

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

Forebyggelse på tværs af det offentlige og private: Når patienter trodser myndiggørelse og efterspøger mere professionel involvering

Kaspar Villadsen & Kathrine Hoffman Pii

CBS, Department of Management , Politics & Philosophy
kv.lpf@cbs.dk, khp.lpf@cbs.dk

Villadsen K. & Pii, K.H. (2012). Forebyggelse på tværs af det offentlige og private: Når patienter trodser myndiggørelse og efterspøger mere professionel involvering. *Tidsskrift for forskning i Sygdom og samfund*, nr. 17, 119-142.

Denne artikel diskuterer grænsen mellem det offentlige og private i aktuel patient-centreret forebyggelse i et foucaultiansk perspektiv. Artiklen præsenterer resultaterne fra en etnografisk undersøgelse af praktiseringen af patient-centreret forebyggelse og viser, hvordan de involverede patienter interagerer med sundhedspersonalet på måder, der udfordrer udbredte antagelser inden for governmentality-studier af forebyggelse og sundhedsfremme. Governmentality-litteraturen har med succes undersøgt, hvordan moderne sundhedsfremme overskrider grænsen mellem det offentlige og private ved at formgive grupper og individers værdier i overensstemmelse med sundhedspolitiske mål. Ved at inddrage Foucaults begreb om biopolitik får vi blik for de komplekse magtdynamikker, der udspiller sig i forbyggende praksisser. Og vi bliver i stand til at overveje andre tolkninger end at den, der anskuer det professionelle sundhedssystemets magt som invasiv og ensrettet. Vores undersøgelse viser, måske overraskende, hvordan patienter på forskellig vis trodser den 'patientcentrerede' og myndiggørende tilgang og søger mere traditionel lægevidenskabelig, objektivering og disciplinering.

Esther var til sin anden forebyggelsessamtale hos Lisa. Inden samtalen havde Lisa beskrevet Esther som en frisk 80årig dame, der trods både KOL og åreforkalkning var meget aktiv og dyrkede såvel gymnastik som golf. Under den sidste samtale havde de aftalt at Esther skulle forsøge at holde op med at ryge, hvilket hun havde prøvet adskillige gange før uden, at det var blevet til et varigt rygestop. Under samtalen spurgte Lisa ind til, hvordan det gik med rygestoppet:

Esther rapporterede omhyggeligt, hvordan hun i de sidste par måneder var gået til og fra cigaretterne. I en forsvarende tone udbød hun: "Men jeg talte med en af mine veninder i motionscentret, og hun sagde, 'bare fortsæt med at prøve, selv om du falder i, så skal du bare fortsætte', så det er det, jeg gør!". Lisa bekræftede smilende og kommenterede, at det var godt, at Esther var motiveret, og ja, hun skulle endelig fortsætte på den måde, som hendes veninde havde fortalt hende. Esther forsøgte at bakke dette yderligere op og sagde: "Ja, jeg ved det godt. Jeg skal stoppe!". Men her korrigerede Lisa hende: "Det er faktisk meget bedre, hvis du siger 'jeg vil stoppe'. Hvis du siger 'jeg skal', så bliver det noget uden for dig selv". Hun illustrerede sin pointe ved at lægge en knyttet hånd på bordet og dannede en halvcirkel rundt om den med sin anden hånd. "Kan du se det?", spurgte Lisa. Derefter lagde hun en knyttet hånd på sit bryst og sagde: "Det er meget bedre, hvis det kommer indefra, hvis du siger 'jeg vil stoppe med at ryge'". (Feltnoter)

Samtalen mellem Lisa og Esther stammer fra en konsultation som hører under et forebyggende program på et dansk hospital. Programmet kan ses som et af mange eksempler på nylige forsøg i det danske sundhedsvæsen på at bevæge sig væk fra tidligere tiders 'paternalistiske' tilgange over mod en mere holistisk og patientcentreret tilgang, som tager udgangspunkt i patienters personlige holdninger og særlige livsbetingelser (Kjær & Reff, 2010). I denne artikel stiller vi spørgsmålet, hvordan vi skal forstå denne tendens, der ses i aktuelle forebyggende og sundhedsfremmende initiativer. Vi anvender et foucaultiansk perspektiv til at belyse disse patientcentrerede tilgange og fokuserer særligt på, hvilken betydning disse har for forholdet mellem det offentlige og private.

Inden for den foucaultiansk inspirerede, kritiske sundhedsforskning er moderne sundhedsfremme og forebyggende teknologier ofte blevet tolket som redskaber til en problematisk overskridelse eller sløring af grænsen mellem offentligt og privat, idet den private sfære hævdes at blive invaderet af offentlige sundhedstiltag. Forskere inspireret af Foucault har især studeret programmer og 'ledelsesteknologier', som har som mål at facilitere patienters og grupperes selv-ansvarlige adfærd og identitetsarbejde og herved supplere den mere konventionelle behandling ba-

seret på diagnoser, medicinering og påbud (Larsen, 2011; Andersen, 2009, McGilivray, 2005). Disse iagttagelser har fremkaldt en del kritisk refleksion, især blandt akademikere og sundhedsprofessionelle. Men sådanne foucaultianske analyser af forskellige sundhedsfremmende strategier forbliver ofte på et programmatisk, idealiseret niveau og ser dermed bort fra spørgsmålet om, hvordan disse strategier bliver udøvet i praksis af patienter og fagfolk. Desuden har anvendelsen af Foucault stadig en tendens til at fortolke lægevidenskab og sundhedspleje som rodfæstet i mere eller mindre subtile strategier til social kontrol. En tendens, der er tydelig i den 'første bølge' af foucaultianske sundhedsstudier (Armstrong, 1983, 1995, Atkinson, 1995; Turner, 1997). Disse to tendenser gør det vanskeligt at identificere konkrete muligheder for de involverede aktører, samt at nå frem til en afbalanceret opfattelse, der også rummer overvejelser over de positive virkninger ved sundhedsfremme.

Sådanne vanskeligheder betyder imidlertid ikke, at vi helt skal opgive governmentality-tilgangen eller Foucaults begrebslige nyskabelser. I nedenstående hævder vi, at begreberne biopolitik og disciplin tilbyder et afbalanceret analytisk perspektiv på sundhedsfremme generelt og forebyggende praksis specifikt.

Artiklen er inddelt i fem hovedafsnit. Først præsenterer vi undersøgelsen, de anvendte metoder og udvælgelsen af cases. Det udvalgte materiale der præsenteres i artiklen fremføres som cases, der har en særlig 'kritisk' kvalitet: de muliggør en udfordring af de fremherskende konklusioner vedrørende grænsen mellem det offentligt og private, som drages i andre Foucault inspirerede studier af sundhedsfremme og forebyggelse. Dernæst præsenterer vi forebyggelsesprogrammet, som det fremstilles på "programmatisk" niveau af de sundhedsprofessionelle. Her fremhæver vi særligt programmets private orientering og de sundhedsprofessionelles bekymring om ikke at være for styrende overfor patienterne. Dette udfoldes i forhold til nogle fremherskende måder at løfte arven fra Foucault på inden for undersøgelser af sundhedsfremme og forebyggelse, som præsenteres i tredje afsnit af artiklen. Vi fremhæver her nogle svagheder i det generaliserede foucaultianske perspektiv på sundhed, især med henblik på at adressere den sundhedsfremmende praksis og de praktiske problemstillinger for de involverede aktører. I det fjerde afsnit præsenterer vi udvalgte analyser af forebyggelsesinteraktioner mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Her viser vi at fremstillingen af forebyggelse, som noget der invaderer patientens privatliv er forhastet og reduktionistisk i lyset af de komplekse forhandlinger af divergerende værdier, der kan iagttages i de konkrete møder mellem sundhedsprofessionelle og patienter. I femte afsnit præsenterer vi Foucaults begreb om biopolitik, som kontrasteres med

disciplinbegrebet. Vores interesse er hvordan man kan udvikle en tilgang, som er tilstrækkeligt kompleks til at rumme flertydighederne i den nuværende sundhedsfremmende praksis, der eksplicit søger at være sensitiv over for patienternes værdier og livsstil.

