

Sundhed – En ny semi-religiøs vækkelse i moderne samfund?

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 17, 2012

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 17: Sundhed - En ny semi-religiøs vækkelse i moderne samfund?

© 2012 forfatterne og udgiverne.

Redaktion:

Mette Bech Risør (ansv.), Forskningsenheden for Almen Praksis, Universitetet i Tromsø
Torsten Risør, Allmenmedisin, Institut for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
Gitte Wind, Afdeling for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet
Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet
Susanne Rewentlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet
Rikke Sand Andersen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet
Claus Bossen, Institut for Medie- og Informationsvidenskab, Aarhus Universitet

Gæsteredaktør:

Nanna Mik-Meyer, CBS, Københavns Universitet
Anne Roelsgaard Obling, CBS, Københavns Universitet

Peer review: Foretages af et tværvideenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer, politologer og sociologer.

Proof: Thomas Christian Mikkelsen

Layout og prepress: Thomas Christian Mikkelsen & Ea Rasmussen

Tryk: Werk 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
Torsdag kl. 12-15, tlf. 87162063,
Email: sygdomogsamfund@hum.au.dk
Hjemmeside og artikler online:
ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sygdomsamfund/index

ISSN (tryk): 1604-3405

ISSN (online): 1904-7975

Tidsskriftet er udgivet med støtte 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

Nanna Mik-Meyer & Anne Roelsgaard Obling

Introduktion 5-12

Monica Greco

Om livets kunst: en vitalistisk læsning af medicinsk humanisme 13-38

Nanna Mik-Meyer

Legitimt syg: klasse og køn i sygdomsfortællinger 39-58

Anne Roelsgaard Obling

Træning af kontrolleret empati i accelererede kræftbehandlingsforløb 59-78

Anette Lykke Hindhede

Normer, normalisering og det hørehæmmede subjekt 79-100

Bjarke Oxlund

At leve gennem tal: Brugen af måleapparater i håndteringen af livsstilssygdomme i Danmark 101-118

Kaspar Villadsen & Kathrine Hoffman Pii

Forebyggelse på tværs af det offentlige og private: Når patienter trodser myndiggørelse og efterspørger mere professionel involvering 119-142

Morten Hulvej Rod & Tine Curtis

At udskyde det uundgåelige: Om brugen af kausal viden i forebyggende tiltag 143-162

Abstracts in English 163

Forfatterliste 169

Skrivevejledning 171

Beskrivelse af nr. 18 174

At leve gennem tal: Brugen af måleapparater i håndteringen af livsstilssygdomme i Danmark

Bjarke Oxlund

Institut for Antropologi, Københavns Universitet
bjärke.oxlund@anthro.ku.dk

Oxlund, B. (2012). Brugen af måleapparater i håndteringen af livsstilssygdomme i Danmark. *Tidsskrift for forskning i Sygdom og samfund*, nr. 17, 101-118.

Forebyggende sundhed og medicin har ført til en situation, hvor risici for livsstilssygdomme medicineres, og hvor sundhed i form af fysisk aktivitet og en sund kost er blevet til moralske imperativer. Mange ældre danskere håndterer således deres sundhed og helbredstilstand ved for eksempel at foretage målinger af deres egne kroppe med badevægte og blodtryksmålere og af deres daglige aktiviteter ved brug af skridttællere og cykelcomputere. Resultatet af disse målinger holdes op imod de værdier, som undersøgelser på befolkningsniveau har indstiftet som værende normale. Men hvilken betydning tillægger folk selv disse målepraksisser? Og hvilken kropslig opfattelse opstår gennem brugen af tal? Baseret på indsigter fra et igangværende feltarbejde i Vordingborg kommune, analyserer denne artikel to beskrivelser af ældre kvinder, for hvem målinger af dagligdagsaktiviteter og kropstilstande er blevet et centralt omdrejningspunkt for deres hverdagsliv.

Med udgangspunkt i observationer fra de tidlige faser af en etnografisk undersøgelse i Vordingborg Kommune sætter denne artikel fokus på, hvordan folk i alderen 50-75 måler på deres kroppe, og hvordan de praktiserer sundhed på hjemmebane i en tid, hvor numeriske grænseværdier for eksempelvis blodtryk er blevet gjort til den offentlige og objektive sandhed om sundhed. Samtidig har udviklingen i anvendelsen af blodtryksmedicin i Danmark over de sidste otte år været drastisk for aldersgruppen 50 år og opefter, idet der for denne gruppe har fundet en 64 procents stigning sted (fra 25 procent svarende til 451.285 individer i en befolkningsgruppe på 1,8 mio. i 2001 til 38 procent svarende til 740.512 individer i en befolkningsgruppe på 1,97 mio. i 2009) (beregnet på baggrund af data fra Lægemiddelstyrelsen, 2010 og Danmarks Statistik, 2011). I overensstemmelse hermed viser en ny undersøgelse foretaget af Wadmann, at de praktiserende læger i Danmark, som hun interviewede, finder det meget enkelt og ligetil at træffe beslutninger om at udskrive blodtryksmedicin, fordi det udelukkende anses for at være et spørgsmål om at veje resultaterne af den enkeltes blodtryksmåling op imod de indsnævrede grænseværdier, som findes i de retningslinjer, der er udstukket af Sundhedsstyrelsen (Wadmann, 2010: 18). De såkaldte patienter har som oftest ikke har været syge eller oplevet at have symptomer, før de hos lægen fik konstateret, at de lå udenfor det såkaldte normalområde, hvad blodtryk angår. Det samme forhold gør sig gældende i forhold til målinger af blodsukker- og kolesterolniveau, og det er da også lige præcis disse tre tilstande, der er helt centrale for de forebyggende sundhedsindsatser, når det kommer til forebyggende medicinering (Greene, 2007) eller anbefalinger om en bedre kost, mere motion og en sundere livsstil. Med fremkomsten af forebyggende sundhed og medicin er der således opstået nye store grupper af mennesker, som placeres i en risikokategori og tilbydes medicinering eller anbefales at foretage livsstilsændringer. På denne vis kan risikoberegninger foretaget på befolkningsniveau være med til at sygeliggøre den enkelte, som ellers er rask alene i kraft af, at vedkommende befinder sig udenfor normalområdet (cf. Hvas, 2008; cf. Desrosières 2011, cf. Greene 2007). Denne sygeliggørelse – eller patologisering om man vil – stemmer overens med Canguilhems argument om, at:

...the pathological phenomena found in living organisms are nothing more than quantitative variations, greater or lesser according to corresponding physiological phenomena. Semantically, the pathological is designated as departing from the normal not so much by a- or dys- as by hyper- or -hypo-. (Canguilhem, 1989 [1966]: 42).

