

## POSITION

# OVERDIAGNOSTIK SOM ANTROPOLOGISK FORSKNINGSFELT

ALEXANDRA BRANDT RYBORG JØNSSON

Overdiagnostik er en anerkendt problemstilling i det medicinske forskningsfelt, hvor epidemiologiske studier viser, at nogle mennesker får diagnoser, som unødvendigt gør dem til patienter. Mit ærinde er her at argumentere for, at overdiagnostik også er et relevant forskningsfelt for den kritiske medicinske antropologi.

Min historie begynder under feltarbejdet til min ph.d., hvor jeg undersøgte, hvad det betyder for livet som gammel, at man har flere kroniske sygdomme på en gang. Jeg sad hjemme hos Kurt, og vi var godt igennem både kaffen og hans sygdomshistorie med diabetes, to blodpropper i hjertet og et tidligere alkoholmisbrug, da han meget bevæget sagde: „Der er også en anden sygdom, men den har jeg ikke fortalt nogle andre om. Men det er den farligste.“ Det viste sig, at 82-årige Kurt i 15 år havde levet med prostatakræft. Han havde været hos lægen og havde fået taget en test, men fordi kræften ikke var så alvorlig, fik han ikke behandling, han kom bare til kontrol hvert halve år. Da jeg spurgte, svarede Kurt, at han ikke som sådan var bange for kræften, men at hvis han havde ondt i ryggen, tænkte han på, om den havde spredt sig, for det havde han læst, det kunne være et tegn på. Kurts situation gjorde stort indtryk på mig. Tanken om at leve med kræft eller truslen om kræft, i 15 år fandt jeg skræmmende. Til et forskningsmøde fortalte jeg om Kurt, og hvor svært det måtte være at svæve mellem liv og død, men til min overraskelse reagerede mine kollegaer, der er praktiserende læger, med et skuldertræk, og en sagde: „Nårh, han er bare overdiagnosticeret.“ Og så fik jeg forklaringen:

Prostatakræft kan være en alvorlig sygdom med en meget høj dødelighed, men i 95 procent af tilfældene er det en uskadelig tilstand. Med alderen vil mænds prostata vokse, og det antages, at i en alder af 100 år vil næsten alle mænd have prostatakræft. Men meget få mænd vil dø af denne sygdom. Problemet opstår, fordi der findes en blodprøve, som kan måle et protein, der kan diag-

nosticere prostatakræft, men denne prøve er så „god“, at den finder langt flere mænd end de mænd, der vil blive syge. Faktisk vil hovedparten af mænd, der er diagnosticeret med prostatakræft via screening, dø af noget andet, og mange af dem vil ikke modtage behandling, men være under observation for, om kræften er vokset i „kontrolprogrammer“ (Jønsson & Brodersen 2022:51, 122-24).

I Kurts tilfælde blev kræften aldrig til noget. Han døde af en blodprop i hjertet et par år efter mit feltarbejde. Men min opmærksomhed på unødvendige diagnoser var blevet skærpet. Samtidig fik jeg i senere forskningsprojekter set, hvordan nogle mennesker får masser af behandling, forebyggelsestilbud osv., mens andre underbehandles og dør af sygdomme, som ellers ville kunne blive behandlet (se fx Rozing et al. 2021). En af flere årsager til dette er overdiagnostik, som skaber en skæv balance i allokeringen af sundhedsvæsenets ressourcer – det, som den britiske læge Julian Tudor Hart i 1971 kaldte „the inverse care law“: en ulige fordeling af sundhedsydelse, således at de, der har mest behov for sundhedsydelse, får mindst – og omvendt (Hart 1971). Derfor kan overdiagnostik skabe ulighed i sundhed, og at forske i overdiagnostik er altså ikke en modsætning til at forske i underdiagnostik, de to hænger ganske ofte sammen (Jønsson & Brodersen 2022:53-54).