Undersøgelsens metode og udvælgelse af cases

Det empiriske materiale som udlægges nedenfor stammer fra et større etnografisk feltarbejde gennemført i 2009-2010 på en karkirurgisk klinik, som er fysisk placeret på to danske hospitaler. I to perioder på hver to måneder, fulgte en af forfatterne dagligdagen i de karkirurgiske ambulatorier med særlig fokus på de forebyggende praksisser, som udspiller sig både internt blandt sundhedsprofessionelle og mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Formålet med feltarbejdet var at undersøge, hvordan forebyggelse blev praktiseret, dvs. hvordan de forebyggende idealer og logikker, der udtrykkes i strategier og politikker udfolder sig konkret i forebyggelseskonsultationerne mellem sundhedsprofessionelle og patienter samt i det arbejde, som omkranser de forebyggende samtaler, fx administrative procedurer, videnskabeligt arbejde, intern planlægning, møder og uddannelse af personale (for andre praksisstudier af forebyggelse se Mather & Jansen 2010). Undersøgelsens data består primært af de feltnoter, som er blevet skrevet under feltarbejdet. Hensigten var at registrere de handlinger og interaktioner som udspillede sig mellem de sundhedsprofessionelle og deres patienter. Noterne indeholder også gengivelser og citater fra de mange uformelle samtaler som fandt sted under feltarbejdet. Disse samtaler tog ofte udgangspunkt i forudgående observationer og var rettet mod at få de sundhedsprofessionelle til at sætte ord på deres rutiner og 'selvfølgelige' handlinger. Artiklen trækker endvidere på et interview med den ledende sygeplejerske og data fra tre semi-strukturerede interviews og observationer, som blev udført med patienter i deres hjem med henblik på at få indsigt i, hvordan patienter opfattede og udførte forebyggelse hjemme.

Under feltarbejdet blev der gjort observationer af handlinger og samtaler, som udfordrede nogle af de gængse konklusioner, der bliver draget i andre Foucault inspirerede forebyggelsesstudier. Visse observationer satte særligt spørgsmål ved disse studiers kritiske tone og påpegnings af, hvordan offentlige sundhedsansligninger indskrives på subtil vis i det private domæne. Selv om undersøgelsens data viser, at patienter påtager og anvender de forståelsesrammer, som de sundhedsprofessionelle tilbyder, som en måde at forstå deres tilstand og deres forebyggende arbejde på (Pii 2010), så udfordrer patienterne også de grundprincipper som

forebyggelsesprogrammet hviler på. Som vi skal se trodser patienter programmet's fokus på selv-ansvar og fremsætter krav om mere ekspert involvering i deres forebyggelsesarbejde samt redefinerer programmet, så det imødekommer deres selvdefinerede behov. Vi fremhæver disse eksempler, ikke fordi de nødvendigvis er repræsentative i en kvantitativ forstand, men fordi de muliggør at supplere og udfordre de gængse kritikker, der formuleres i mange governmentalitets-studier. Disse eksempler bliver således, ifølge Flyvbjergs's definition (2006), "critical cases", som har en særlig kritisk egenskab. For så vidt, at den udvalgte klinik er på forkant med hensyn til at integrere forebyggende rådgivning i den daglige praksis, må vi antage at vores observationer har relevans for andre hospitaler, som er i færd med eller skal indføre et sådant forebyggelsesprogram. Eller, som Flyvbjerg sammenfatter det: "if this is valid for this case, it is valid for all (or many) cases" (Flyvbjerg 2006: 230). Vores case studium leverer imidlertid iagttagelser, som ikke let lader sig sammenfatte i kondenserede og afpuddede videnskabelige teser eller i generelle teoretiske påstande. Frem for at udgøre et problem, kan det dybdegående case studium illustrativt fremvise kompleksiteten i den virkelige verden: "To the casestudy researcher, however, a particularly "thick" and hard-to-summarize narrative is not a problem. Rather, it is often a sign that the study has uncovered a particularly rich problematic" (Flyvbjerg, 2006: 237). I vores tilfælde bidrager casestudiet med at fremvise den righoldige ambivalens i virkelighedens forebyggelsespraksisser. Idealet om patientcentreret forebyggelse og sundhedsfremme tages op af stadig flere hospitaler og sundhedsinstitutioner i Danmark og internationalt og diskussionen af, hvilke konsekvenser det har for patienter og sundhedsprofessionelle bør bero på en nuanceret viden om, hvordan idealet praktiseres. Vores ambition er at præsentere empiriske analyser, der kan både supplere og udfordre nogle af de mest fremherskende kritikker på området. Men ved at anvende det beskrivende casestudie ønsker vi at give plads til læserens egne fortolkninger og vurderinger af, hvilken resonans det har i andre specifikke kontekster.

I artiklen har vi ændret navne og visse identificerende detaljer ved de omtalte personer for at sikre de involveredes anonymitet. De sundhedsprofessionelle har været informeret om studiet og anvendelsen af observation som primær metode og feltnoter er blevet nedskrevet åbenlyst, så de sundhedsprofessionelle var opmærksomme på forskerens tilstedeværelse. Patienter og pårørende blev også informeret om studiet i starten af deres konsultation og har givet tilladelse til, at forskeren observerede samtalerne med henblik på at bruge disse i sin forskning.

Forebyggelsesprogrammet og dets 'private' orientering

Det forebyggelsesprogram, som studiet undersøger, er udviklet inden for det karkirurgiske speciale. Programmet er rettet mod patienter, der lider af 'claudicatio intermittens' eller såkaldt 'vindueskigger syndrom' i folkemunde, som er smertefulde lægkræmper der opstår ved gang. Lidelsen er et symptom på generel åreforkalkning, som er den hyppigste årsag til dødsfald i Danmark. Åreforkalkning er en lidelse hvor fedt/kalk ophober sig på indersiden af pulsårene, som medfører en reduceret blodgennemstrømning og dannelse af blodpropper, hvilket indebærer en forhøjet risiko for at udvikle alvorlige og potentielle dødbringende hjertekarsygdomme. Men herudover medfører sygdommen også alvorlige symptomer i benene, blandt andet smertefulde lægkræmper, der opstår fordi musklen ikke tilføres nok ilt på grund af den nedsatte blodgennemstrømning. Da åreforkalkning er kronisk, sigter behandlingen mod at lindre symptomerne og forhindre en forværring af lidelsen. I det karkirurgiske speciale har man tidligere taget sig af symptomlindringen ved at udføre forskellige kirurgiske indgreb, der genopretter blodgennemstrømningen i benene (fx ballonudvidelser og bypass operationer). I dag indgår forebyggende medicin (blodfortyndende og kolesterolsænkende medicin) dog som standard behandling for alle åreforkalkningspatienter både for de patienter, som tilbydes en operation og for de patienter, hvor det enten ikke er muligt at operere, eller hvor det vurderes, at tilstanden i første omgang kan afhjælpes med medicin og patientens egen forebyggende indsats på visse 'livsstilsfaktorer'. Det forebyggelsesprogram vi undersøger, har udvidet deres forebyggende indsats ved at tilbyde den enkelte patient en række samtaler med en sygeplejerske, som netop fokuserer på rygning, kost og motion, de såkaldte livsstilsfaktorer, der har stor indflydelse på lidelsen.

