kunne skabe et usikkert forhold til egen krop hvilket kan føre til en mere gennemgribende usikkerhed.

Med usikkerhed kan følge ængstelse, som blandt andre Sachs (1999), Hounsgaard (2004), Hvas et al (2005) og Reventlow et al (2006) har vist kan være en konsekvens af screening.

## *Ængstelse*

Sachs har gennem flere år fulgt tolv fyrrårigke raske mænd der deltog i et svensk screeningsprogram for forhøjet kolesterol. Alle fik ved første test konstateret forhøjet kolesterol. Alene meddelelsen om at man havde fundet forhøjede værdier, kunne føre til dyb ængstelse (i et enkelt tilfælde endog ren dødsangst), og det

påvirkede helt tydeligt mændenes liv og almene velbefindende. Sachs beskriver en af mændenes angst og hvordan han gjorde alt det, 'de' havde instrueret ham i:

Da det viste sig, at hans tal blev højere og højere efterhånden som tiden gik, troede personalet ikke på ham. De troede ikke, han havde gjort noget som helst for at 'adlyde' de instrukser, han havde fået. Men hvis de havde siddet med ved middagsbordet og besøgt familien i denne periode, ville de have set, hvordan alle i familien anstrengte sig for at hjælpe ham med at spise det rigtige, undgå alkohol, cigaretter og fedt, så han kunne komme ned under risikogrænsen. I stedet for blev resultatet af hans medvirken i den forebyggende indsats, at han blev nervøs, fik stærk dødsangst og havde forringet livskvalitet. Efter flere måneders kamp og fortvivlelse sagde han: "Et liv uden glæde kan da ikke være et godt liv?" (Sachs 1999: 32)

Sachs undersøgelse viser at der ved deltagelse i screening kan opstå ængstelse og en påvirkning af livet. Kun én gjorde intet af det han var blevet instrueret i for at forbedre sit kolesteroltal, og en kontrol viste normale værdier (ibid). Sachs pointerer at der her er skabt et paradoks: At de, som er ulydige, går det godt for, og de, som anstrenger sig, får det værre (ibid). Analogt fremhæver Lupton ifølge Whyte (2005), at man med risikostrategier (som screening) forsøger at tæmme usikkerheden - ofte med den paradoksale effekt, at angsten øges. Også Lunde (1997) viser, at mammografiscreening samtidig med tryghed giver deltagerne usikkerhed og ængstelse. Som et eksempel beretter læger om, at scanninger gør gravide bange. I stedet for at glæde sig over graviditeten bærer mange gravide på store bekymringer (Sayers & Henriksen 2005).

Hounsgaard (2004) har fulgt 12 danske kvinder og interviewet dem bl.a. med fokus på, hvordan det er at få at vide, at der er fundet celleforandringer ved et rutinecheck for livmoderhalskræft. Hun demonstrerer dels at screeningsdeltagere er uforberedte på, at et screeningssvar kan vise abnorme celler, og dels at hvor der i biomedicinen skelnes mellem forstadier og kræft, er det vanskeligt for screeningsdeltagere at forstå, at celleforandringer kan forstås som andet end en livstruende sygdom. Herved skabes angst, ligesom "en personlig svarform med håndskrevet brev eller besked på telefonsvareren fra lægen er medvirkende til, at der opstår angst og tanker om alvorlig sygdom" (Hounsgaard 2004: 190).

Knoglescanning i forbindelse med menopause kan efterlade de involverede kvinder usikre og begrænsede snarere end styrkede (Reventlow et al 2006) og kan medføre en individuel usikkerhed og ængstelse, som skal ses som en alvorlig potentiel sideeffekt af sundhedsfremme, og som må rejse spørgsmålet om det er etisk forsvarligt, at introducere raske mennesker til frygt for potentielle fremtidige sygdomme (Hvas et al 2005).

Antropologerne Anette Forss et al, Arnold van Gennep og Victor Turner fokuserer på området mellem syg og rask og udforsker området gennem begrebet liminalitet.

### *Liminalitet*

Ifølge Forss et al (2004) viser megen forskning at det at deltage i screeningsprogrammer fører til nye slags sygdomsoplevelser. Forss et al har interviewet 30 svenske kvinder der efter en livmoderhalskræftundersøgelse har modtaget information om celleforandringer, og hævder, at fænomenet 'potentielt syg' kan udforskes videre gennem en diskussion af begrebet liminalitet (Forss et al 2004:309,310).