Det kan måske hævdes, at fordi overdiagnostik grundlæggende er et medicinsk fænomen, bør det også studeres og tilgås videnskabeligt af de medicinske videnskaber. Men den medicinske videnskab har sjældent de epistemologiske forudsætninger for at kunne kritisere det biomedicinske objekt endsige, forstå hvad overdiagnostik betyder for samfundet og for den enkelte. Der er brug for andre videnskabsteoretiske positioner. Lad mig komme med et eksempel: Et befolkningsstudie fra Norge viser, at 96 procent af alle i området Nord-Trøndelag Fylke igennem 20 år har mindst én risikotilstand for eller diagnose inden for hjerte-kar-sygdomme. Der er altså kun fire procent raske tilbage i en af verdens længstlevende befolkninger (Petursson et al. 2009). På trods af forfatterens kritiske tilgang til netop måling af risikofaktorer mangler der stadig dybere analyser af, hvad den slags tal betyder, for eksempel for vores forståelse af normalitet og risiko. Her har antropologien en rig historie at byde ind med.

Ligeledes er epidemiologiske og statistiske risikoberegninger blevet et legitimt og moralsk anerkendt grundlag for usikkerhedshåndtering og forståelse af årsagssammenhænge. Men antropologer har i mere end 100 år vist, at usikkerhed er en del af menneskelivet, og at mennesket bruger forklaringsmodeller til at søge svar på og måske ligefrem kontrollere denne usikkerhed. Lige fra Evans-Pritchards klassiske eksempel om magi som årsagsforklaringer i azandestammen (Evans-Pritchard 1976 [1937]) til Douglas' argument om, at „risiko“ er blevet et retorisk neutralt koncept, der videnskabeligt kan forklares og forhindre

dres (Douglas 1992). I Danmark har nogle af de toneangivende medicinske antropologer også arbejdet med usikkerhedshåndtering i forskellige kontekster (se fx Whyte 1997; Steffen et al. 2005; Mogensen 2005) og har vist, at den sociale og kulturelle kontekst præger vores handlemuligheder og de løsningsmodeller, som tænkes frem. Og den form for viden er også nødvendig, hvis vi skal forstå de kulturelle, sociale, samfundsmæssige og individuelle aspekter af overdiagnostik og derved kunne bidrage til at mindske problemet. For lad mig slå fast: Overdiagnostik er et alvorligt og stigende problem for både individ og samfund, ikke kun i det globale nord, men også i det globale syd, hvor sundhedssystemerne om muligt er endnu mere pressede (Albarqouni et al. 2022).

## Hvad er overdiagnostik?

Overdiagnostik betyder grundlæggende, at mennesker unødvendigt gøres til patienter. Mere præcist er overdiagnostik en betegnelse for den proces, hvor medicinske aktiviteter (det kunne fx være en screeningsundersøgelse) identificerer biologiske ændringer og kategoriserer dem som sygdom, men hvor „patienten“ ellers aldrig ville opleve symptomer fra eller dø af disse ændringer (Jønsson & Brodersen 2022; Brodersen et al. 2018). Der findes også overdiagnostik af psykiatriske lidelser, hvor det ikke er biologiske ændringer, men derimod forskellige afvigelser hos den enkelte, der tolkes som symptomer og derved sygdom (Brinkmann 2010; Paris 2015). Det lyder måske relativt harmløst, men overdiagnostik skader individet med unødvendige behandlinger, medicin og undersøgelser og kan give stress, angst og depressionssymptomer, ligesom indbyggede kulturelle imperativer kan medføre en følelse af skyld og skam (Jønsson & Brodersen 2022:207-23). Samtidig er overdiagnostik et voksende samfundsproblem, der trækker store vekslers på et i forvejen presset sundhedsvæsen. Mit argument er, at det er i den antropologiske forsknings fokus på forholdet mellem individ og samfund og vores analyser af menneskelig erfaring, kulturelle og sociale kontekster, at den afgørende nøgle til at forstå overdiagnostik ligger.