Samtalerne har et informativt sigte, hvor patienter "uddannes" i, hvordan rygning, motion og spisevaner påvirker udviklingen af åreforkalkning, som det hedder i det skriftlige materiale, der udleveres til patienterne. Samtidigt fremgår det, at samtalerne er individuelt tilrettelagt og tager udgangspunkt i, hvad den enkelte patient selv kan og er "motiveret" til at gøre (Patientinformation 2008, Karkirurgisk klinik, Sygehus X). Den information klinikken tilbyder sine patienter skal således forbindes med den enkelte patients særlige forhold og personlige motivation, hvilket afspejler programmets overordnede pædagogiske tilgang. I et interview med den ledende sygeplejerske, som var med til at udvikle programmet, fortalte hun, at netop tilgangen til patienterne i høj grad optog sygeplejerskerne i

programmets udviklingsfase, og hun beskrev de spørgsmål og overvejelser, som de diskuterede internt:

Hvad er det så vi skal tale med patienterne om, hvordan kommer vi ind på dem, hvad er vores rolle, hvordan kan vi gribe ind i deres liv? Og så brugte vi 'Den motiverende samtale', det var også moderne på det tidspunkt (...) For det er noget med at tage udgangspunkt i der, hvor patienten er og få dem til at fortælle, hvad er problemet og samtidigt give noget reel vejledning og noget reel information, og hjælpe dem med at bestemme, hvordan de skal sætte ind. Så vi snakkede allerede dengang om magtforholdet: Hvad vi tillade os og hvad er min rolle, og hvad kan jeg sige, de skal gøre? (...) Vi prøver at få patienten og den pårørende, dem der laver maden derhjemme eller hvis ægtefælle ryger, at få dem ind og få fat i dem og få snakket med dem og få dem motiveret til at ændre. (Interview, ledende oversygeplejerske)

De overvejelser, som sygeplejersken giver udtryk for, afspejler hvad vi kalder programmets 'private orientering', som først og fremmest tager udgangspunkt i patienters personlige motivation, men også inddrager patientens nære sociale relationer i sit arbejde. 'Den motiverende samtale', som programmet bygger på, er veletableret i det danske sundhedsvæsen og trækker på psykologiske teorier om adfærdsændring (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994), som netop fremfører, at adfærdsændring bygger på den enkeltes personlige motivation. Tilgangen udtrykker, at biomedicinsk viden og oplysninger ikke fører til direkte adfærdsændringer, men at enkeltpersoners selverklærede bekymringer, motivationer og mål er de centrale elementer i adfærdsændrende processer. Dette blev også ofte fremlagt af sygeplejerskerne. En af dem sagde blandt andet:

"Vi fortæller ikke folk, hvad de skal gøre. Vi forsøger at finde ud af, hvad der motiverer dem [...] og støtte dem og i deres beslutninger og i deres proces" (feltnoter).

Under samtalerne gøres dette konkret ved at knytte elementer fra patientens privatliv – familieforhold, arbejde, fritid, fremtidsønsker – sammen med det forebyggende ærinde, fx:

"Hvis du ved, at du skal på den rejse næste år, kunne det så ikke være motivationen for at holde op med at ryge og komme ud og gangtræne? Så du kan øge din gangdistance og være i stand til at følge med de andre i gruppen?" eller "Når du nu har opdaget at du faktisk ikke oplever rygetrang, når du spiller sammen med dine

bridgevenner, kunne du så ikke dyrke det noget mere og bruge dem til at støtte dig med at holde op?" (feltnoter).

Udover den 'private orientering' udtrykker oversygeplejerskens tidligere udtalelse også et andet tema, som er relevant for diskussionen af grænsen mellem det offentlige og private i sundhedsfremmende og forebyggende initiativer, nemlig en bekymring eller forsigtighed omkring hvor intervenerende sygeplejerskerne kan tillade sig at være overfor patienterne. Den ledende sygeplejerske problematiserer relationen mellem sundhedsprofessionel og patient som et "magtforhold", der kræver at sygeplejersken forholder sig til sin fremfærd. Dette reflekterede sygeplejerskerne også flere gange under feltarbejdet. De modstillede ofte deres aktuelle tilgang med en tidligere moraliserende og disciplinerende fremfærd, som de karakteriserede som "løftede pegefingre" og "hiven i ørene" (feltnoter). Som det fremgår af oversygeplejerskens udsagn, sætter afstandstagen til den autoritære ekspertrolle spørgsmål til, hvilken rolle sygeplejersken skal påtage sig i den patientcentrerede forebyggelse. Blandt sygeplejerskerne blev dette blandt andet diskuteret i forhold til deres egen sundhedstilstand, og de forpligtelser der opstår for den sundhedsprofessionelle, som skal tale sund livsstil med patienterne. Selvom forebyggelsesprogrammet officielt ikke formulerer nogen forventninger om, at sygeplejerskerne skal fungere som sunde rollemodeller for patienterne (som det blandt andet ses i Dahlagers studie (2005) af forebyggelsessamtaler), blev sygeplejerskernes eget etiske selv-forhold alligevel sat i spil i samtalerne. Den intimitet der opstår i samtalerne kan medføre, at sygeplejerskerne bringer deres 'private' side ind og deler egne erfaringer med rygestop, kostvaner og motionsrutiner. Under samtalerne kan det også ske det at patienterne vender den private orientering mod sygeplejersken og stiller dem personlige spørgsmål om deres egen livsstil (Pii 2012).

Foucaultianske perspektiver på sundhedsfremme og forebyggelse

Foucault har haft en enorm og voksende indflydelse på sundhedssociologi i dens forskellige afskygninger. Vi vil ikke forsøge at foretage en gennemgang af denne massive og voksende litteratur (For oversigter over den foucaultianske tilgang til medicin og sundhed se: Petersen & Bunton, 1997; Patton, 2010). Vi påtager os i stedet den mere begrænsede opgave nedenfor ganske kort at undersøge, hvordan

Foucault er blevet anvendt i kritiske studier af forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til spørgsmålet om grænsen mellem offentligt og privat.

Selv om den seneste foucaultianske sundhedsforskning næppe kan beskyldes for at være indfanget i det sociale kontrol-paradigme, der kan siges at karakterisere nogle af Foucaults tidlige arvtagere inden for sundhedssociologi (Turner, 1997: xi), er den ikke desto mindre præget af et bestemt kritisk fokus. Denne forskning er således generelt stærkt interesseret i de strategier og teknikker, ved hjælp af hvilke offentlige og autoriserede sundhedsværdier søges installeret i familiers og enkeltpersoners privatliv. Det skal understreges, at ifølge governmentality-studierne udspringer disse strategier ikke fra staten som et centrum for myndighedsudøvelse. Befolkningen som totalitet er ligeledes heller ikke længere den centrale genstand for sundhedsfremme (Rose, 2001). I 'avancerede, liberale' samfund udspiller styringsstrategier sig snarere i løst sammensatte netværk af statslige og ikke-statslige aktører (Rose & Miller, 1992). Ikke desto mindre er det en afgørende, kritisk pointe i foucaultianske sundhedsstudier, at individer, familier og private organisationer er blevet genstand for indtrængende og subtile teknologier til sundhedsfremme.

Ifølge en governmentality-tilgang slører og komplicerer styringsteknologier den traditionelle skelnen mellem tvang og samtykke. Det gør de antageligt ved at omforme subjektiviteten hos dem, der principielt frit kan acceptere eller afvise sundhedstiltag, bl.a. ved at gøre aspekter af dem og deres adfærd til genstand for observation, undersøgelse, sammenligninger og vurdering. Nyere danske undersøgelser af forebyggende sundhedsarbejde inspireret af Foucault viser, at teknologier der har til formål at give form til selvledelse og selv-identitet ofte er rettet ikke alene mod patienter, men også mod samarbejdspartnere, pårørende, venner (Larsen, 2011; Andersen, 2009) og endda mod de sundhedsprofessionelle selv (Dahlager, 2005). Hermed forsøger den moderne, lægevidenskabelig magt at installere sine normer i relationerne mellem individer. Andre har påvist, at sundhedsfremme udøver en spidsfindig magt ved bl.a. at udnytte patienternes egne udsagn og værdier som et middel til en succesfuld behandling (Karlsen & Vil-ladsen, 2008).