Liminalitet er først beskrevet af van Gennep (1999) der viste at der var gennemgående træk i ritualer verden over og dernæst af Turner (1996), der indgående studerede overgangsritualernes liminale fase. Begge tredeler strukturen i overgangsritualer i en adskillelses-, en liminal- og en reintegrationsfase, hvilket illustreres i følgende eksempel på overgang fra dreng til mand hos kaguruerne i Tanzania: Adskillelsen sker når drengene føres ud af landsbyen ind i bushen; liminalfasen er perioden med omskæring og læren om samfundets leveregler; reintegrationen finder sted tilbage i landsbyen, hvor de smøres i olie, velsignes og får deres voksne navne (Eriksen 1998). Liminalperioden kendetegnes blandt andet ved, at individet 'ikke længere er klassificeret og endnu ikke er klassificeret'. Den som er mellem to stadier er ikke sig selv og står samtidig udenfor samfundet (Turner 1996).

Forss et al vurderer at en "abnormal Pap smear" er analog med det, Turner kalder 'betwixt and between' (Forss et al 2004: 318). Da kvinderne i studiet modtog information om celleforandringer, blev de 'liminale personer'. De var på én gang ikke længere klassificerede (raske) og endnu ikke klassificerede (syge). De var hverken raske eller syge – måske midt imellem eller begge dele.

En svingen mellem 'ingenting' og 'noget' er et tilbagevendende tema i interviewene. En af kvinderne fortæller at lægen havde anvendt termer som 'ingenting', hvilket refererede til, at der ikke var fundet maligne celler, men for kvinden matchede det ikke med, at 'noget' var blevet afsløret i testen. Kvinden blev af de sundhedsprofessionelle både informeret om at der ikke var noget at være bange for og samtidig, at den næste test ville afsløre hvorvidt der var tale om kræft eller ej (ibid.). Kvinden er hverken syg eller rask men i stedet potentielt syg.

Selv en simpel test som celleskrab for livmoderhalskræft har en ontologisk dimension fordi den har potentiale til at transformere vores tagen for givet, at vi er sunde og raske – til at være potentielt syge (ibid.). Nicky Britten, medicinsk

sociolog, har beskrevet egne oplevelser med screening, der viste anormale celler, og hun udtaler blandt andet: " Surprisingly, given my belief that early detection of cervical cancer carries an excellent prognosis, I reacted badly to the news. For several days I could think of nothing but death" (Britten 1988:1191).

Når man forsøger at opdage sygdom tidligere og tidligere, medfører det en samtidig risiko for, at normalområdet formindskes: Når først noget én gang er defineret som en forløber for sygdom, er forpligtelsen til at behandle ikke til at flygte fra (Kaufert 2000).

Grænsen for behandling er flyttet ind i normalområdet. Man er potentielt syg og dermed hverken syg eller rask. Man oplever behov for eksperter og behandling (ydrestyring), der som konsekvens kan føre til førnævnte usikkerhed i forhold til egen krop og ængstelse.

### *Forebyggelse og sundhedsfremme*

Filosoffen David Armstrong har inddelt det 19. og 20. århundredes medicin i tre perioder: 'Bedside medicine', 'Hospital Medicine' og 'Surveillance Medicine', hvor forebyggelse og dermed screening karakteriserer sidstnævnte (Armstrong 1995). Gennem opsporing af sygdomme har screening gennem tiden medvirket til helbredelse og overlevelse – til gavn for individet - og til at beskytte og bevare samfundet.

Sundhedsfremme, som ifølge Jensen & Johnsen (2000) fokuserer på ressourcer og handlemuligheder, bør tilføjes Armstrongs 'Surveillance Medicine'. Sundhedsfremme er kendetegnet ved 'mulighedstænkning' og følelse af håb hvor forebyggelse er kendetegnet ved 'risikotænkning' og følelse af frygt, hvilket fremgår af figur 1 (på efterfølgende side).