For de informanter som jeg studerer i Vordingborg, fremstår denne patologisering imidlertid ikke synderlig problematisk. Som det vil fremgå taler de gladelig om deres krop og sundhedstilstand i numeriske værdier, mens de i deres hverdagspraksis gør brug af teknologier såsom badevægte, blodtryksmålere, blodsuktermålere, skridttællere, og cykelcomputere til at holde styr på tallene. Artiklen argumenterer således for at vi i spændingen mellem motion og måling kan identificere en ny kropsbevidsthed, hvor man i høj grad lever gennem tal snarere end gennem en primær orientering mod kroppens egne sanser. I den forbindelse er jeg inspireret af Mol, som i en artikel om målingen af blodsukker har anført, at:

The device not only allows the patients concerned to better approach normal blood sugar levels, but alters what counts as normal in the first place. Using the device may shift people's attention away from their physical sensations towards the numbers measured, but it may also help them to increase their own physical self-awareness. (Mol, 2000: 9)

Gennem en beskrivelse og analyse af fortællingerne om to ældre kvinder i Vordingborg vil jeg vise, hvordan måleteknologierne og deres anvendelse er med til at skabe nye forståelser af og erfaringer med kroppen. Efter en kort introduktion af projektets baggrund og metode, indledes artiklen med en kort diskussion af nyere socialvidenskabelige bud på, hvordan magtforholdet mellem patienter og staten udspiller sig indenfor forebyggende sundhed. Herefter bevæger artiklen sig videre til analysen af fortællingerne om to pensionerede kvinder, der på overlappende og dog forskellig vis, har kastet sig ud i en række praksisser, hvor numeriske standarder og værdier spiller en central rolle for deres hverdagsliv og forståelse af egen krop.

Baggrund og metode

Den etnografiske undersøgelse i Vordingborg Kommune er en del af et større forskningsprogram ved Københavns Universitet, der hedder Center for Sund Aldring, og som har til formål at fremme forskningen i aldringsspørgsmål i Danmark. I den forbindelse valgte jeg i mit delprojekt at fokusere på borgere i aldersgruppen 50-75, der bor i Vordingborg, fordi kommunen oplever nogle af de udfordringer, der er karakteristiske for udviklingen i Danmark udenfor de store byområder, og fordi gruppen repræsenterer det aldersinterval, hvor mange mennesker påbegynder forebyggende medicinsk behandling af hjertekarsygdomme. Den nuværende Vordingborg Kommune, der har et indbyggertal på 46.000, op-

stod i forbindelse med strukturreformen i 2007 og blev til ved en sammenlægning af de tidligere kommuner: Vordingborg, Præstø, Langebæk, og Møn. Ifølge den sundhedsprofil, som kommunen fik udarbejdet af et konsulentfirma i forbindelse med kommunesammenlægningen, står man overfor væsentlige problemer, fordi ældrebefolkningen stiger, mens de arbejdende aldersgrupper er faldende (Muusman, 2006: 7). Sammenlignet med landsgennemsnittet har kommunens borgere et højere forbrug af tobak og alkohol, samtidig med at de motionerer og arbejder mindre, hvorfor det ikke er overraskende, at konsulenterne kunne pege på hjerte-karsygdomme og type-2 diabetes som særlige sundhedsudfordringer for borgerne i Vordingborg (Muusman, 2006: 15-18).

For at indfange forskellige perspektiver på forebyggende sundhed og medicinering blandt yngre ældre i alderen 50 – 75 år i Vordingborg, opererer undersøgelsen med tre forskellige tilgange til at rekvirere de foreløbigt 15 informanter, som er fordelt ligeligt på køn, gennem: a) en større arbejdsplads, b) en stavgangsgruppe under Ældresagen, og c) individuelle forespørgsler til pensionister, som ikke tager del i motion på foreningsniveau eller i kommunalt regi. På arbejdspladsen og i forhold til stavgangsgruppens aktiviteter har det været muligt i begrænset omfang at bedrive deltagerobservation, mens dette ikke har været tilfældet i forhold til de individuelle interviews med pensionister. De to kvinder, som danner udgangspunkt for denne artikel, er mobiliseret henholdsvis gennem stavgangsgruppen og individuel henvendelse til pensionister. Artiklen er således primært baseret på interviews, som blev foretaget i informanternes hjem i april og maj 2010. Ved begyndelsen af alle interviews har jeg grundigt præsenteret projektet og dets fokus og anmodet om mundtligt samtykke (jf. Fluehr-Lobban, 1994) til at bruge interviewmaterialet til forsknings- og formidlingsformål med løfte om brug af pseudonymer og sløring af identitet i forhold til specifik geografi, tidligere arbejdspladser, osv. De enkelte interviews er efterfølgende blevet transskriberet og gennemgået med fokus på tilbagevendende emner og tematikker, som sidenhen er blevet kategoriseret og sammenlignet på tværs af de tre grupper og med fokus på baggrundsvariabler som uddannelsesniveau og socioøkonomisk status. Med henblik på at belyse det indsamlede materiale og bearbejde det på et begrebsmæssigt plan har jeg inddraget nyere socialvidenskabelig teori om patientidentiteter og numeriske repræsentationer af den menneskelige krop.

Biomagt, biosocialitet og bioborgere i relation til forebyggende sundhed

Som et samlet felt nærmest inviterer forebyggende sundhed og medicin til en analyse, der følger Foucaults tanker om biomagt (Foucault, 1991: 265). Hvor magt traditionelt var knyttet til den suveræne stats trussel om fysisk magtanvendelse, er biomagt en bestemt magtteknologi, der er kendetegnende for den moderne nationalstat og for kapitalismen. Den bygger på en rational legitimering af disciplinering gennem en lang række tekniker, der underordner kroppe og udøver kontrol over befolkninger (ibid.: 262). I centrum for denne rationelle legitimering ligger en implicit forståelse af, at bio-magtens interventioner handler om beskyttelse af liv snarere end om truslen om død (ibid.), hvilket passer fint med den eksplosive vækst vi i Danmark har set i den medicinske behandling af asymptomatiske tilstande som forhøjet blodtryk og kolesterol. Personer der dagligt måler deres blodtryk og tager medicin for statistisk udregnede risici, minder på mange måder om Foucaults beskrivelser af det auto-regulerede og auto-korrigerende selv, der findes i hans arbejde om selvteknologier, idet han definerede disse som de tekniker, der gør det muligt for individet at arbejde på egen krop og sjæl med henblik på forandring (Foucault, 1997a: 225). I forhold til det analytiske ærinde i denne artikel kan det hævdes, at de billige måleteknologier bliver til vigtige redskaber for selvteknologiens udfoldelse.

I en videreudvikling af Foucaults begrebsapparat med henblik på forebyggende sundhed har Rabinow gjort sig følgende relevante iagttagelser:

Modern prevention is above all the tracking down of risks. Risk is not a result of specific dangers posed by the immediate presence of a person or a group but rather the composition of impersonal "factors" which make a risk probable. Prevention, then, is surveillance not of the individual but of likely occurrences of diseases, anomalies, deviant behavior to be minimized, and healthy behavior to be maximized. (Rabinow, 1996: 101)

Ved yderligere at påpege, at folk ofte samles omkring en specifik biologisk tilstand som et kollektiv, er Rabinow blevet ophavsmand til begrebet biosocialitet, der som begreb favner de forskellige måder, hvorpå biologiske tilstande gennem nye videnskabelige og diagnostiske teknologier lægger grunden for nye former for socialitet og fællesskaber (ibid.: 102). Selv fremdrager Rabinow genetiske test som det klareste eksempel, men biosocialitet er også blevet anvendt til at analyse-

re en lang række andre fællesskaber organiseret med udgangspunkt i biologiske tilstande. I en gentænkning af Rabinows begreb, har Hacking således bemærket:

A set of people with a risk factor is a biological, not social, group. But people at risk for the same disease will clump together for mutual support, joint advocacy, and, in many cases activism. [...] They are of course, biosocial, that is, societies formed around a biological condition. (Hacking, 2006: 91)