Men overdiagnostik er svært at studere etnografisk, for mens den medicinske evidens på populationsniveau viser, hvor og hvornår der er overdiagnostik, og hvilke skader det medfører, kan man ikke se på individniveau, hvem som er overdiagnosticerede. Derfor oplever patienter heller ikke nødvendigvis, at de bliver overdiagnosticeret eller skadet. Det betyder bare ikke, at de ikke bliver det.

Allerede i 1968 bemærkede Weaver, at medicinske antropologer er i risiko for at havne i en ontologisk isolation ved at reproducere et fokus på specifikke individer eller sygdomme (Weaver 1968:6). En problemstilling, som er blevet diskuteret med jævne mellemrum, og som blev uddybet med Carole Browners

tale på årsmødet i den amerikanske antropologiske forening i 1999. Her fremhævede Browner, at mange medicinske antropologer studerer enheder, som de defineres af medicinsk videnskab: kræft, tuberkulose, gigt, stress, PMS eller efterfødselsreaktioner (Browner 1999:135). Det er ikke i sig selv negativt, for antropologien har meget at tilbyde og tilføje biomedicinen. Men Browner pegede på en række udfordringer i at fokusere eksempelvis på en sygdom, og hvordan denne „opleves“: I tværvideenskabelige samarbejder kan vi risikere, at den antropologiske vinkel reduceres til enkeltstående interviews, og derved ofrer vi den etnografiske indsigt til fordel for førstehåndsperspektivet, som det fortælles af informanten. Og endnu vigtigere: Vi ofrer måske muligheden for at undersøge, hvad sygdommen betyder i et større livsperspektiv og i de fællesskaber og det samfund, individet indgår i (op.cit.138).

Ganske vist dansede jeg til Spice Girls, da Carole Browner holdt sin tale til årsmødet i Society for Medical Anthropology, men her 25 år efter løfter jeg „arven“ og gentager hendes pointer, mens jeg tilføjer mine egne argumenter om overdiagnostik.

## Overdiagnostik er ikke kun et spørgsmål om medikalisering

Medikalisering som analytisk objekt begynder at optræde i sociologien i slutningen af 1960'erne, hvor det bruges til at analysere en stigende medicinsk kategorisering af menneskelige oplevelser og udfordringer som sociale konstruktioner (Conrad 1975, 2007, 2013; Clarke et al. 2011; Conrad & Schneider 1992). Men medikalisering er grundlæggende et ikke-normativt begreb, som bruges analytisk til at undersøge et givent fænomen på dets egne præmisser (Conrad & Bergey 2015:105). Medikalisering kan ligefrem have en positiv effekt i form af for eksempel destigmatisering. Tænk bare på „nattevædere“ – børn, der tisser i sengen helt op til teenageårene. Tidligere blev dette anset som et udtryk for dårlig opdragelse, svag karakter eller andre moralske fordømmelser, men efter opdagelsen af, at nattevæderi skyldes mangel på eller nedsat produktion af et specifikt hormon, kan børnene tilbydes en effektiv medicinsk behandling. Modsat er overdiagnostik af fysiske sygdomme<sup>1</sup> per definition kun skadeligt. Hvis patienter får gavn af diagnosen, er det ikke overdiagnostik. Det kræver dog en forståelse af ret komplekse medicinske studier at kunne se, hvorfor sundhedsvæsenet kan „gøre for meget“, en indsigt, som de fleste uden en sundhedsfaglig baggrund mangler. Derfor har jeg sammen med professor i almen medicin John Brodersen skrevet verdens første lærebog om overdiagnostik, som henvender sig både til de sundhedsfaglige og til de samfundsfaglige og humanistiske studerende (Jønsson & Brodersen 2022).