Figuren illustrerer at målet med forebyggelse er at undgå sygdom, hvorimod målet med sundhedsfremme er vitalitet og handlekompetence. Også antropologen Lars Oberländer skelner mellem mål for sundhedsfremme og forebyggelse:

Hvor målet for den 'rene' sundhedsfremmeindsats er at få en refleksion over egen sundhedsadfærd sat i gang, er målet med forebyggelsesindsatsen givet på forhånd ved at indsatsen har et specifikt sigte; eksempelvis et vægttab med henblik på en reduktion af risikoen for at udvikle type II diabetes (Oberländer 2005: 130).

I sundhedsfremme er det borgeren selv der er hovedaktør (bottom-up), og i forebyggelse er det eksperterne, der er hovedaktører (top-down). Lupton (1993) pointerer at risikokommunikation fra myndigheder kan betragtes som 'top-

	Mål	Hovedaktør/ Relation	Følelse	Tankegang	Forklarings- ramme
Behandling	Rask (fjerne sygdom)	Ekspert/ Top-down	Frygt	Risiko- tænkning	Bio-medicinsk
Fore- byggelse	Rask (undgå sygdom)	Ekspert/ Top-down	Frygt	Risiko- tænkning	Socialmedicin (sundhedsbrøk)
Sundheds- fremme	Sundhed (vitalitet og handlekom- petence)	Borger/ Bottom-up	Håb	Muligheds- tænkning	Dynamisk sundhedsbrøk

Figur 1. Behandling, forebyggelse og sundhedsfremme – ligheder og forskelle.

Kilde: Jensen & Johnsen 2000:100 efter tilladelse fra forfatterne.

down'-retfærdiggørelse, og kendetegnende for et screeningsprogram er netop også, at det er sundhedsmyndighederne, der tager initiativet (Det Ethiske Råd 1999). Top-down repræsenterer ydrestyring og bottom-up fordrer indrestyring.

Tankegangene er vidt forskellige: Det ene bygger på et sygdomssyn med risikotænkning – det andet på et sundhedssyn med mulighedstænkning. En afgørende forskel uanset om der er tale om individers eller samfunds tanke-gange. Når samfund og individer vælger screening, kan følgerne for nogle være ængstelse – og muligvis risikotænkning og ydrestyring. En optagelse af at undgå sygdom – i modsætning til mulighedstænkning, fokus på ressourcer og optagelse af at fremme sundhed. Screening er at betragte som forebyggelse, ikke sundhedsfremme, men screening kan måske gøre det sværere at bevare sundhed.

Den medicinske sociolog Aaron Antonovsky (2000) anvender en flodmetafor til at beskrive relationen mellem behandling, forebyggelse og sundhedsfremme: 'Behandleren' forsøger at redde druknende mennesker op af en rivende flod; 'forebyggeren' løfter blikket for at se hvem eller hvad der bliver ved at kaste mennesker i floden; mens 'sundhedsfremmeren' forsøger at lære folk at svømme, så de er i stand til at leve deres liv og manøvrere rundt i floden. Både behandleren og forebyggeren hænger ifølge Antonovsky fast i den misforståelse, at det er deres (eksperternes) opgave at redde folk. Behandleren og forebyggeren repræsenterer således ydrestyring mens sundhedsfremmeren giver mulighed for indrestyring og handlekompetence - mulighed for at lære at svømme i livets flod og agere selv. Ifølge Antonovsky er 'følelsen af

sammenhæng' - bestående af elementerne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed - en altafgørende faktor for effektiv coping og mestring af livet.

Jeg har argumenteret for at screening kan føre til ekspert- og dermed ydrestyring. Jeg vil tilføje at screening formodentlig også i nogle situationer kan være udtryk for indrestyring og handlekompetence: At individet netop tager 'sagen' i egen hånd og lader sig screene som led i selvstændigt at manøvrere rundt i floden. Individet kan måske netop på denne måde begribe, håndtere, se mening og agere ud fra en følelse af sammenhæng og af selv at kunne gøre noget.

Samfundets mål er sundhed, og dette forsøges opnået gennem sygdomsforebyggende foranstaltninger (Regeringen 2002). Screeninger kan opfange sygdomme – men ifølge WHO (1998) er sundhed ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse, men også en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende.