Det slående ved begrebet biosocialitet er således, at det udstyrer os med en optik, hvorunder folk ikke blot er passive objekter for biomagtens udøvelse, men hvor de med afsæt i den biologiske tilstand mobiliserer sig aktivt i forhold til at kræve rettigheder og serviceydelser. I endnu en videreudvikling af begrebsrækken, kaldes dette for biologisk borgerskab. Oprindeligt blev begrebet brugt af Petryna til at analysere hvordan ukrainere, der havde været udsat for radioaktiv stråling i forbindelse med den atomare ulykke i Chernobil i 1986 (Petryna, 2002; Petryna, 2004), kæmpede for rettigheder og særlig støtte med udgangspunkt i deres biologiske tilstand. Siden har biologisk borgerskab været anvendt i andre sammenhænge til at analysere hvordan folk indskrives i civilsamfundsorganisationer, der lobbyer og agiterer for tilgængeligheden af bestemte typer af behandling og medicinering i forhold til specifikke tilstande (eksempelvis hiv/aids i Sydafrika). I en mere direkte forlængelse af Rabinows oprindelige fokus på nye teknologier, anvender Rose og Novas biologisk borgerskab til at begribe landvindinger indenfor biomedicin, bioteknologi, og forskningen i den menneskelige arvemasse. Rose og Novas ser både på, hvordan biologiske borgere skabes ovenfra samtidig med at de skaber sig selv nedefra (2005: 41, 43). I en senere artikel har Rose uddybet:

I use the term "biological citizenship" descriptively, to encompass all those citizenship projects that have linked their conceptions of citizens to beliefs about the biological existence of human beings, as individuals, as men and women, as families and lineages, as communities, as populations and races, and as species. (Rose, 2007: 132)

I en kontekst som provinskommunen Vordingborg er det biologiske borgerskab mest synligt gennem tilstedeværelsen af lokale filialer af foreninger såsom: Diabetesforeningen, Hjerteforeningen, Hjernesagen, Ældresagen, osv. Som det vil blive tydeligt i gennemgangen af Karens historie nedenfor, er sundhedsfremmende aktiviteter som stavgang og svømning ofte organiseret i regi af Ældresagen, hvilket kan ses som en manifestation af de måder, hvorpå folk selv påtager sig ansvaret for disciplineringen af deres kroppe. Selv om mange mennesker deltager i disse

aktiviteter, er det for vidtgående at hævde, at de identificerer sig ene og alene som patienter, ældre osv. Som det vil fremgå af Elizabeths historie, er det imidlertid ikke nødvendigvis alle, der finder de sociale aspekter af fælles aktiviteter ønskværdige, eller ser nogen pointe i at blive medlem af patientforeninger. Nogle vil, som Elizabeth, i stedet foretrække at bruge internettets muligheder for at søge sundhedsinformation og kombinere disse med anvendelsen af lavpris-teknologier i form af forskellige måleapparaturer, der kan bruges hjemme. Det forhold, at internettet har styrket borgere og patienters muligheder for ved egen kraft at søge sundhedsinformation, har fået Bos et al. til at tale om dem, der anvender disse kanaler som en opdateret version af den klassiske patientrolle – som en "Patient 2.0"¹ (Bos et al., 2008: 164). "Patient 2.0" var også titlen på et velbesøgt symposium afholdt ved Århus Universitet i maj 2010, hvor arrangørerne trak på Haraway's begreb om "the cyborg" (1995) for at arbejde med en forståelse af det faktum, at patienter i stigende omfang lever med eller gør brug af en række teknologier til at forbedre eller måle deres sundhed uden for klinikken (men ofte på opfordring af klinikken). Symposiet bød desuden på oplæg fra professionelle fra sundhedsområdet, der beskrev de udfordringer de står over for nu da patienterne har adgang til højt specialiseret, medicinsk viden fra internettet. Pointen syntes at være at udviklingen ikke kun er med til at styrke patienterne, men at den samtidig undergraver den sundhedsfaglige autoritet, når lægen eller sygeplejersken præsenteres for udskrifter fra nettet i deres daglige arbejde. Ydermere er den (noget krævende) Patient 2.0 blomstret op i en tid, hvor demografiske ændringer øger presset på de i forvejen begrænsede midler, som sundhedsvæsenet har til rådighed.

Alt imens det kan være nyttigt at diskutere og begrebsliggøre patienters identitet og status i lyset af den seneste teknologiske og videnskabelige udvikling, er der også en fare for, at begreber som biosocialitet, biologisk borgerskab, eller patient 2.0 bliver anvendt lidt for programmatisk og mekanisk i en analytisk forstand. I en artikel om identiteter og subjektiviteter indenfor sundhed har Whyte således for nylig påpeget vigtigheden af fortsat at kontekstualisere og yde patienternes livsverdener stor opmærksomhed (2009: 11). I forhold til begreberne biosocialitet og biologisk borgerskab, foreslår Whyte at de bedst anvendes til at stille empiriske spørgsmål til, hvordan (og hvorvidt) de kommer til udtryk i specifikke sammenhænge (ibid.: 10). Det er lige præcis, hvad denne artikel søger at gøre i forhold til to ældre kvinder i Vordingborg, som arbejder på deres helbred ud fra en forestilling om den trussel som livsstilssygdomme udgør for dem. Analysen vil vise, at måleteknologier og numeriske værdier spiller en meget central rolle i det arbejde,

som de to kvinder gør for at holde sig fri af risici, men at socialitet og tilknytning til organisationer betyder noget meget forskelligt for dem.

Karens sociale engagement

Det er en kold og regnfuld dag da jeg første gang møder Karen, som er en 60-årig pensionist. Sammen med en gruppe kvinder i alderen 50-75 år venter hun kl. 10 foran en sportshal denne fredag formiddag i april 2010. Grundet det dårlige vejr har kun få deltagere fundet vej til denne uges stavgang, som arrangeres af Ældresagens lokalafdeling. Jeg ankommer med stavgangsinstruktøren og hendes mand (den eneste mand!) og vi inddeler os hurtigt i to grupper: én for de hurtige, som kan klare fem-syv kilometer, og én for de mere moderate, der som Karen kan klare to-tre kilometer i ét stræk. Der er en energisk atmosfære i gruppen og en masse småsnak og gensidig opdatering pågår. Temaerne sundhed og sygdom fylder ganske meget i disse udvekslinger, eftersom deltagerne beretter om deltagerens - eller deres ægtefælles - konsultationer hos læger og specialister siden sidst. Der bliver også spurgt grundigt til udkommet af diverse blodprøver og tests, som de forskellige konsultationer har kastet af sig. Som flere af de andre stavgangsdeltagere er Karen også en del af en gruppe af pensionister, der svømmer hver torsdag. I løbet af stavgangsovelsen taler de derfor om, hvor mange baner de formåede at svømme i hallen tre dage tidligere, ligesom de kommenterer på, hvem der var til stede eller fraværende ved den lejlighed – og hvorfor. Ved afslutningen af stavgangen løfter halvdelen af deltagerne deres jakker og eksponerer derved en lille skridttæller, der er fastgjort til deres bukser. Karen synes at være tilfreds med det antal skridt hun har opnået, mens et medlem af den hurtige gruppe beklager sig over, at det antal skridt, der vises på hendes tæller, ikke tilnærmelsesvis er lige så højt som sidste uge, selv om de har gået den præcis samme rute. Vedkommendes ærgrelse får de andre deltagere til at fremsætte gode råd om, hvor hun kan købe en ny tæller, der er god til prisen, så denne numeriske uorden ikke skal gentage sig.