Den danske kontekst er interessant i forhold til vores problemstilling, da det danske sundhedsvæsen hævder at være på forkant med gennemførelsen af 'ikke-formynderiske' og 'patient-centrerede' sundhedsinitiativer (Kjær & Reff, 2010). Samtidig synes specialister og fagfolk i det danske sundhedsvæsen at være ganske modtagelige over for socialkonstruktivistisk og Foucault-inspireret kritik, hvilket gør det yderligere presserende at diskutere de praktiske virkninger af

denne type vidensproduktion. De danske undersøgelser har paralleller til governmentality-studier af sundhedsfremme på tværs af vidt forskellige lande og forskellige sundhedsdomæner, der stiller lignende diagnoser af, hvordan det private søges invaderet af officielle sundhedsanliggender. For at give et par eksempler: Finn og Sarangis undersøgelse fra 2008 viser, hvordan instrumentet QOL (Quality of Life), en 'vestlig-centrisk' og 'neoliberal' form for sundhedsledelse, bliver anvendt af indiske NGO'er, der arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i relation til HIV. De betoner kritisk, hvordan QOL-diskursen indstifter en specifik vidensform i relation til sundhed og til subjekterne selv og dermed fungerer som en global ideologi, der overskygger de lokale, kulturelle forståelser og samfundsmæssige strukturer (Finn & Sarangi 2008). Rous og Hunt (2004) diskuterer et canadisk forebyggelsesprojekt, der har til hensigt at reducere antallet af allergiske reaktioner over for fødevarer blandt skolebørn. Deres undersøgelse viser, hvordan risikostyringsteknologien blev generaliseret og udbredt med den effekt, at ikke-allergiske børn, skolepersonale og forældre blev gjort til genstand for moralsk regulering med henblik på risikostyring (Rous & Hunt 2004). I Ryan, Bissell og Alexanders analyse af kvinders amme-fortællinger trækker mødrene på moderne ekspertdiskurser om amning i deres moralske, diskursive konstruktion af deres selv – en diskurs der begrænser mødrene i forhold til at artikulere deres subjektive holdninger (Ryan et al. 2010). På tværs af disse meget forskelligartede studier er det bemærkelsesværdigt at de alle eksplicit eller implicit kritiserer, hvordan officielle, moderne, eller vestlige, sundhedsværdier invaderer den private sfære og individers hverdagsliv.

Begrænsninger i governmentality perspektivet

Det foucaultianske begrebsapparat har unægtelig bidraget til afgørende, kritiske indsigter. Men den måde det er blevet anvendt på inden for sundhedssociologi afslører ikke desto mindre visse begrænsninger. For det første, som tidligere nævnt, studerer foucaultianske undersøgelser ofte programmernes tekstuelle overflade, kommunikative logik, rationalitet og deres interne paradokser. Prisen, som disse undersøgelser betaler for at privilegere det programmatisk niveau, er en negligering af kompleksiteten af den konkrete praksis, som forebyggende sundhedsinitiativer udfolder sig i. Denne kritik er blevet rejst både af forskere inden for sundhedssociologi (Lupton, 1997) og inden for governmentality-traditionen selv (O'Malley et al., 1997). Overordnet bliver foucaultianere inden for sundhed og lægevidenskab kritiseret for ikke at undersøge, hvordan lægevidenskabelige

programmer og kategorier bliver taget op på forskellige måder, hvordan de forhandles, bestrides eller bliver omformet af sundhedsprofessionelle og lægfolk. En tilbagevendende kritik fra især etnografer og antropologer går på, at foucaultianere anlægger en deterministisk tilgang "in which discourses are represented as subjugating human agency with little scope for resistance or acknowledgement of the lived experience of the body" (Lupton, 1997: 101). Mens vi sætter spørgsmålstegn ved om Foucaults eget genealogiske arbejde nogensinde havde til formål at undersøge individets levede erfaringer, besidder tilgangen formentlig ikke desto mindre et hidtil ringe udnyttet potentiale til at undersøge mangfoldigheden og modsætningerne i sundhedspraksisser (undtagelser omfatter Mol, 2002; Lupton, 1994; Bloor & MacIntosh, 1990).

En anden indvending mod governmentality-tilgangen til sundhedsfremme vedrører den ofte noget negative opfattelse af lægevidenskabens magt, som tilgangens fortalere ofte anlægger. Lægevidenskab og sundhedsfremme, herunder forebyggende sundhedspleje, optræder i varierende grad som en del af strategier for social kontrol. Et slående eksempel er Armstrongs tidlige arbejde, der har en tendens til at beskrive patienter som passive ofre, der er fanget i et magtfuldt lægevidenskabeligt regime (Armstrong 1983). Nyere undersøgelser af forebyggende og sundhedsfremmende initiativer anlægger ganske vist normalt ikke et så dystert perspektiv. Ikke desto mindre portrætterer de generelt forebyggende teknologier som yderst sofistikerede midler, der giver adgang til individers privatliv, formgiver identiteter og dermed udøver social kontrol. Dette implicit negative syn på forebyggelsesinitiativer stammer øjensynligt delvist fra en udbredt fortolkning af governmentality-begrebet, hvor governmentality ses som en magtstrategi, der forbinder individers selvregulering med bredere strategier til befolkningsregulering. Turner udtrykker illustrativt denne fortolkning af governmentality som "A regime which links self-subjection with societal regulation" (1997: xv). Denne ensidige opfattelse af governmentality bør dog opvejes ved at rette opmærksomheden mod Foucaults mere flertydige forståelse. På den ene side har den form for politisk styringstænkning, der gradvist opstod i det 17. århundrede og frem en subtil karakter, idet den anerkender friheden hos dem, der er underlagt ledelse og samtidig søger at forme denne frihed gennem konstellationer af disciplin, pastoralmagt og juridiske sanktioner. På den anden side markerede oplysningstidens tænkning – som er et fundamentalt træk ved governmentality – et radikalt nyt forhold mellem subjektivitet, sandhed og magt, da den tillod subjekter at sætte spørgsmålstegn ved de sandheder, hvorigennem de blev ledt (Foucault, 1997). En ny sensitivitet over for dem, der ledes, og deres rationalitet er faktisk, ifølge Fou-

cault, central for moderne former for politisk ledelse (Foucault, 2009: 352). Tanken om at ledelsen skulle modellere sig selv efter denne rationalitet giver, i det mindste i princippet, mulighed for, at de subjekter der ledes, fx patienter, kan sætte spørgsmålstejn ved og modsætte sig eksperter og deres autoriserede viden.

For det tredje udviser foucaultianske sundhedsstudier en tendens til at se sundhedsinstitutioner, -programmer, og -teknologier som produktive snarere end reaktive. Med dette mener vi at disse undersøgelser generelt viser, hvordan det lægevidenskabelige regime – hospitaler, sundhedscentre, fagfolk, teknologier-konstruerer subjekter, roller, problemer og sygdomme og hvordan denne konstruktion er dybt forbundet med sociale magtstrategier. Ifølge denne opfattelse er forebyggende sundhed og sundhedsinstitutioner 'produktive' i den forstand, at de producerer og intensiverer et net af relationer, hvor ledelsen af andre og selvledelse sammenvæves (Turner, 1997: xiv). I denne henseende fremstår den foucaultianske tilgang forenelig med den tidligere medikaliseringkritik, som overordnet fremstillede den vestlige lægevidenskab som et hegemonisk system, der objektiverer og umyndiggør sine patienter, mens det reproducerer lægernes og specialisternes dominerende kulturelle position (Atkinson, 1995; Lupton, 1997). Disse undersøgelser overvejer derimod sjældent om sundhedsinstitutioner og -interventioner i nogle tilfælde bør opfattes som reaktive; det vil sige, som svar på bestemte menneskelige behov og lidelser.