## Konklusion

Jeg har vist, at screening på den ene side kan medvirke til at redde liv og give tryghed og på den anden side medvirker til usikkerhed og ængstelse. Jeg har argumenteret for, at screening kan medvirke til afhængighed af eksperter, en ringere kontakt til sig selv og dermed til egen krop, ydrestyring og risikotænkning. Jeg har tilføjet, at screening formodentlig også i nogle situationer kan være udtryk for handlekompetence og indrestyring. Jeg vil desuden tilføje, at hvis forstadier til kræft ikke kan mærkes, så melder spørgsmålet sig: Skal man så vente med at gøre noget til, man kan mærke noget i kroppen – med risiko for, at det er for sent?

Ved hjælp af screening findes tegn på eller risiko for begyndende sygdom så tidligt at chancerne for helbredelse øges, og grænsen for behandling flyttes ind i normalområdet.

Screening medfører en ny tilstand, hvor man som individ er 'potentielt syg' - en liminal tilstand, hvor man ikke længere er rask og endnu ikke er syg, og som medfører ængstelse.

Når raske mennesker får at vide at de måske er syge, som det er tilfældet for nogle, der deltager i screening, får de samtidig et budskab om, at kroppens egne signaler ikke er til at stole på. Dette kan underminere tilliden til, at kroppen selv er i stand til at vise, hvordan den har det, og det kan medføre en øget afhængighed af ekspertvurderinger og medvirke til, at individet lader sig ydrestyre på bekostning af indrestyring.

Screening kan føre til ekspert- og dermed ydrestyring, som kan stå i modsætning til sundhedsfremme kendetegnet ved blandt andet handlekompetence og dermed indrestyring. Screening ser ud til at øge risikotænkning, fokus på frygt og en optagelse af at undgå sygdom - som modsætning til mulighedstænkning, fokus på håb og optagelse af at fremme sundhed. Samfundets mål er sundhed, men det kan diskuteres i hvilken grad forebyggende foranstaltninger som screeninger giver mulighed for et sundt liv.

Bibeholdelse af kropsbevidsthed, at kunne mærke efter i sig selv og indrestyring kan have betydning for den enkeltes muligheder for at bevare sundhed og undgå sygdom.

Med et øget fokus på bibeholdelse og evt. styrkelse af kropsbevidstheden - at kunne mærke efter i sig selv/i egen krop og at bevare troen på, at kroppens egne signaler er til at stole på – kan der opnås større mulighed for at kunne møde eksperterne på lige fod – dvs. *både* at mærke efter i sig selv, bevare indrestyringen og benytte sig af eksperter og screeninger som et supplement – og således blive bedre rustet til at gå en fremtid med mange screeningsmuligheder i møde.

## Litteraturliste:

- Antonovsky, A. (2000) [1987]. *Helbredets mysterium* [Unravelling the mystery of health]. Oversat af Amnon Lev. København: Hans Reitzels Forlag
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. I: *Sociology of Health & Illness*, 17, (3): 393-404
- Britten, N. (1988). Personal View. I: *British Medical Journal*, 296: 1191
- Det Etske Råd (1999). *Screening – en redegørelse*. København: Det Etske Råd
- Eriksen, T.H. (1998). Sosial differensiering 1: Kjønn og alder. I: Eriksen, Thomas Hylland *Små steder – store spørsmål*. Oslo: Universitetsforlaget
- Forss, A., Carol T., Widmark, T. & Sachs T. (2004). Women's experiences of cervical cellular changes: an unintentional transition from health to liminality? I: *Sociology of Health & Illness*, 26 (3): 306-325
- Gøtzsche P.C. & M. Nielsen (2006). Screening for breast cancer with mammography. I: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub2. Lokaliseret den 02.01.09 på:  
[http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001877/pdf\\_fs.html](http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001877/pdf_fs.html)
- Hounsgaard, L. (2004). *Potentiel sygdom sætter spor. Kvinders oplevelse af sygdom i et forløb med celleforandringer efter screening for livmoderhalskræft*. Ph.d.-afhandling. Aarhus: Institut for Sygeplejevidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet
- Hvas, L., Reventlow, S., Jensen H. L. & Malterud K. (2005). Awareness of risk of osteoporosis may cause uncertainty and worry in menopausal women. I: *Scandinavian Journal of Public Health*, 33: 203-207