Overdiagnostik kan grundlæggende ske på to forskellige måder: via overdetektion og overdefinition. Overdetektion referer til den føromtalte identifikation af biologiske forandringer. På medicinsk: patologiske forandringer. Disse forandringer findes via teknologi, men havde man ikke fundet dem, ville de aldrig være blevet opdaget, fordi de aldrig ville være vokset, så de ville aldrig have givet symptomer eller have været årsag til personens død. Patologiske forandringer kan også gå i sig selv igen. Her er det vigtigt at forstå, at den menneskelige krop er et reservoir for biologiske forandringer, og den gamle vittighed fra teaterstykket, hvor dr. Knox udtaler, at en rask person blot er en patient, som ikke er undersøgt godt nok, er der faktisk en sandhed i. Lad os tage brystkræft som eksempel: Det anslås, at cirka hver 10. kvinde i Danmark vil få brystkræft i løbet af sit liv. Men i et studie, hvor man obducerede 110 kvinder, der var døde i ulykker, fandt man en form for brystkræft hos hver femte (22 kvinder) – altså dobbelt så mange, som man havde regnet med – men kun én af de 22 kvinder var på dødstidspunktet klar over, at hun havde brystkræft (Nielsen et al. 1987). Dette studie bruges til epidemiologisk at vise, at mange flere, end vi tror, har en form for celleforandringer, der kan tolkes som brystkræft. Forklaringen er, at nogle af disse mikroskopiske „knuder“ aldrig vokser, og at hvis vi skulle finde alle de biologiske forandringer i brystet, som kan tolkes som kræft, ville rigtig mange kvinder blive overdiagnosticeret, netop fordi disse forandringer aldrig ville udvikle sig. Det betyder ikke, at man ikke skal finde og diagnosticere brystkræft hos en kvinde, der har symptomer, tværtimod. Brystkræft kan være en alvorlig og dødelig sygdom, og det er afgørende at finde og behandle de rette. Men fordi teknologien er blevet så god, at vi kan finde stadig mindre biologiske forandringer, skaber vi flere unødvendige patienter. For når først „kræftflaget“ er blevet hejst, skal sundhedsvæsenet naturligvis behandle, ikke mindst fordi vi ikke med sikkerhed kan sige, hvilke biologiske forandringer der udvikler sig, og hvilke der ikke gør.

Den anden type overdiagnostik kaldes overdefinition og er, som navnet antyder, en betegnelse for, at grænserne for, hvornår noget er en sygdom eller en risikotilstand, sænkes uden nogen former for evidens for, at det får diagnosticerede mennesker til at få det bedre eller leve længere. Et glimrende eksempel herpå er forhøjet blodtryk, hvor tallet i 1980'erne var 100 + alder for det øverste blodtryk (det systoliske blodtryk). Var man 73, var grænsen 173/90. Men det tal er gradvist blevet sat længere ned og er nu på 140/90, uanset alder. Forhøjet blodtryk kan godt være en alvorlig risikofaktor, eksempelvis for mennesker, der tidligere har haft en blodprop eller har arvelige risici for blodpropper. Men ved at nedsætte grænsen for blodtrykket inkluderer man også mennesker, der har mindre eller ingen sandsynlighed for at få gavn af behandlingen, fordi de aldrig bliver

syge af eller dør af hjerte-kar-sygdomme (Jønsson & Brodersen 2022:43-45). Behandlingen kan derimod være skadelig og omkostningsfuld for samfundet (kontroller, tilskud til medicin osv.). Derudover finder overdefinition sted, når sygdomskategorierne udvides til at inkludere stadig mildere tilfælde, eller når risiko-for-sygdom bliver til sygdom såsom „prædiabetes“. Og endelig findes sygdomsprangeri (disease mongering) i kulturer med mindre striks lovgivning inden for medicinalindustrien, eksempelvis USA. Her opfindes sygdomme, så der kan sælges medicinsk behandling, for eksempel mod „for korte øjenvipper-syndromet“ eller „vejvrede“ (Moynihan et al. 2002).