En måned senere sidder jeg i Karens køkken i et meget ordentligt og velholdt gårdhus, der ligger ude på landet. Før det båndoptagne interview går i gang drikker vi kaffe og spiser nogle velvoksne stykker wienerbrød sammen med Karens mand, Tom, som fortæller, at han ikke er så interesseret i at slutte sig til hverken stavgangsgruppen eller svømmegruppen. Før hun blev pensionist havde Karen heller ikke selv kunnet finde tid til at motionere på en daglig basis, fordi hun som gårdkone, industriarbejder, og mor til to simpelthen havde travlt. For to år siden blev hun imidlertid overtalt til at slutte sig til både stavgangs- og svøm-

megruppen af en veninde, som hun kender fra et håndarbejds kursus. Disse aktiviteter har i kombination med cykling forbedret hendes sundhedstilstand, som "bare bli'r bedre og bedre", som hun siger. Denne udvikling skal ses i lyset af, at Karen som 50-årig var indlagt på hospitalet i tre måneder, fordi en bindevævssygdom nær havde bundet hende til sengen for evigt. Nogenlunde samtidig oplevede Tom et nyresvigt, mens Karens bror døde af en tilstand, som også var relateret til en bindevævssygdom, hvorfor hun genkalder sig de år som en svær tid. Efter en længere sygdomsperiode kæmpede Karen sig tilbage til arbejdsmarkedet, selv om hun var nødt til at tage adskillige medikamenter for at kunne klare sine daglige forpligtelser. Karen går til generelle sundhedstjek hos sin praktiserende læge hver sjette måned, hvor hun bl.a. får målt sit blodtryk, mens hun går til opfølgning på hospitalet på kvartalsbasis. Karen har ikke en blodtryksmåler derhjemme, for som hun siger:

Min læge stoler ikke på de billige man kan købe i supermarkedet. Så får man jo så et med hjem, så man skal måle her i faste rammer. Og så lægger han de tal sammen og dividerer, og så får han så et blodtryk og det var fint.

For nylig er Karen nået dertil, at hun har kunnet stoppe sin medicinering for forhøjet blodtryk, fordi trykket er faldet som følge af hendes øgede fysiske aktivitet. Selv om hun ikke har en blodtryksmåler, er hun i besiddelse af en skridttæller og en lille computer til cyklen. Skridttælleren har hun anskaffet ved det lokale apotek, og jeg stiller hende nogle spørgsmål om, hvordan hun bruger det:

B: Hvad fik dig til at købe den?

K: Jamen, det var lidt spændingen, tror jeg – med sådan lige at følge lidt med i hvor meget man egentlig bevæger sig. Nu var der en dag hvor jeg punkterede på cyklen der var jeg oppe på 15.000 skridt den dag, fordi jeg måtte gå hjem. Det var da meget sjovt. Der var godt nok langt.

B: Hvor mange skridt skal du så tage?

K: 10.000 siger de. Det når jeg så ikke til daglig. Men omkring en 5-6.000 stykker.

B: Du har den også på nu?

K: Ja, det har jeg da. Den er oppe på 827 nu.

B: Hvad så hvis du ikke får den på om morgenen?

K: Det er så det. Det er sådan en fin og moderne ting, så den går jo heldigvis tilbage til nul ved midnat.

B: Når du siger 'de' siger 10.000 – hvem er de så?

K: Det ved jeg egentlig ikke. Man siger, at man skal gå 10.000 skridt om dagen. Det anbefales. Jeg ved ikke, hvem de er.

B: Det kunne jo også være nogle af de andre, som du kender, der har skridttæller.

K: Nej.

B: Hvor ville du søge den slags information?

K: Det ved jeg faktisk ikke. Altså - jeg har jo et internet, men det er jo ikke ret meget jeg bruger det.

B: Har du været på nettet for at søge om noget i forbindelse med din bindevævs-sygdom?

K: Nej.

I løbet af interviewet fortæller Karen i øvrigt, at hun er meget glad for de ydelser, som hun har modtaget fra det offentlige sundhedssystem, hvilket delvis forklarer, hvorfor hun ikke har søgt sundhedsinformation andre steder. Hendes tiltro til "10.000 skridt om dagen" bekræfter også, at Karen ikke matcher beskrivelsen af "Patient 2.0" ret godt. Hendes involvering i stavgangs- og svømmegrupperne kommer på den anden side tættere på forestillingen om bio-socialitet og biologisk borgerskab, eftersom disse aktiviteter er organiseret af lokale organisationer, der arbejder for ældres rettigheder (biologi i kraft af kroppens alder), og fordi hun blev overtalt af en veninde snarere end gennem rekruttering via et offentligt program. I den historie Karen fortæller om sin sygdom, forbinder hun ikke sin nyfundne livsstil med regelmæssig motion med de lidelser, som hun tidligere har haft. Snarere lægger hun vægt på, at hun nu som pensionist har både tid til - og et socialt behov for - at deltage i sådanne aktiviteter, hvilket bekræfter det overordnede billede af Karen som en person, der søger at leve op til forestillingen om den aktive ældre (cf. Katz, 2000). Oven i købet overvejer hun nu også at melde sig til pensionistgymnastik. Herved adskiller hun sig ret kraftigt fra sin mand Tom, som på trods af en type-2-diabetes og medicinering for både forhøjet blodtryk og kolesterol ikke ønsker at slutte sig til de aktiviteter, som Karen så entusiastisk har involveret sig i. I forhold til motivation, synes Karen at have taget et par skridt i retning af at orientere sig numerisk. Selv henfører hun dog sin brug af skridttæller og cykelcomputer til ren spænding og sjov:

Altså – man skal jo bare lige se om man kan komme lidt længere næste dag. Ahmm – det er da kun for spændingens skyld. Det er da ikke noget med, hvis jeg ikke når det jeg skal at så jeg farer ud og render rundt om laden 30 gange, for at nå op på det jeg skal. Det er ikke andet end pjat og sjov.

På én måde har Karen naturligvis ret, når hun taler om det numeriske aspekt som et uskyldigt udkomme af brugen af målere af dagligdagsaktiviteter. I kombination med målingerne fra lægekonsultationen og hospitalet og de abstraherede numeriske standarder, der bruges til at kategorisere stadier af normalitet og patologi, er der imidlertid mere på spil end man umiddelbart aner. Jeg vil foreslå, at vi med inspiration fra Møl kan opfatte denne udvikling som et skred hen imod en situation, hvor Karen orienterer sig lige så meget mod målingerne af sin krop, som hun orienterer sig mod de kropslige sensationer. Dette gør sig i næsten endnu højere grad gældende i den næste fortælling om den elleve år ældre Elizabeth.

Elizabeths beslutsomhed

Faktisk kom jeg til at interviewe Elizabeth, en 71-årig pensionist, ved et tilfælde, eftersom jeg foretog et interview med hendes mand, Karl, om et seriøst hjerteanfald, som han havde oplevet sent i 2009. I forhold til mange af de spørgsmål, som jeg stillede ham, var han lidt langsom til at svare. Ude fra køkkenet, hvor hun sad og lyttede med, lød Elizabeths stemme prompte og specificerede det eksakte tidspunkt, dato, blodtryksniveau eller testresultat, eftersom hun holder styr på Karls medicin og sørger for, at han får målt sit blodtryk på en ugentlig basis. Således beskriver Elizabeth deres respektive interesse i sundhedsspørgsmål med brug af numeriske værdier som værende "90/10", og henholder dette forhold til, at hun i 1980'erne arbejdede som hjemmehjælp og "tog kurser om alle mulige slags sygdomme", som hun siger.