I det følgende følger vi op på de begrænsninger vi har påpeget ovenfor. Vi skal se nærmere på hvordan programmet praktiseres i interaktioner mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Vi beskriver således nogle konkrete forebyggelsessamtaler samt patienters refleksioner over forebyggelsesindsatsen. Disse empiriske eksempler demonstrerer at patienter troligt deltager i programmet samtidigt med, at de trodser programmets grundprincipper. Eksemplerne viser at selvom forebyggelsesprogrammet afspejler samme karakteristikker som andre governmentality-inspirerede forebyggelsesstudier beskriver, så er det muligt at fremføre alternative konklusioner og kritiske indsigter, når den konkrete praktisering af programmet udfoldes mere detaljeret.

Forebyggelsesinteraktioner

Som beskrevet ovenfor sigter forebyggelsesprogrammet mod at gøre patienterne opmærksomme på deres livsstil og få dem til at reflektere over, hvordan den påvirker deres tilstand. Der lægges vægt på den enkelte patient og hans eller hendes selv-erklærede motivation, kompetencer og frie valg til at omsætte disse refleksio-

ner til konkrete livsstilsændringer. Ønsket om forebyggelsen skal, som artiklens indledende fortælling beskriver, således komme 'inde fra' patienten. Motivation defineres som et internt snarere end en eksternt og ekspert-drevet anliggende. I artiklen anvender vi henholdsvis 'internalisering' og 'eksternalisering' til at skildre disse forskelligartede principper. Som vi skal se i de følgende eksempler, blev internaliseringsprincip imidlertid udfordret ved flere lejligheder, og vi skal se hvordan patienter forsøger at eksternalisere forebyggelsen ved at efterspørge mere involvering og intervention fra de sundhedsprofessionelle side i deres forebyggende arbejde i en mere traditionel disciplinerende forstand, og sågar hvordan patienter formår at omdanne programmets sigte.

Skyld som motivation: når 'selv-motivation' udfordres

Christian var en patient midt i 50erne. Han gik hos Sara, som blev karakteriseret som fanebærer for forebyggelsesindsatsen af de andre sygeplejersker. Han var til samtale to gange inden for en måned og der blev foretaget observationer af begge samtaler. Under den første samtale havde Sara målt Christians blodtryk til at være alarmerende højt. Christian forklarede, at han ikke lige havde fået fornyet sin recept på sin blodtryksregulerende medicin, som var sluppet op for nogle uger siden. Sara udtrykte sin bekymring og sagde, at det var meget vigtigt, at han huskede at tage medicinen, særligt når han også havde åreforkalkning. Kombinationen af et forhøjet blodtryk og forsnævrede åre var en alvorlig belastning for kroppen. Hun havde gjort det klart for ham, at han skulle ringe til sin egen læge og få fornyet sin recept og tage sin medicin hver dag. Hun sagde, at hun gerne ville se ham igen om en måned for at kontrollere, at blodtrykket var faldet. Efter samtalen udtrykte hun sin bekymring for Christian. Hun karakteriserede ham som en af de mere udfordrende patienter. Han var ikke særligt opsat på at overveje at holde op med sine cerutter, dyrke mere motion eller lave om i sine kostvaner. "Men det er fint", sagde hun, "så kan vi arbejde på noget andet, i det mindste få ham til at tage sin medicin" og det var en udfordring både hvad angik den blodtryksregulerende medicin men også den kolesterolsænkende og blodfortyndende medicin, som den karkirurgiske læge havde ordineret ham. Hun rystede smilende på hovedet og sagde, at han endda havde spurgt hende, om han kunne springe medicinen over i weekenderne. En måned efter havde Christian igen en tid. Sara sagde inden samtalen, at hun var spændt på, om han havde taget sin medicin.

Sara målte Christians blodtryk i starten af konsultationen og konstaterede, at det var faldet til et normalt niveau. "Jeg har taget min medicin hver dag!", prokla-

merede han stolt, hvilket Sara roste ham for. Hun mindede ham om, at han også skulle blive ved med at tage den medicin de havde ordineret fra den karkirurgiske klinik. Herefter spurgte Sara ind til Christians rygning. Han virkede ikke særligt opsat på at stoppe med at ryge. Han var glad for sin tobak, sagde han. Han virkede heller ikke begejstret ved udsigten til mere motion eller kostomlægning. Efter at Sara havde været igennem de forskellige emner uden, at Christian havde udtrykt et ønske om at arbejde videre med dem, spurgte hun ham, hvad hun så kunne gøre for ham. Christian trak lidt på skuldrene og Sara spurgte ham, om han havde lyst til at komme igen, eller om de hellere skulle afslutte forløbet, og lade Christians egen læge overtage monitoreringen af hans medicin. "Nej, jeg vil gerne komme igen!", udbrød Christian insisterende og fortsatte, "så har jeg noget, som giver mig dårlig samvittighed". Sara rynkede på panden og svarede: "Men du skal ikke have dårlig samvittighed. Det er helt op til dig, hvad du vil gøre med alle disse ting, jeg er her bare for at skubbe dig i en positiv retning. Jeg skal ikke give dig dårlig samvittighed". Christian trak igen på skuldrene og foreslog, "nej, men måske det er det, jeg har brug for". (Feltnoter)

Christians handlinger og udtalelser viser et tvetydigt engagement i programmet. Han møder op til samtalerne, men samtidig synes han tøvende over for formålet med programmet. Desuden er hans motivation i direkte opposition til programmets værdier. Han siger nemlig, at eksterne forpligtelser og oplevelsen af skyld over for sygeplejersken netop har en motiverende effekt på ham. Selv om programmet altså forsøger at dyrke patientens indre motivation ved at arbejde gennem deres selv-forhold, kan patienter stadig fortolke og bruge programmet på helt andre måder end det var tænkt. Christian insisterer ligefrem på et traditionelt disciplineringsforhold, som ellers er præcist det, hvad programmet forsøger at undgå.

Efterspørgsel på mere ekspertvejledning og -interventioner

Christian var ikke den eneste patient som udfordrede programmets internaliseringsprincip og påpegede vigtigheden af de professionelle involvering og direkte intervention. Under et interview med John, en patient i 60'erne, efterspurgte han mere ekspertise og klar viden i forhold til de anbefalede forebyggende aktiviteter:

Der er gode intentioner i programmet, men jeg har brug for handling bag ordene. Og så kan du sige, ja, det er op til dig. Ja, det er sandt. Men hvis programmet formodes at være fornuftig, så skal der være en handlingsplan, der sikrer, at pro-

grammet er rimeligt, og at det har en effekt. Jeg savner den handlingsplan. (Patientinterview, John)

John efterspurgte særligt professionel vejledning i forhold til at motionere på den mest effektive måde. Han havde forstået de generelle principper for sund kost og motion, og han havde sammen med sin kone allerede lavet en omfattende kostomlægning. Dette var sket med hjælp fra en folder, som kategoriserede alle typer madvarer og tydeliggjorde, hvilke madvarer man som hjertekarsyg bør og ikke bør spise. Den havde John fundet meget hjælpsom "[...] og det er en konkret handlingsplan, kan man sige – gode illustrationer, eksempler, opskrifter – og med et skema, hvor du kan se, hvad der er godt og hvad der ikke er". Men han manglede lignende instruktioner i forhold til motion. Han motionerede flere gange om ugen både gangtræning, svømning, cykling og fitness. Det, han ønskede, var konkret viden om, hvordan han mest hensigtsmæssigt skulle træne på fitness-maskinerne: "Der er så mange ting, du kan gøre. Nogle bestemte øvelser og disse skal angives af en professionel, så du ikke gør noget forkert". John havde derfor på eget initiativ bedt om vejledning i sit lokale fitnesscenter. Det havde været meget vellykket, og han foreslog derfor, at programmet tilbød fysisk træning og stillede professionelle instruktører til rådighed.