## Hvordan kan man studere noget, som ikke findes?

Hvordan laver man feltarbejde blandt nogen, som man ikke ved, hvem er? Antropologien viser, at fænomener skal studeres og forstås i deres egen ret, også selvom de ikke nødvendigvis er erkendte eller anerkendte. Adrianna Petryna argumenterer for eksempel for, at efter Tjernobyl-ulykken var biologiske skader som følge af radioaktiv stråling den eneste måde at opnå understøttelse på fra staten i Ukraine, og det blev, hvad Petryna har kaldt biologisk medborgerskab. Her skaber løsrivelsen fra kommunismen sammen med videnskabelig uvidenhed om konsekvenser af radioaktiv stråling over tid nye biologiske usikkerheder, der påvirker medborgerskab, politik og rammerne for agens (Petryna 2004). Petryna bruger ansøgninger om erstatning for stråleskader som analytisk prisme til at forstå livet i det postkommunistiske Ukraine. Så antropologiske aspekter af overdiagnostik kan måske netop tilgås ved i stedet at se på dynamikker relateret til for eksempel sundhedsadfærd. Joe Dumit argumenterer for, at sundhed tidligere blev sidestillet med ikke at skulle tage medicin, ikke at skulle gå til læge eller på hospitalet, men at sundhed i dag er blevet det stik modsatte. I dag tænkes sundhed ifølge Dumit ud fra paradigmet om at holde sig sund ved at bruge betydelige mængder penge, tid og energi på forskellige forebyggende tiltag, ikke mindst farmakologisk forebyggelse (Dumit 2012). En række antropologer har også vist, hvordan sundhedsismen (healthism) ophæver sundhed til en særlig overordnet værdi i samfundet, der vægtes over andet og præges af neoliberalistiske mantraer om „ansvar for egen sundhed“ (se fx Kristensen et al. 2016). Sociologen Susie Scott foreslår, at vi vender analytisk opmærksomhed mod „nothing“ (Scott 2018), her nok bedst oversat til at gøre „ingenting“, for den bevidste handling „ikke at agere“ skal i Scotts optik forstås som en social aktion i webersk forstand. Derved kan „ingenting“ bruges som begreb til at forstå eksempelvis menneskers bevidste ikke-ageren på et handlingsimperativ, der er normativt forventet og ellers kunne være set som „mistænkeligt“ (op.

cit.5). Sådanne analyser kan bruges til at sige noget om drivkræfterne bag overdiagnostik. I et interviewstudie med kvinder, der ikke længere tilbydes brystkræftscreening, fordi de er fyldt 70 år (og efter 70 år er der flere skader end gavn ved brystkræftscreening), fortæller kvinderne, at det at gå til screening er en borgerpligt, og at når det tilbydes af staten, kan det kun være godt. I interviewet bliver de spurgt ind til, hvordan de ville vægte skaderne ved at deltage i screening, og her siger en kvinde for eksempel: ”Jeg vil sige, hellere behandle for meget. Måske er det ikke kræft [...] men hellere en gang for meget end en gang for lidt“ (Gram et al. 2023, oprindeligt citat på dansk).

## Har overdiagnostik analytisk relevans for antropologien?

Jeg vil ikke argumentere imod studier af enkeltsygdomme (eller for den sags skyld multisygdom, som jeg selv skrev ph.d. om), men i stedet fremhæve vigtigheden af at bevare den kritiske position. For nylig beskrev Emily Rogers en gruppe patienters kamp for anerkendelse af deres diagnose. Diagnosen (ME/kronisk træthedssyndrom) er omstridt, fordi symptomerne er så varierende, at det er svært for biomedicinske læger at afgøre, om der er tale om en sygdom eller en række symptomer. I artiklen beskrives det, hvordan træthedssyndromet gør det endnu sværere for denne gruppe patienter at kæmpe for at få anerkendelse, men ikke på et eneste tidspunkt stiller Rogers sig kritisk over for diagnosen. Tværtimod diagnosticeres Rogers selv med en lignende sygdom i løbet af feltarbejdet (Rogers 2022:416). Efter repræsentationsdebattens tiltrængte opgør med antropologiens objektivisering af „den anden“ og med de seneste års vigtige postkolonistiske og dekolonialiseringsdebatter er det måske problematisk at hævde, at vi ikke bare skal tage vores informanternes ord for gode varer. Men hvis vi adapterer, som i Rogers eksempel, en fortælling om en sygdom, som et magtfuldt system nægter at anerkende, risikerer vi, præcis hvad Browner advarede imod: at overse de institutionelle, sociale, kulturelle, implicitte og eksplicitte strukturer og individuelle livsvilkår og livsomstændigheder.