Hver søndag aften er det således Elizabeth, der doserer Karls medicin for den kommende uge i den lille plastic-beholder, som apoteket har udstyret ham med. Ifølge Elizabeth har deres fælles praktiserende læge gennem tre årtier derfor bedt hende om at følge med, når Karl skal til konsultation, fordi hun har en bedre forståelse af sundhedsspørgsmål. Karl, der er næsten ti år yngre end Elizabeth, synes at være enig, selv om han på alle mulige andre måder er en overmåde selvstændig mand, som er formand for adskillige lokale foreninger og bestyrelser og således lever op til en klassisk forestilling om en aktiv borger. Den beslutsomhed og det overblik, som Elizabeth udfolder i forhold til Karls helbred, kommer naturligvis

også til udtryk i forhold til, hvordan hun håndterer sit eget helbred. Tidligt i det interview, som jeg gennemførte med hende, forklarer hun således:

Jeg har sukkersyge – men kun i gråzonen. De har givet mig en masse forklaringer på, at [hvis blodsukkeret stiger] så kommer jeg til at skulle have insulin. Men jeg ligger altså dernede, hvor han [hendes praktiserende læge] ikke rigtig ved, om jeg har sukkersyge eller ej. Og det er lidt irriterende for min læge, for han tror, at han ved alt. Men han har altså glemt, at jeg bestemmer også lidt selv. Så – medicinen er trappet ned - og det er bare fint. Kolesterolet er nede, hvor det skal være, og blodtrykket er nede, hvor det skal være. Det er 115 over 70. Jamen, det er bare det hele.

Elizabeth måler sit blodtryk hver uge med en billig blodtryksmåler, som hun har købt i det lokale supermarked, men hun kæmper med at få Karl til at måle sit blodtryk regelmæssigt. Efter Karls hjerteanfald, har Elizabeth været forhindret i at gå på de daglige ture, som hun tidligere har brugt til at holde sine tal nede med, fordi hun frygter, at han skal få endnu et anfald, mens hun er ude at gå. Med fokus på sit eget blodtryksniveau siger hun videre:

Jeg ved godt, at hvis jeg kan holde helt op med at ryge, så vil det give fem streger ned. Det ved jeg udmærket godt. Stadigvæk – hvis jeg bare kan komme i gang med at gå igen ovenpå det dér [Karls hjerteanfald], så kan jeg nok komme ned, så jeg er fri for medicin – det vil jeg tro. Og det er så mig, der bestemmer det, for jeg ved, hvad der skal til.

Adspurgt hvorvidt hun går sammen med andre – eksempelvis i en stavgangsgruppe - eller alene, svarer Elizabeth:

Nej, jeg går alene. Jeg gider ikke høre alt det der familiesladder [...]. Jeg kan ikke klare de der madammer [som siger] "min mand er tosset" og alt det der – det gider jeg ikke. Alt det sladder – det gider jeg ikke. Du skal fortælle din familiehistorie – det er en lille by – jeg har været hjemmehjælper. Jeg ved godt, hvad snakken går om, så jeg holder mig for mig selv.

Elizabeth finder det oven i købet besværligt at gå tur sammen med Karl, fordi hun synes han er for langsom. I en sidestilling af sig selv med en bil, siger Elizabeth, at "når den kører 80 kilometer, så kører den 80 kilometer i timen", hvilket dermed også gør sig gældende for hendes gangtempo. I fire år har Elizabeth desuden været den lykkelige ejer af en skridttæller, som hun anskaffede sig hos den lokale isenkræmmer. Hun omtaler den som "sladreapparatet", og jeg spørger hende, hvor mange skridt hun sigter mod at tage per dag:

E: Jamen, den skal jo helt op på 16.000, hvis det er godt. Efter alderen, så skal det være oppe på 16.000.

B: Og hvor har du de tal fra?

E: Blandt andet diabetesforeningen, men altså flere steder. Det svarer til, hvad de skriver i bladene og på nettet. Men altså – jeg har ikke været over 11.000 om dagen. Og så vil jeg så undskylde mig med, at de første par skridt om morgenen, når jeg går rundt herhjemme, der får jeg den ikke på. Der går jeg også nogle skridt – i hvert fald 500.

B: Vil det sige, at du er medlem af diabetesforeningen?

E: Nej, det er jeg ikke.

B: Men du bruger deres hjemmeside?

E: Ja, jeg bruger alt hvad jeg kan komme i nærheden af, bare det er gratis.

Eftersom Elizabeth ikke selv kan måle sit kolesterolniveau, får hun det tjekket hos sin praktiserende læge hver tredje måned. I mellemtiden er hun uhyre bevidst om, at hendes kost vil påvirke udkommet af den næste måling:

Jeg ved, at hvis nu vi har haft gæster, eller vi har været ude – selv om min læge siger, at det skal jeg ikke tage mig af – men det er jo klart, at nu her i påsken, hvor vi har haft gæster to-tre dage – så får man altid lidt mere fed mad. Og der er jeg så OBS på det, for det er jo nok, når der først er en skavank. Så er det jo nok til at sætte det op. Kommer du ud – vil du godt have en is. Mange gange har jeg lyst til det, men mange gange ved jeg også, at nu har der været noget et par dage, så tager jeg ikke en is. Hvad ikke ret mange ved er, at is det sætter det altså så kolossalt meget op.

I de forskellige uddrag anført ovenfor er det signifikant, at næsten alt, hvad Elizabeth siger, refererer tilbage til en numerisk værdi snarere end til hendes egen krop eller kropslige erfaring. Ved at sammenligne sig selv med en bil gør hun brug af en analogi, der vækker mindelser om den sammensmeltning af menneske og maskine, som fremføres i litteraturen om cyborgeren. Desuden stemmer den assertive position, som hun indtager i forhold til den medicinske viden og ekspertise, der tilbydes af hendes praktiserende læge, overens med de tendenser til øget patientselvbestemmelse, der er en implicit del af begrebet om Patient 2.0. Elizabeth anvender også internettet til at søge efter tilgængelig viden, der sætter hende i stand til at planlægge sine fysiske aktiviteter, så hun kan stoppe med at tage medicin mod forhøjet blodtryk og kolesterol og komme ud af gråzonen i for-

hold til diabetes. Samtidig søger hun tydeligvis at undgå sociale kontekster, der sigter mod at øge fysisk træning, fordi hun generes af sociale krav om at sladre og udveksle historier. Elizabeth er heller ikke et sandsynligt medlem af én af de patientforeninger, hvis hjemmesider hun bruger så flittigt, fordi hun er meget opsat på at spare penge.