Esther, som blev præsenteret i indledningen, havde lignende forventninger til programmet. Disse forventninger vedrørte imidlertid ikke ekspertvejledning men ekspertinterventioner. I et interview i sit hjem forklarede hun, at hun syntes, at det var en god idé at deltage i forebyggelsesprogrammet, fordi hun var sikker på, at hun hurtigere kunne få den bypassoperation i benet hun ønskede sig. Hendes ræsonnement var, at hvis hun deltog i alle samtalerne og viste engagement og vilje til at stoppe med at ryge, ville det forbedre hendes chancer for at få en operation. Denne motivation havde hun dog ikke delt med sin sygeplejerske og i realiteten virkede Esthers strategi for at få den operation hun ønskede sig stik modsat hendes forventning. Hendes fortsatte deltagelse i forebyggelsesprogrammet udskød faktisk operationen for så længe patienten er i stand til at leve med sin lidelse og engagerer sig i forebyggelsesarbejdet ved at forsøge at stoppe med at ryge, gangtræne, spise sundt og tage sin medicin, udskydes operationen. Grunden til dette er dels at operationer er risikable, idet der kan opstå infektioner og de kan mislykkes og dels, at indgrebene ikke er varige og derfor ikke bør udføres før det er absolut nødvendigt. Operationen udskydes således for at se, om de andre forebyggende praksisser er tilstrækkelige i forhold til at lindre de symptomer patienten oplever og stoppe forværringen af lidelsen.

Eksemplerne med John og Esther viser, at de begge forstår programmets internaliserende princip og i deres tilfælde indskriver det sig næppe på subtil vis i subjekterne. Snarere udfordrer de begge princippet ved at kræve mere eksperimentinvolvering i deres eget forebyggende arbejde, dog uden at disse krav nødvendigvis opfyldes.

Omdannelse af programmets sigte – mulighed for socialisering

Et andet tema, der dukkede op i et interview med en af patienterne, var at patienter kan have helt andre grunde til at engagere sig i programmet end det er tiltænkt. Kaj, en patient i slutningen af 50'erne, udtrykte ganske ærligt, at han så samtalerne som "underholdning". Kaj havde ikke kun åreforkalkning men flere diagnoser, herunder kræft, diabetes og depression. Han forklarede, at de samtaleforløb han gik til, på de forskellige klinikker han var tilknyttet, gav ham et formål med at komme ud af sengen om morgenen, og de gav ham noget at se frem til. Han kunne især godt lide Louise, sygeplejersken på den karkirurgiske klinik, fordi de havde en god kemi, og fordi hun vidste noget om hans store passion for antikviteter.

Under Kajs tredje samtale med Louise, sagde hun, at hun var i tvivl, om hun kunne gøre mere for Kaj. Han var holdt op med at ryge, og han havde også ændret nogle af sine kostvaner med hjælp fra en diabetesdiætist. Han havde især skåret ned slik og søde sager, men det var sværere at spise flere grøntsager og skære ned på fedtet i maden. Louise sagde, at det var vigtigt med den daglige motion især gangtræningen. Kaj sagde, at han simpelthen var "en doven hund", at han følte sig træt og sov meget. Han fortalte, at det var meget smertefuldt at gå for ham, og at han skreg af smerte efter 200 meters gang. Louise lyttede forstående og foreslog, at han måske så bare skulle være tilfreds med, hvad han rent faktisk havde opnået:

"Jeg tror ikke du er doven, Kaj. Du har opnået så meget og du bør føle dig stolt over det. Det er ikke let at holde op med at ryge, og måske kan vi ikke gøre mere for dig". Kaj nikkede men sagde så, at han var meget glad for at komme til samtalerne, at han følte sig privilegeret over denne mulighed for at snakke, og at det hele hjalp ham til at tænke over, hvad han kunne gøre. Han insisterede på at komme igen. Louise tilbød ham derefter et sidste møde seks måneder efter for at se, hvordan det gik. Da de sagde farvel, holdt Kaj hendes hånd et stykke tid og mindede hende om den kommende antikvitetsfestival i sin hjemby. (Feltnoter)

For Kaj havde de kliniske møder med Louise en udvidet betydning for ham. Han kom der ikke kun for de oplysninger og den medicinske monitorering, de kunne tilbyde. For ham var det en anledning til at komme ud og socialisere med andre mennesker og tale med en dedikeret lytter.

Selv om disse former for handling ikke ligefrem omvælter de forebyggende programmets mål eller rationale om internalisering, viser de, at hverken programmets grundprincipper eller metoder lydløst accepteres eller subtilt internaliseres i patienterne. Mødet mellem sygeplejersken og patienten er kendetegnet ved en dynamisk udvikling af samtykke og strid. De alternative patient-strategier for at deltage i programmet tilbyder således en modvægt til påstandene om, at offentlige sundhedsideal, mere eller mindre subtilt, invaderer det private. Ved at være opmærksom på, hvordan forebyggelsesprogrammet udfolder sig i praksis, dukker et mere nuanceret billede op af samspillet, hvori det også kommer til udtryk, at det private undertiden sågar 'invaderer' det offentlige. I denne sammenhæng ved at stille krav eller reformulere programmet i forhold til behov, som er fremmede for programmets egentlige formål. Overordnet for de ovenstående cases er, at patienterne udfordrer programmets internaliseringsprincip og efterspørger mere direkte involvering fra de sundhedsprofessionelle i deres forebyggende arbejde.

Samtidig afspejler programmet flere af de karakteristikker, som påpeges i andre governmentality-studier af sundhedsfremmende og forebyggende initiativer. Først og fremmest udtrykker programmet en respekt for patienterne som autonome individer, deres frie valg og de personlige forhold samt motivationer, der gør sig gældende hos hver enkel patient. Desuden er programmet ikke kun rettet mod den enkelte patient men ser også patientens omgivende miljø og sociale netværk som vigtige anliggender i rådgivningssamtalen. For det andet udtrykker de sundhedsprofessionelles udsagn en selvkritisk refleksion over deres tilgang til patienterne og udtrykker en ambition om at bryde med den autoritære 'ekspert-tilgang'. Selv om programmets sundhedsprincipper hviler på biomedicinsk viden, erkendes det at videnskabeligbaserede oplysninger ikke er den eneste form for viden, som patienterne lever efter. Programmet udtrykker dermed skepsis mod ultimative og ubestridelige sandheder og anerkender samtidig forskellige praksisser, handlinger og overbevisninger uden for biomedicinen.

I det følgende diskuterer vi, hvordan vores empiriske observationer kan begrebsliggøres og fortolkes ved hjælp af Foucaults begrebsapparat. Især trækker vi på Foucaults begreb om biopolitik, som synes særlig velegnet som prisme til at diskutere den antiautoritære, helhedsorienterede og fleksible form for magt, som forebyggelsesindsatsen søger at iværksætte. Biopolitik foretrækkes ikke blot fordi

det udpeger menneskets biologiske liv som styringsgenstand, men fordi det synes i stand til at undgå den til tider noget fobiske tilgang til statslige institutioner og medicin, som studier af 'disciplin' og 'governmentality' med en vis ret har været anklaget for at anlægge (Tobias, 2005; Villadsen & Dean, 2012) .

Biopolitik

Foucault definerede biopolitik som det historiske tidspunkt fra det 18. århundrede og fremefter, hvor menneskets biologiske liv blev genstand for politisk beregning, idet det blev bragt ind på "videnskontrollens og magtindgrebets område" (Foucault, 2002: 147). Denne politiske interesse indebar etableringen af en række praksisser såsom offentlig hygiejne, sundhedsstatistikker, overvågningen af sundhedstilstanden i byområder og, meget senere, brugen af forebyggende sundhedsprogrammer. Vi vil gerne understrege, at biopolitik ikke er afgrænset til folks biologiske eksistens i snæver forstand, hvor det kun er distinkt biologiske og lægevidenskabelige problemer, der kan træde frem under biopolitikens blik. Moderne biopolitik beskæftiger sig snarere med menneskets biologiske liv, sådan som det leves i miljøer af lille eller stor skala, og det dækker over et næsten ubegrænset antal faktorer, der har indflydelse på levende mennesker.