Den samme problemstilling findes i overdiagnostik. Når jeg skriver eller taler om skaderne ved screeningsprogrammer, får jeg næsten altid en historie om en, der kender en, der „er blevet reddet af at få diagnosen“. Her kan den videnskabelige viden have svært ved at hamle op med vores personlige forforståelser. Forebyggelse, screening, helbredstjek, testning og „jo før, jo bedre“ er alle indsatser, som, har medier og sundhedskampagner lært os, er den ansvarlige måde at interagere med sundhedsvæsenet på. Men tidlig diagnostik vil ikke nødvendigvis føre til helbredelse. Tværtimod er der risiko for påvisning af harmløse tilstande af for eksempel kræft hos mange screeningsdeltagere, uden at dødeligheden af



kræftsygdommen reduceres, men hvor patienterne, som Kurt fra mit feltarbejde, skal leve med bevidstheden om og måske angsten for alvorlig sygdom.

Hvis vi skal forstå, hvad overdiagnostik er, kræver det altså antropologiske indsigter, fordi den medicinske viden altid skal forstås i den kulturelle kontekst, den udspiller sig i. Når en avis for eksempel skriver, at vi kan redde flere menneskeliv ved at screene, levnes kun meget begrænset plads til et modsvar fra forskningen.

Derfor er den kritiske medicinske antropologi afgørende. Selvom de adskiller sig fra overdiagnostik, har studier af medikalisering været stærkt inspirerende for den kritiske medicinske antropologi. Medikalisering er analyseret som en mekanisme til social kontrol (Illich 1976; Foucault 1965; Szasz 1970; Zola 1970) og som en form for biomedicinsk magtudøvelse (Kleinman 2012; Lock 2001; Lock & Ngyuen 2010: 70). Og heldigvis er der stadig stærke kritiske røster. Et eksempel kunne være Merill Singers artikel i *Lancet* om syndemics, hvor han i et af de højest rangerede medicinske tidsskrifter viser, at ulighed og sygdom ikke er resultatet af individers handlinger eller gener, men i langt højere grad et produkt af samspillet mellem sygdom, miljø og sociale kontekster (Singer et al. 2017). Også den danske medicinske antropologi har skarpe kritiske røster, for eksempel Tine Gammeltofts analyser af, hvordan medicinske teknologier bruges til at fravælge nogle fostre (Gammeltoft 2014).

Overdiagnostik er som empirisk og analytisk objekt et fænomen, der netop kalder på den kritiske antropologi. For patienternes og borgernes perspektiv er en vigtig faktor for at forstå, hvorfor vi har overdiagnostik. I vores velfungerende sundhedssystem kan vi gå til lægen og få at vide med større og større sandsynlighed, om for eksempel en feberepisode skyldes en virusinfektion eller en bakteriel infektion. Det skaber en øget forventning til og dermed et øget behov for lægelig afklaring og eventuel efterfølgende behandling. Dermed stiger befolkningens kontakt til sundhedsvæsenet, og som konsekvens heraf stiger antallet af diagnoser. Men vi er ikke som antropologer sat i verden for at være mikrofonholdere eller reproducere magthavernes dogmer. Tværtimod har vi som medicinske antropologer en unik position at tale fra som oversættere mellem medicin og samfund. Lad os fastholde denne position, uanset om vi forsker i overdiagnostik, fosterdiagnostik, kræftforløb eller andet, og bruge den til at kritisk tilgå de styringsmekanismer, magtforhold, logikker og strukturer, der former vores tilgang til sygdom og sundhed.