Kleinman efterspørger, at vi som forskere har blik for, hvad der virkelig betyder noget for almindelige mennesker (2006: 1), og mod slutningen af interviewet overraskede Elizabeth mig således ved at sige:

Men det er jo ikke som sådan, at det er for helbredets skyld, vel. Det er for min pengepungs skyld, for hvis jeg ikke tænker på helbredet, så bliver jeg tykkere. Så skal jeg købe nyt tøj, og det er altså dyrt. Sådan er det. Jeg går ikke og tænker på, nu skal du passe på dér, og nu skal du passe på dér. Jo, for vægtens skyld. Jeg tænker ikke på det som for helbredets skyld. Så går det for vidt, hvis man skal gå op i det for helbredets skyld.

Mere end noget andet, læser jeg dette udsagn som Elizabeths afvisning af de moralske værdier, der konnoterer nutidens forebyggelseskampagner. Det er hendes måde at sige til forskeren fra Center for Sund Aldring, at selv om hun har taget enkelte dele af den fysiske egenomsorg til sig, så abonnerer hun ikke fuldt ud på forebyggende sundhed i en ideologisk forstand. Den ideologiske modvilje mod sundhedsmoralitet, som jeg sporer i Elizabeths udsagn, ræsonnerer med introduktionen til en interessant antologi, der har titlen "Against Health":

...health is a concept, a norm, and a set of bodily practices whose ideological work is often rendered invisible by the assumption that it is a monolithic, universal good. Sometimes, to be sure, this ideological function works for the betterment of many people by promoting herd immunity, longevity, happiness or calm. Other times, ideology obfuscates the ways in which the good health of some persons depends on the ill health of others, or promotes purely political agendas under the guise of passion or concern. (Metzl, 2010: 9).

Som det tydeligt fremgår, har Elizabeth en stærk fornemmelse for den moralsk ladede dagsorden, der kan siges at være en del af de forebyggende sundhedsinitiativer (Lupton, 1995: 2). Elizabeth vil selv bestemme om hun går ture, ryger, spiser eller drikker noget, der er usundt. Ved at reformulere målet for sine handlinger, trækker hun ikke alene bestemmelsesretten tilbage til sig selv. Ved at pege på sin garderobe (og den potentielle omkostning ved at skulle skifte den ud) som den primære motivationsfaktor for hendes kost- og motionsvaner, vender hun

også fortællingen på hovedet. Imidlertid trækker hun i hele processen på en lang række tal, målinger og abstraktioner, som først og fremmest er skabt og investeret med mening i den forebyggende medicin.

Konklusion

De to fortællinger som er inkluderet i denne artikel, har vist, at de numeriske standarder og målinger i allerhøjeste grad er blevet til en del af de historier, som folk selv fortæller om deres krop og om følelsen af - eller manglen på - fysisk velvære. Den mest vidtrækkende tilgang ville derfor være at konkludere, at både Karen og Elizabeth i et vist omfang lever gennem tal i og med, at de forholder sig til deres kroppe gennem tal. Denne situation er til dels gjort mulig gennem tilgængeligheden af billige teknologier såsom badevægte, skridttællere, blodtryksmålere og cykelcomputere i kombination med de langt mere kostbare former for udstyr såsom scannere, der findes på hospitaler og klinikker. Dernæst er historierne muliggjort gennem numeriske standarder og grænseværdier, der bruges til at definere normalbegrebet i forhold til alle aspekter af livet og den udbredte cirkulation af 'anbefalede niveauer' for dette og hint. På interessant vis er disse værdier nu blevet genstand for en stor opmærksom gennem hjemmesider, aviser og medier i den bredest mulige forstand. I stil med Karen er mange mennesker derfor bekendt med ganske specifikke anbefalinger uden dog at vide, hvorfra de stammer. I den sundhedsforebyggende tidsalder er vi faktisk ved at drukne i sundhedsanbefalinger, der på numerisk vis specificerer alt fra anbefalede antal genstande, over anbefalede antal timers søvn, til body mass index, antal daglige skridt, blodtryks- og kolesterolniveau.

Selv om man med nye forståelser af patienter som henholdsvis biologiske borgere eller biosociale individer kan forklare delelementer i Karens og Elizabeths væren, viste disse kategoriseringer sig utilstrækkelige i forhold til at forstå kvindernes hverdagspraksis og umiddelbare livsverden. Dette skyldes måske at kategorierne er lidt for orienterede mod at forklare en form for substans i patientbegrebet, som ikke stemmer godt overens med den risikoramte forebyggelsespatient, der bliver til gennem tal snarere end gennem oplevelsen af symptomer. Som Whyte påpeger, udfolder biomagt sig ikke i en ligefrem proces, der kommer til udtryk i bioidentiteter, subjektiviteter, eller socialiteter (2009: 11). Pointen i denne artikel er derfor, at selv om tallene ikke fortæller os, hvad vi skal være, så fortæller den forebyggende sundhed os noget om, hvordan vi bør relatere til vores egen

krop gennem monitoreringen af individuelle tal målt op imod værdier udregnet på befolkningsniveau. Det følger heraf, at der kan være mange måder at relatere til sine tal på og dermed mange måder at leve gennem tal.

I Elizabeths tilfælde er det således interessant, at hun afviser den moralsk ladede dagsorden, selv om hun på samme tid er orienteret mod numerisk normalitet – i det mindste i forhold til, hvordan hun relaterer til tilstanden af prædiabetes. Omvendt lyder Karens historie om et stærkt forøget socialt engagement forbundet med fysiske træningsaktiviteter næsten som en rollemodel kopieret fra en brochure om sundhedsfremme, idet hendes fysiske og psykiske velvære er blevet forbedret. Dette er måske bedst eksemplificeret ved, at den medicinske behandling af hendes forhøjede blodtryk er blevet seponeret, efter at hun er begyndt at motionere. Karen synes mindre interesseret end Elizabeth i selve substansen af de talmæssige værdier, som hun modtager fra sine måleapparater. Til gengæld beskriver hun den legende spænding, som måleinstrumenterne giver mulighed for, eftersom man kan konkurrere med sig selv og andre, hvilket er et perspektiv, der også findes i anden litteratur om, hvordan medicinske teknologier kan være med til at konstituere og konfigurere sociale relationer (Langstrup og Winthereik 2008; Pols og Moser 2009). At måleriet også kan være foranlediget af sjov og motivation indfanges på passende vis i Karens bemærkning om, at skridttælleren heldigvis automatisk går tilbage til nul ved midnat. På denne vis bliver skridttælleren en håbets teknologi i den forstand, at der altid vil være en ny dag, hvor man potentielt kan leve op til sine målsætninger. Til trods for Karens udsagn om, at brugen af skridttæller og cykelcomputer bare er en fjollet leg, er det værd at bemærke, at hun som en god bio-borger stadig yder de offentligt fastsatte anbefalinger opmærksomhed og måler sine egne aktiviteter op imod disse.

Det forhold, at de abstraherede numeriske værdier er så håndgribelige og konkrete for Karen og Elizabeth i deres hverdagsaktiviteter, og at de fortæller om deres kroppe gennem tal, er en indikation af, at en numerisk repræsentation af virkeligheden er blevet så stor en del af hverdagens fænomenologi, at det ikke alene er en overførsel af biomedicinsk epistemologi fra forskningen til det levede ældreliv i Vordingborg, men at målingerne og tallene aktivt approprieres af de ældre. Når de numeriske abstraktioner bliver så gennemtrængende, skyldes det måske til dels, at man samtidig er nødt til at investere sin egen mening i dem, eftersom normalkurven ikke fortæller én, hvilken person man skal være i en social eller personlig forstand. Elizabeths kommentar om, at hun gør det hele for sin pengepungs skyld snarere end for helbredets skyld, underbygger denne pointe, mens Karen på sin side virker helt opslugt i processen med at blive

til en aktiv ældre. Hvad de har til fælles er således interessen for at gøre noget fysisk aktivt, hvilket de begge er blevet motiveret til gennem den forebyggende sundhedstankegang. Som denne artikel har vist, er det signifikante ikke alene, at hvert eneste skridt eller hjerteslag tæller, men at det i stigende omfang også rent faktisk tælles og fortælles.