Biopolitik deler visse karakteristika med Foucaults skelsættende begreb om moderne disciplin (Foucault, 1977), men den begrænser sig ikke til de moderne institutioner som magtudøvelsens primære locus. Biopolitik har 'mennesket-som-levende-væsen' som sin genstand og søger at operere på personer i alle deres opholdssteder, over et bredt spekter af handlinger og diverse typer sociale relationer. Hermed overskrider den disciplinens aflukkede institutionelle rum og opløser traditionelle grænser mellem offentligt og privat (Lazaratto, 2002, se også Deleuze, 1986). Kort sagt, og med henblik på det empiriske materiale præsenteret ovenfor, leder biopolitik det analytiske blik mod programmer og initiativer, der ikke er afhængige af de moderne institutioners begrænsede rum, herunder hospitaler og klinikker, men opererer på et, i princippet, ubegrænset antal steder.

Ligesom disciplin, indebærer biopolitiske indgreb en produktionen af normer, men normerne tjener ikke blot til at ekskludere personer eller handlinger, de sigter snarere mod at inkorporere (ved at undersøge, teste og klassificere) så mange aspekter af menneskets sociale eksistens som muligt. Denne pointe understreges af Nealon: "Foucaultian power never gains a greater hold of the body or a socitus than when it intensifies, multiplies and extends its realms of application (rather than rarifying or calcifying them within a clumsy, centralized binary scheme)"

(2008: 51). Det er derfor vigtigt at slå fast at biopolitiske indgreb ikke er et spørgsmål om at vurdere nytten af en person eller af menneskelige egenskaber mod en på forhånd fastlagt, behård norm, men snarere handler om at undersøge livsformer (selv kritik og modstand) og at intensivere de elementer, der viser sig at være produktive i relation til biopolitiske mål.

Denne læsning af biomagt kan forhåbentlig hjælpe os til at undgå en tilgang der betragter forebyggende programmer som et middel til social kontrol i form af en ensartet og ensrettet form for totaliserende magt. Ovennævnte forståelse af biopolitik betoner at det er en form for magt, der søger at knytte sig til de processer, den søger at lede og dermed anerkender magtens fundamentale afhængighed af dem/det der ledes for sine virkninger. Med dette begreb opnår vi hermed den analytiske fordel der består i at undgå at betragte medicin eller sundhedssystemet som et solidt og selvomsluttet magtregime. I det empiriske materiale bliver det derimod tydeligt at sundhedsydelse og forebyggende strategier er ustabile og igangværende projekter, der aldrig er entydige eller ensrettede.

Biopolitik har altså en parathed til at forme sig selv i henhold til det liv, som den søger at fostre og styrke—dvs. de processer, kræfter og værdier, som findes hos dem der ledes. På trods af dette udgangspunkt kan den alligevel godt fremprovokere modstand og indsigelser. Sådanne øjeblikke af 'test' og indsigelse er analytisk vigtige, fordi de med særlig klarhed kan udstille logikken i styringsprogrammer, som vi så det i eksemplet med Christian, som i kontrast til forebyggelsesprogrammets grundprincip, udtrykte et behov for en mere disciplinerende relation til sin sygeplejerske. De muliggør endvidere beskrivelser af de komplekse (og til tider utilsigtede) virkninger der produceres når programmerne iværksættes, forhandles og udfordres af konkrete aktører – jf. eksemplet med Kaj. Foucault hævdede faktisk at kritiske magtanalyser med fordel kan tage deres udgangspunkt dér, hvor 'de der ledes', i dette tilfælde patienterne, modstår deres 'de ledende' ved at stille spørgsmålstejn ved de sandheder, hvorigennem de ledes, fx John, når han ikke stiller sig tilfreds med at aktivere sig selv, men efterspørger en mere engageret indsats fra sundhedssystemets side – i øvrigt med udgangspunkt i sundhedssystemet logik om den mest hensigtsmæssige og sundhedsoptimerende træning. For således at "forstå, hvad magtrelationer handler om, bør vi måske undersøge forskellige former for modstand og forsøg på at demontere disse magtrelationer", herunder "modstanden mod lægevidenskabens magt over befolkningen" (Foucault, 1982: 211). Foucault understregede desuden at kritisk praksis eller 'mod-ledelse' altid er rodfæstet i de magtsystemer, som folk reagerer imod (1990: 95). Den befinder sig aldrig i en absolut ekstern position i forhold til magten,

men anvender snarere de diskursive kategorier og programmer, som autoriteter og institutionerne selv opererer med. I denne ånd fokuserede vi på de konkrete situationer, i hvilke patienterne satte spørgsmålstejn ved sundhedspersonalets patient-centrerede sandhedskrav, og vi påpegede nogle udfordringer og spændinger inden for forebyggende praksis.

Konklusion

Denne artikel anerkender at governmentalitets-analyser fortsat har relevans for studier af moderne sundhedsfremme og -forebyggelse. Vi er for det første enige med governmentalitets-forskere i, at modstillingerne mellem offentlig/privat, lægmand/professionel, tvang/samtykke, intern/ekstern motivation er ikke til megen nytte, når man skal beskrive kompleksiteten i forebyggende sundhedspraksisser. Forebyggende teknologier og deres udfoldelse i praksis arbejder unægteligt på tværs og forsøger ofte at overskride disse grænsedragninger. For det andet, og parallelt med governmentalitets-studierne, kan vi konstatere, at moderne forebyggende sundhed søger at forme patienternes identitet og deres sociale omgivelser på ikke-autoritative måder. Og for det tredje kan vi konstatere hvordan det forebyggende arbejde afkræver de sundhedsprofessionelle særlige former for selvledelse, hvor de må lede sig selv, så de bliver mindre diagnostiske og 'fingerpegende'. Vores undersøgelse viser dermed mere detaljeret, hvordan disse styringslogikker udspiller sig i praksis.

Vores betragtninger er endvidere et supplement, eller endog et korrektiv, til governmentalitets-tilgangen som rummer den risiko at male et for stiliseret billede op, hvor det private domæne invaderes af officielle sundhedsidealiser. Går man nemlig ud over det programmatisk niveau viser det sig, hvorledes patienter engagerer sig i forebyggelsesprogrammet af vidt forskellige årsager og med divergerende strategier og forventninger. Således blev der lagt særlig vægt på hvordan samspillet mellem patienter, sundhedsprofessionelle udfolder sig på meget forskellige måder inden for programmets rammer. Vi har forsøgt at undgå en a priori negativ tilgang forebyggende initiativer og sundhedsfremme. Vi har til gengæld positivt observeret, hvordan de governmentale praksisser, dvs. forebyggende rådgivningssamtaler, gav patienterne mulighed for at sætte spørgsmålstejn ved de sandheder, hvormed de søges styret. Patienterne benyttede sig af denne mulighed i større eller mindre omfang, og nogle bragte endda 'forebyggelsesfremmede' rationaliteter ind i forebyggelsessamtalerne. Vi iagttog dermed, at programmets fokus på patienternes personlige liv og værdier producerer en form for komplek-

sitet, der vender tilbage til programmet selv i form af mangfoldige krav, der udspringer af det private livs sfære.

Bemærkelsesværdigt er det også, at flere patienter efterspørger den traditionelle lægevidenskabelige håndtering af deres sygdomme, dvs. entydige og klare diagnoser, indgreb og ekspert-vejledning, herunder også, hvordan man udøver forebyggelse mest effektivt. På denne måde bliver programmets biopolitiske 'internaliseringsstrategi' og betoning af selv-ansvar udfordret. Entydige diagnoser og medicinske data tilbyder utvivlsomt en måde at løse etiske spørgsmål på eller i det mindste relokalisere dem til det rationelle, tekniske domæne. Patienters forsøg på at overdrage problemer og behov fra patienternes private sfære til det professionelle sundhedspersonale kan tolkes på tilsvarende måde. Derfor kan situationerne mellem sundhedssystemet og patienterne ses som forhandlinger om, hvem der skal bære den kompleksitet, der opstår i de grundlæggende etiske og politiske spørgsmål, som er forbundet med sygdomme og livsstilsvalg.