## Note

1. Psykiske diagnoser kan godt gavne, selvom der er tale om overdiagnostik, fordi diagnosen ofte medfører adgang til støtte og anden hjælp, som kan være nødvendig for individet eller dennes familie.



## Litteratur

- Albarqouni, Loai, Morteza Arab-Zozani, Eman Abukmail, Hannah Greenwood, Thanya Pathirana, Justin Clark, Karin Kopitowski, Minna Johansson, Karen Born, Eddy Lang & Ray Moynihan  
2022 Overdiagnosis and Overuse of Diagnostic and Screening Tests in Low-Income and Middle-Income Countries. A Scoping Review. *BMJ Global Health* 7(10):e008696. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008696>.
- Brinkmann, Svend  
2010 *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Aarhus: Klim.
- Brodersen, John, Liza M. Schwartz, Carl Heneghan, Jack O'Sullivan, Jeffrey Aronson & Steven Woloshin  
2018 Overdiagnosis. What it is and what it isn't. *BMJ Evidence-Based Medicine* 23:1-3. <http://dx.doi.org/10.1136/ebmed-2017-110886>.
- Browner, Carole H.  
1999 On the Medicalization of Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 13(2):135-40. <http://www.jstor.org/stable/649641>.
- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket & Jennifer Fishman  
2010 Biomedicalization. A Theoretical and Substantive Introduction. In: A.E. Clarke, L. Mamo, J.R. Fosket, J.R. Fishman & J.K. Shim (eds): *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Pp. 1-44. New York: Duke University Press. <https://doi.org/10.1515/9780822391258-004>.
- Conrad, Peter  
1975 The Discovery of Hyperkinesis. Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems* 23(1):12-21. <https://doi.org/10.2307/799624>.  
2007 *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* (Vol. 14). Baltimore: Johns Hopkins University Press.  
2013 Medicalization. Changing Contours, Characteristics, and Contexts. In: *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory*. Pp. 195-214. Dordrecht: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3>.
- Conrad, Peter & Joseph W. Schneider  
1992 *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Pennsylvania: Temple University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt14bt7nw>.
- Conrad, Peter & Meredith Bergey  
2015 Medicalization. Sociological and Anthropological Perspectives. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Pp. 105-9. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.64020-5>.
- Douglas, Mary  
1992 *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.
- Dumit, Joe  
2012 *Drugs for Life. How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham: Duke University Press.
- Evans-Pritchard, E.E.  
1976 [1937] *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Oxford University Press.
- Foucault, Michel  
2003 [1965] *Madness and Civilization*. London: Routledge.