Noter

1: Begrebet "Patient 2.0" ligger i forlængelse af det mere udbredte begreb "Medicin 2.0", som har været genstand for adskillige særnumre af *The Journal of Medical Internet Research* (se Eysenbach, 2008).

Referencer

- Bos, L. et al. (2008). Patient 2.0 Empowerment. In H.R. Arabnia, & A. Marsh (Eds.), *Proceedings of the 2008 International Conference on Semantic Web & Web Services SWWS08* (pp. 164-167). <http://www.icmcc.org/pdf/ICMCCSWWS08.pdf>
- Canguilhem, G. (1989[1966]). *The normal and the pathological*. New York: Zone Books.
- Danmarks Statistik (2011). *Befolkningstal*. København http://www.dst.dk/Statistik/nogletal/seneste/Befolkning/Folketal_kvartal.aspx
- Desrosières, A. (2011). Words and Numbers: For a Sociology of the Statistical Argument. In Saetnan, Ann Rudinow; Heidi Mork Lomell, and Svein Hammer (eds). *The Mutual Construction of Statistics and Society*. London: Routledge.
- Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. *Journal of Medical Internet Research* (p. e22). <http://www.jmir.org/2008/3/e22/>
- Fluehr-Lobban, C. (1994). Informed Consent in Anthropological Research: We Are No Exempt. *Human Organization*, 53, 1-10.
- Foucault, M. (1991). Right of death and Power over Life. In P. Rabinow. *The Foucault reader* (pp. 258-272). London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1997a). Technologies of the Self. In P. Rabinow (Ed.), *The essential works of Foucault, 1954-1984* pp. 223-252). New York: The New Press.
- Foucault, M. (1997b). On the Genealogy of Ethics: An Overview of Work in Progress. In P. Rabinow (Ed.), *The essential works of Foucault, 1954-1984* (pp. 253-280). London: Penguin Books.
- Greene, J.A. (2007). *Prescribing by numbers: drugs and the definition of disease*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hacking, I. (2002). *Historical ontology*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Haraway, D.J. (1995). Cyborgs and Symbionts: Living Together in the New World Order. In C.H. Gray (Ed.), *The Cyborg Handbook* (pp. xi-xx). New York & London: Routledge.

- Hvas, L. (2008) *Medicin til raske – en syg idé? Medikalisering og risikotænkning i almen praksis belyst ved kvinders overgangsalder*. Afhandling. Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdeling for Almen Medicin, Center for Sundhed og Samfund, Københavns Universitet.
- Katz, S. (2000). Busy Bodies: Activity, aging, and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies*, 14, 135-152.
- Kleinman, A. (2006). *What really matters: living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Langstrup, H. (2008). Making Connections through Online Asthma Monitoring. *Chronic Illness* 4, 118-26.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: public health and the regulated body*. London; Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Lægemedelstyrelsen (2010). *Lægemiddelsalget i Danmark*. København <http://www.medstat.dk/>
- Metzl, J.M. (2010). Introduction. Why Against Health? In J.M. Metzl, A. Kirkland (Eds.) *Against Health: How Health Became the New Morality* (pp. 1-14). New York: New York University Press.
- Mol, A. (2000). What diagnostic devices do? The case of blood sugar measurement. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21, 9-22.
- Muusman Research & Consulting (2006). *Sundhedsprofil for Ny Vordingborg Kommune*. København. <http://www.kommunen.vordingborg.dk/Everest/Publications/Afdelinger/Fagsekretariat-%20Sundhed/Sundhedscenter/20070419144820/CurrentVersion/sundhedsprofil-kort.pdf>
- Petryna, A. (2010). Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations. In B.J. Good, M.M.J. Fischer, S.S. Willen, & M.-J.D. Good (Eds.), *A Reader in Medical Anthropology* (pp. 199-213). Oxford: Wiley-Blackwell Publishing.
- Pols, J. & Moser, I. (2009). Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies. *European Journal of Disability Research* 3, 159-178.
- Rose, N., & Novas, C. (2005). Biological citizens. In A. Ong, & S.J. Collier (Eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems* (pp. 439-463). Malden and Oxford: Wiley-Blackwell Publishing.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Wadmann, S. 2010. *Ordination af blodtryksmedicin I Dansk Almen Praksis: En fortælling om, hvordan beslutningsusikkerhed reduceres og klinisk praksis formes*. Kandidatafhandling. Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet.
- Whyte, Susan. 2009. Health Identities and Subjectivities: The Ethnographic Challenge. *Medical Anthropology Quarterly* 23(1): 6-15.

Abstracts in English

On the art of life: a vitalist reading of medical humanities

Monica Greco

In a seminal and much cited paper, Rita Charon has described narrative medicine – and, more broadly, the opening of medicine to education in the humanities – in terms of a mission to develop skills of empathy, reflection, professionalism and communication. In this paper I propose that Canguilhem’s concept of vitalism and Alfred North Whitehead’s concept of the ‘art of life’ provide a lens through which we can read the propositions of narrative medicine and medical humanities in the context of a much broader historico-scientific problematic, and connect them with a wider set of ethical and political implications. After setting out the relevant concepts by drawing on Canguilhem and Whitehead’s work, in the latter part of the paper I explore the ethico-political question of how medicine might best serve the perfectibility of human beings, or the ‘art of life’. I do this via a historical excursus, by revisiting a debate between Viktor Von Weizsäcker and Karl Jaspers on the merits and dangers of the ‘introduction of the subject within medicine’. In their different historical context, Weizsäcker and Jaspers were able to articulate questions that remain relevant today, and that are implicit in the propositions of narrative medicine.

Credibility in illness – gender and class

Nanna Mik-Meyer

This paper explores the intersection of gender and class concerning welfare clients with medically unexplained symptoms. The study is conducted in Denmark using qualitative interviews with welfare officers and clients. The paper's focus is on how issues of gender and class intersect in the negotiation of illness among welfare officers and clients. The particular client group in question consists of individuals that are defined by their lack of a bio-medical diagnosis. Their 'lack' of identity accentuates how gender and class become central in the categorisation practices, constructing the ill person as either bio-medically sick or as a person who may be suffering but only from diffuse psychological problems. The paper shows that it is predominantly poorly educated women without a bio-medical diagnosis that welfare officers describe as suffering from psychological problems despite the fact that the women themselves focus on physical ailments in their illness stories. Men and better-educated women are described by the welfare officers as tired and exhausted or truly stressed after a long working life.