Vores observationer har praktiske såvel som teoretiske konsekvenser. Patienternes modstand mod internaliseringsrationalet udgør en udfordring for sundhedspersonalet, der tilsyneladende ønsker at bryde med, hvad de beskriver som tidligere tiders bedrevidende og formynderisk patienttilgang. Vores undersøgelse udfordrer også governmentalitets-forskere, som for entydigt har hævdet, at der foregår en subtil en-vejs-kolonisering af offentlige sundhedsværdier ind i det private domæne. Udviskningen af grænsen mellem offentligt og privat kan således ikke uden videre beskrives som et resultat af et professionelt sundhedssystem, der, mere eller mindre subtilt, rækker ind i patienternes privatliv. Et mere komplekst billede tegner sig, idet patienternes indstilling både trækker på traditionel lægevidenskab og rationaliteter, der er fremmede for den forebyggende indsats.

Foucaultianere bør dermed undgå en simplificeret metodisk tilgang, der tenderer til være for entydig i sin kritiske position. De bør være mere fleksible i deres analyse for bedre at kunne betragte behandlinger, sundhedsydelse eller forebyggende pleje mere positivt ud fra den betragtning, at de lindrer smerte, helbreder eller giver større livskvalitet og hermed værdsættes af mange patienter set ud fra deres livssituation. Hvis et centralt mål for den foucaultianske, analytiske kritik er at åbne op for subjekternes muligheder for at sætte spørgsmålstejn ved den sandhed, de er underlagt og vise alternative selv-praksisser, må en sådan kritik tage hensyn til personers faktiske muligheder for og kapacitet til for at udøve en sådan praksis. Der kan nemlig argumenteres for, at denne kapacitet er betinget af en række menneskelige funktioner og behov, herunder grundlæggende behov for sundhed, som udgør betingelserne for enhver form for kritisk praksis. Hvis im-

manent kritik i Foucaults ånd altid er tæt forbundet til det domæne, det kritiserer – hvilket indebærer, at den til en vis grad skal orienteres af selvsamme domænes stemmer – så må en sådan kritik derudover også tage i betragtning, hvilken vurdering patienterne selv har af fx forebyggende sundhedspleje. Selv om det altså hidtil har vist sig vanskeligt for foucaultianere at indtage et positivt standpunkt, hvad angår forebyggende sundhed (og institutionel velfærd mere generelt), bør forskning med dette afsæt ikke per automatik vælge en negativ reaktion mod statslige institutioner, herunder sundhedsfremme, men snarere bestræbe sig på ikke at anlægge en a priori kritik og at udvise empirisk følsomhed.

Noter

1: Artiklen er et produkt af et samarbejde mellem Kaspar Villadsen og Kathrine Pii, hvor Villadsen primært er ansvarlig for den teoretiske del og Pii er ansvarlig for det præsenterede feltarbejde.

Litteratur:

- Armstrong, D. (1983). *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Armstrong, D. (1995). 'The rise of surveillance medicine', *Sociology of Health & Illness*, 17(3): 393–404.
- Andersen, N.Å. (2009). *Power at Play: The Relationships between Play, Work and Governance*, Houndmills: Macmillan.
- Atkinson, P. (1995). *Medical Talk and Medical Work*, London: Sage.
- Bloor, M. & McIntosh, J. (1990). 'Surveillance and concealment: a comparison of techniques of client resistance in therapeutic communities and health visiting', in S. Cunningham-Burley & McKegane (eds.) *Readings in Medical Sociology*, London: Routledge.
- Dahlager, L. (2005). *I Samtalens rum: En magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale*, Ph.d.-afhandling, København: Københavns Universitet.
- Dean, M. & Villadsen, K. (2012). Statsfobi og civilsamfund: Foucault og hans arvingers blik på staten. Frederiksberg: *Nyt fra Samfundsvidenskaberne*.
- Finn, M. & Sarangi, S. (2008). 'Quality of life as mode of governance: NGO talk of HIV 'positive' health in India', *Social Science & Medicine*, 66(7): 1568-1578.
- Flyvbjerg, B. (2006). 'Five Misunderstandings About Case-Study Research' *Qualitative Inquiry*, 12 (2): 219-245.
- Foucault, M. (1997). 'What is Critique?', in: S. Lotringer (ed.) (1999) *The Politics of Truth*. New York: Semiotext(e).
- Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (2002). *Viljen til viden: Seksualitetens historie 1*, Frederiksberg: DET lille FORLAG.

- Foucault M. (1982). 'The Subject and Power', *Critical Inquiry* 8(4): 777-795.
- Foucault, M. (2009). *Biopolitikkens fødsel*. Forelæsninger på Collège de France, 1978-1979. Oversat af Peer F. Bundgård og Carsten Sestoft. København: Hans Reitzels Forlag.
- Karlsen, M.P. & Villadsen, K. (2007). »Hvor skal talen komme fra? Dialogen som omsigribende ledelsesteknologi«, *Dansk Sociologi*, nr. 2, vol. 18.
- Kjær, P. & Reff, A. (red.) (2010). *Ledelse gennem patienten – nye styringsformer i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Larsen, L.T. (2011). 'The Birth of Lifestyle Politics: The Biopolitical Management of Lifestyle Diseases in the United States and Denmark', in U. Bröckling, S. Krasmann & T. Lemke (eds.) *Governmentality: Current Issues and Future Challenges*, London: Routledge.
- Lazzarato, M. (2002). "From Biopolitics to Biopolitics", *Pli: The Warwick Journal of Philosophy*, Themed issue Foucault: Madness/Sexuality/Biopolitics, (13): 99-113.
- Lupton, D. (1997). 'Foucault and the Medicalisation Critique', in: A. Petersen & R. Bunton (eds.) *Foucault, Health and Medicine*, New York: Routledge.
- McGillivray, D. (2005). 'Fitter, happier, more productive: Governing working bodies through wellness', *Culture and Organization*, 11(2): 125-38.
- Nealon, J.F. (2008). *Foucault Beyond Foucault: Power and its Intensification Since 1984*, Stanford: Stanford University Press.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham: Duke University Press.
- O'Malley, P., Weir, L. & Shearing, C. (1997). 'Governmentality, Politics, Criticism', *Economy and Society* 20(4): 501-517.
- Patton, C. (2010). *Rebirth of the clinic, places and agents in contemporary health care*, University of Minnesota, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Petersen, A. & Bunton, R. (eds.) (1997). *Foucault, Health and Medicine*, New York: Routledge.
- Pii, K. (2010). 'Den forebyggende indsats: Ledelse af patienters selvledelse' i: P. Kjær. & A. Reff (red.) *Ledelse gennem patienten – nye styringsformer i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Pii, K. (2012). 'Når ansvaret overdrages til patienten: Sygeplejerskers arbejde med patientcentreret forebyggelse' i: M. Järvinen & N. Mik-Meyer (red.). *At skabe en professionel – institutionelle identiteter i velfærdsstaten*, København: Hans Reitzel.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*, New York: Avon Books.
- Rose, N. (2001). 'The Politics of Life Itself', *Theory Culture & Society* 18(6): 1-30.
- Rose, N. & Miller, P. (1992). 'Political Power beyond the State: Problematics of Government', *British Journal of Sociology* 43(2): 173-205.
- Rous, T. & Hunt, A. (2004). 'Governing peanuts: the regulation of the social bodies of children and the risk of food allergies', *Social Science & Medicine*, 58(4): 825-836.
- Ryan, K., Bissell, P., & Alexander, J. (2010). 'Moral work in women's narratives of breastfeeding', *Social Science & Medicine*, 70(6): 951-958.
- Tobias, S. (2005). 'Foucault on Freedom and Capabilities', *Theory, Culture & Society*, 22(4): 65-85.
- Turner, B.S. (1997). 'Foreword: From governmentality to risk, some reflections on Foucault's contribution to medical sociology', in: A. Petersen & R. Bunton (eds.) *Foucault, Health and Medicine*, New York: Routledge.

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.