- Gammeltoft, Tine M.  
2014 *Haunting Images. A Cultural Account of Selective Reproduction in Vietnam.* California: University of California Press.
- Gram, Emma, Sigrid Knudsen, John Brodersen & Alexandra B. Ryborg Jønsson  
2023 Women's Experiences of Age-Related Discontinuation from Mammography Screening. A Qualitative Interview Study. *Health Expect*:1-11. doi:10.1111/hex.13723.
- Hart, Julian Tudor  
1971 The Inverse Care Law. *The Lancet* 297(7696):405-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-x](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-x).
- Illich, Ivan  
1975 *Medical Nemesis. The Expropriation of Health.* Sydney: Australian Broadcasting Commission, Science Programmes Unit.
- Jønsson, Alexandra Brandt Ryborg & John Brodersen  
2022 Snart er vi alle patienter. Overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver. København: Samfundslitteratur.
- Kleinman, Arthur  
2012 Culture, Bereavement, and Psychiatry. *The Lancet* 379(9816):608-09. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60258-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60258-X).
- Kristensen, Dorthe Brogaard, Ming Lim & Søren Askegaard  
2016 Healthism in Denmark. State, Market, and the Search for a "Moral Compass". *Health* 20(5):485-504. <https://doi.org/10.1177/1363459316638541>.
- Lock, Margaret  
2001 Medicalization. Cultural Concerns. In: N.J. Smelser & P.B. Baltes (eds): *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.* Pp. 9534-39. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/04619-2>.
- Lock, Margaret & Vihn-Kim Nguyen  
2018 [2010] *An Anthropology of Biomedicine.* New Jersey: John Wiley & Sons.
- Mogensen, Hanne Overgaard  
2005 Medicalized Experience and the Active Use of Biomedicine. In: V. Steffen, R. Jenkins & H. Jessen (eds): *Managing Uncertainty. Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control.* Pp. 225-43. København: Museum Tusulanum.
- Moynihan, Ray, Iona Heath & David Henry  
2002 Selling Sickness. *The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering.* *BMJ* 324(7342):886-91. <https://doi.org/10.1136%2Fbmj.324.7342.886>.
- Nielsen, M., J.L. Thomsen, S. Primdahl, U. Dyreborg & J.A. Andersen  
1987 Breast Cancer and Atypia among Young and Middle-Aged Women. A Study of 110 Medicolegal Autopsies. *British Journal of Cancer* 56(6):814-19. <https://doi.org/10.1038/bjc.1987.296>.
- Paris, Joe  
2015 *Overdiagnosis in Psychiatry. How Modern Psychiatry Lost Its Way While Creating a Diagnosis for Almost All of Life's Misfortunes.* London: Oxford University Press.
- Petryna, Adriana  
2004 Biological Citizenship. The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations. *Osiris* 19:250-65. <http://www.jstor.org/stable/3655243>.

- Petursson, Halfdan, Linn Getz, Johann Sigurdsson & Irene Hetlevik  
 2009 Can Individuals with a Significant Risk for Cardiovascular Disease be Adequately Identified by Combination of Several Risk Factors? Modelling Study Based on the Norwegian HUNT 2 Population. *J Eval Clin Pract* 15(1):103-9. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.00962.x.
- Rogers, Emily Lim  
 2022 Recursive Debility. Symptoms, Patient Activism, and the Incomplete Medicalization of ME/CFS. *Medical Anthropology Quarterly* 36:412-28. <https://doi.org/10.1111/maq.12701>.
- Rozing, Maarten, Alexandra Brandt Ryborg Jønsson, Rasmus Køster-Rasmussen, Tina Due, John Brodersen, Kristine Bissenbakker, Volkert Siersma, Stewart W. Mercer, Ann Dorrit Guassora, Jakob Kjellberg, Pia Kjellberg, Maria H. Nielsen, Iben Christensen, Jacob Bardram, Frederik Martiny, Anne Møller & Susanne Reventlow on behalf of the SOFIA Study Group  
 2021 The SOFIA Pilot Trial. A Cluster-Randomized Trial of Coordinated, Co-Produced Care to Reduce Mortality and Improve Quality of Life in People with Severe Mental Illness in the General Practice Setting. *Pilot Feasibility Stud* 7:168. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00906-z>.
- Scott, Susan  
 2018 A Sociology of Nothing. Understanding the Unmarked. *Sociology* 52(1):3-19. <https://doi.org/10.1177/0038038517690681>.
- Singer, Merill, Nicola Bulled, Bayla Ostrach & Emily Mendenhall  
 2017 Syndemics and the Biosocial Conception of Health. *Lancet (London, England)* 389(10072):941-50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X).
- Steffen, Vibeke, Richard Jenkins & Hanne Jessen (eds)  
 2005 *Managing Uncertainty. Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control*. København: Museum Tusulanum.
- Szasz, Thomas  
 1997 *The Manufacture of Madness. A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Syracuse University Press.
- Weaver, Thomas  
 1968 *Essays on Medical Anthropology*. Georgia: University of Georgia Press.
- Whyte, Susan  
 1997 *Questioning Misfortune. The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zola, Irving Kenneth  
 1972 Medicine as an Institution of Social Control. *Ekistics* 41, 245(1976):210-14. <http://www.jstor.org/stable/43618673>.