Training of controlled empathy in accelerated cancer pathways

Anne Roelsgaard Obling

This paper takes departure from sociology of emotions to explore the training of empathy and empathic response in accelerated cancer care. The paper focuses on a training workshop in empathic communication during which doctors from a cancer clinic learn to recognise and control the emotional frame of doctor-patient interactions. Through a descriptive analysis, it addresses how communication techniques are rehearsed and it discusses the effects of this training. It is shown that the performance of communicating empathically relies on standardised scripts, which direct and cultivate the conduct of doctors. The paper concludes that contemporary reforming drives in public health care insert a renewed focus on humanistic values in medical interaction between doctors and patients, such as a focus on doctors' modes of engagement in these interactions. However, these values increasingly become the aim of techniques of micro-management such as qualitative measurement and performance audit. In other words, attempts to improve softer dimensions of medical services entail a further standardisation of these dimensions.

Everyday Trajectories of Hearing Correction

Anette Lykke Hindhede

This paper reports on a qualitative study of the onset of acquired hearing impairment. The focus of attention is about why a person seeks treatment. The Danish welfare state serves the population 'in need' such as those with an audiological need and gives them guidance on becoming hearing aid wearers in order to rehabilitate them back to 'normal'. However, within audiological research, noncompliance has attracted much attention as investigations have shown that more than 20 percent of hearing aids are very seldom, if ever, in use and 19 percent are used only occasionally. As shown in the paper the form a problem takes is in large part a product of micro-political struggles. Hence, at the onset 'need' is often embedded in social pressure from significant others. The paper examines these two discursive frameworks and their constitution of (hearing) problems and concludes that norms of disease are complex and epistemologically contested and can help explain why noncompliance is dominant when it comes to hearing rehabilitation for hearing impaired adults.

Living by numbers: The use of measurement devices in the management of life style diseases in Denmark

Bjarke Oxlund

The advent of preventive health and medicine has led to a situation, where the risks of life style diseases are being medicated and where health understood as physical exercise and healthy diet have become a moral imperative. Many elderly Danes thus seek to manage their health condition by measuring their own bodies as well as activities of daily living through the use of devices such as weighing scales, blood pressure meters, pedometers, and bicycle computers. The results of these measurements are then matched against the scores that epidemiological surveys have established as the normal states. But what sense do people make of these measurement practices? And which bodily perception is promoted by the use of numbers? Based on preliminary insights from an ongoing fieldwork in Vordingborg municipality, this article analyzes two stories of elderly women for whom measurement of activities and bodily conditions has become a pivotal point in their everyday lives.

Prevention across the Public and Private: When Patients Defy Empowerment and Request more Professional Involvement

Kaspar Villadsen & Kathrine Hoffman Pii

The article presents findings from an empirical study among patients and professionals involved in a preventive health program at a Danish hospital. It shows how patients enrolled in the program interact with health professionals in ways that challenge assumptions common to governmentality studies of prevention and health promotion. This literature has successfully explored how contemporary health promotion transgresses the public/private boundary by shaping the values of collectivities and individuals to fit better with public health objectives. By exploring the complex co-existence and intertwinements of discipline and biopolitics in preventive practices this study eschews an interpretation that views the powers of the professional health system as invasive and one-directional. Instead, the study demonstrates how patients in various ways defy a 'patient-centered' and empowering approach and demand to be treated medically and disciplined in a more traditional sense. The blurring of the public/private boundary, then, cannot be straightforwardly described as a result of a professional health system that, more or less subtly, reaches into the private lives of patients. A more complex picture emerges, as patients' attitude reflect both traditional medicine and rationalities foreign to the health system.

Postponing the future: on the use of causal knowledge in prevention

Morten Hulvej Rod & Tine Curtis

This paper discusses the heavy reliance upon a particular kind of causal knowledge in prevention and health promotion. Based on ethnographic fieldwork with prevention professionals working with interventions targeting teenage drinking in Denmark, the paper argues that, while attempting to provide predictions for the future, prevention creates certain problems for itself in the moments of social interaction where it is practiced. The paper suggests that prevention can be seen as an attempt at postponing the future and through empirical examples it is il-

illustrated how this project causes a number of practical problems to prevention professionals. The paper begins by sketching the causal epistemology that dominates current public health research. Next, ethnographic descriptions of (i) an educational intervention in Danish schools and (ii) a meeting for parents arranged by a local public health agency provide the material for discussing the practical use of causal knowledge. It is shown that this knowledge becomes contradicted and undermined in the social interaction between public health practitioners and their target groups, and that – paradoxically – this knowledge tends to actualize the very phenomenon it seeks to prevent. The paper employs Bourdieu's distinction between two modes of anticipatory intelligence, the project and the protention, and argues that, in the interaction between prevention professionals and target group, the widespread use of causal knowledge might inhibit and counteract the situational competencies of prevention professionals.

Forfatterliste

Monica Greco

Ph.d. og senior lecturer ved Goldsmiths, University of London. Monica er særlig interesseret i de implikationer en dualistisk tænkning i medicinen får for forståelsen af, hvad der klassificeres som hhv. sundhed og sygdom. For yderligere information om hendes forskning, se www.gold.ac.uk/sociology/staff/greco/.

Nanna Mik-Meyer

Ph.d. i sociologi og lektor ved Institut for Organisation, Copenhagen Business School. Nanna har i en årrække arbejdet med sundhedsområdet med særlig fokus på, hvordan sundhed forhandles i mødet mellem borger og velfærdsstat. Hendes publikationer tæller både videnskabelige og formidlingsmæssige tekster, se i øvrigt www.mik-meyer.com.

Anne Roelsgaard Obling

Ph.d. og ansat på Institut for Organisation, Copenhagen Business School. Hendes forskning omhandler reorganisering af velfærdsorganisationer og deres ansatte, og hun har blandt andet bidraget med artikler om styring af sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen samt om organisering af professionelles følelsesarbejde.

Anette Lykke Hindhede

Postdoc, ph.d. og cand. mag. i pædagogik, Steno Center for Sundhedsfremme. Forskningsinteresser: forebyggelse og sundhedsfremme, diagnoser, smittes sociale liv, risikopfattelse og sygdom i hverdagslivet.

Bjarke Oxlund

Ph.d. i antropologi er ansat som postdoc ved Institut for Antropologi og Center for Sund Aldring ved Københavns Universitet. Hans seneste publikationer omhandler køn, forskningsetik, universitetsreformer, hiv-aids i Afrika, og aldring og teknologi.

Kaspar Villadsen

Lektor ved Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, CBS. Han er bl.a. forfatter til bøgerne Statsfobi og civilsamfund: Foucault og hans arvingers blik på staten. (2012, med Mitchell Dean) og Det sociale arbejdes genealogi (2004). Villadsen forsker i velfærdsledelse, velfærdsstatens forandring, magtteknologier, Michel Foucault, governmentality og sundhedsfremme.

Kathrine Pii

Cand. mag. i antropologi og ph.d.-stipendiat ved Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, CBS. Hendes ph.d. projekt undersøger, hvordan forebyggelse praktiseres i relationerne mellem sundhedsprofessionelle, patienter og teknologier og de nye former for ansvar, det forebyggende arbejde medfører for både patienter og professionelle.

Morten Hulvej Rod

Ph.d., cand.scient.anth. og adjunkt ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Han forsker i forebyggelse med særligt fokus på unge, rusmidler og de problematikker, der knytter sig til forebyggelsens videns- og værdigrundlag.

Tine Curtis,

Ph.d., mag.art. og chefkonsulent i KL Kommunernes Landsforening, hvor hun arbejder med strategi og udvikling af de kommunale sundhedsopgaver. Tine har tidligere i mange år været forsker og forskningsleder på Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, hvor hun ligeledes havde fokus på sundhed og forebyggelse i kommunerne.