- Jensen, T. K., & Johnsen, T.J. (2000). *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Århus: Forlaget Philosophia
- Juul, J. (1990). Selvtillid og selvfølelse. I: *Familien*, 4: 3-5
- Kaufert, P. (2000). Screening the body: the pap smear and the mammogram. I: Lock, Margaret (& Allan Young; Alberto Cambrosio) (ed.) *Living and Working with the New Medical Technologies*. Cambridge: Cambridge University Press
- Leder, D. (1990). *The Absent Body*. Chicago: The University of Chicago Press
- Lunde, I. M. (1998). Screeningers betydning i menneskers liv. I: Almind, G. (red.) *Medicinsk Årbog 1998*. København: Munksgaard
- Lunde, I. M. (1997). "Jeg håber det bedste..." *Om deltagernes syn på mammografiscreening*. Ringkøbing: Dansk Medicinsk Forskningsenhed
- Lupton, D. (1993). Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. I: *International Journal of Health Services*, 23 (3): 425-35
- Merleau-Ponty, M. (1994) [1945]. *Kroppens fænomenologi* [Phénoménologie de la perception, 1. del, pp 81-232: "Le Corps"]. Oversat af Bjørn Nake. København: Det lille forlag
- Oberländer, L. (2005). Sundhedsfremme og forebyggelse. I: Grit Niklasson (red.) *Sundhedsfag for pædagoger*. København: Frydenlund
- Regeringen (2002). *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Reventlow, S. D., Hvas L. & Malterud K. (2006). Making the invisible body visible. Bone scans, osteoporosis and women's bodily experiences. I: *Social Science & Medicine*, 62: 2720-2731
- Ritzau (2005). Op mod 400.000 ramt af rygerlunger. I: *MetroXpress*, Århus, 15. nov., 4 (221):1, 4
- Roxendal, G. (1995). *Et helhedsperspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag
- Sachs, L. (1999) [1996]. *Sygdom som ubalance* [Sygdom som oordning]. Oversat af Jytte Abrahamsen. København: Forlaget Fremad
- Sachs, L. (1995). Is there a pathology of prevention? The implications of visualizing the invisible in screening programs. I: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19: 503-525
- Sayers, S. & Henriksen H. (2005). Scanninger gør gravide bange. I: *MetroXpress*, Århus, 28.sept., 4 (187): 1
- Scheibel, A. K. (2002). Pædagogikkens betydning for undersøgelse og behandling. I: Daneskiold-Samsøe, Bente (& Hans Lund; Kirsten Avlund) (red.) *Klinisk reumatologi for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. København: Munksgaard Danmark
- Shumway-Cook, A. & Marjorie H. W. (2001). Motor Learning and Recovery of Function. I: Shumway-Cook, Anne (& Marjorie H. Woollacott) *Motor Control. Theory and Practical Applications*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Sundhedsstyrelsen (2008). *Screening af kræftsygdomme*. København: Sundhedsstyrelsen. Lokaliseret den 27.12.08 på: [http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/Planer\\_Indsatser/Kraeft/Screening\\_af\\_kraeftsygdomme.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Planer_Indsatser/Kraeft/Screening_af_kraeftsygdomme.aspx?lang=da), p 1
- Turner, V. W. (1996) [1970]. Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites de Passage. I: Eriksen, Thomas Hylland (red.) *Sosialantropologiske Grunntekster*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Vallgård, S. (2003). Studier af magtudøvelse. Bidrag til en operationalisering af Michel Foucaults begreb governmentality. I: Christiansen, Peter Munk (& Lise Tøgeby) (red.) *På sporet af magten*. Århus: Aarhus Universitetsforlag



- van Gennep, A. (1999) [1960/1909]. *Rites de passage. Overgangsriter* [Les Rites de Passage].  
Oversat af Erik Ringen. Oslo: Pax Forlag
- WHO World Health Organisation (1998). *Sundhed i det 21. århundrede. Sundhed for alle i det 21. århundrede – en dansk oversættelse* [HEALTH21 – health for all in the 21st century].  
Oversat af Dansk Sygeplejeråd ved Ingrid Stage. København: Dansk Sygeplejeråd og  
World Health Organization
- Whyte, S. R. (2005). Uncertain undertakings: practicing health care in the subjunctive mood. I: Steffen, Vibeke (& Richard Jenkins; Hanne Jessen) (ed.) *Managing Uncertainty*.  
Copenhagen: Museum Tusulanum Press