

## Danish University Colleges

### Det' bar bryster - Screening i et risikoperspektiv

en analyse af hvordan mammografiscreening og dens fordele og ulemper fremstilles og fortolkes af producenter og konsumenter set i lyset af den senmoderne risikotænkning

Andersen, Helle

*Publication date:*  
2009

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Andersen, H. (2009). *Det' bar bryster - Screening i et risikoperspektiv: en analyse af hvordan mammografiscreening og dens fordele og ulemper fremstilles og fortolkes af producenter og konsumenter set i lyset af den senmoderne risikotænkning.*

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Download policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

## Indledning

"Kære XX

Regionen indbyder dig hermed til en gratis røntgenundersøgelse af brystet, også kaldet mammografi. Dette tilbud gives til alle kvinder mellem 50 og 69 år hvert andet år. Formålet med undersøgelsen er at finde de kvinder, der har tidlige stadier af brystkræft for at kunne tilbyde tidlig behandling.

Vi har reserveret tid til undersøgelse tirsdag kl. 9. Passer tiden dig ikke, kan du ringe og få den ændret. Udebliver du, vil du modtage en rykker.

Venlig hilsen

Din region

Fra 1. januar 2008 indbyder landets fem regioner pr. brev alle kvinder mellem 50 og 69 år at deltage i en mammografiscreening, der er et landsdækkende folkeundersøgelsesprogram for brystkræft. Sundhedsstyrelsen har i den anledning udarbejdet en informationspjece "Mammografi – screening for brystkræft" (bilag SS), der sendes til kvinderne sammen med brevet, og som lister fordele og ulemper ved undersøgelsen.

Tiden til undersøgelsen er reserveret, og kvinden skal ikke gøre andet end at møde op. Udebliver hun, får hun en rykker, mens hun skal afmelde sig, hvis hun hverken er interesseret i at deltage eller modtage rykkere. Undersøgelsen foregår ved, at det nøgne bryst presses fladt mellem to glasplader, mens det røntgenfotoferes. Billederne kan vise, om der er forandringer i brystet i form af vandcyster, godartede knuder, kræftknuder eller forstadier til kræftknuder, der er så små, at hun ikke selv kan mærke dem.

Når samfundet vælger at screene en befolkningsgruppe, skyldes det, at man har identificeret et sundhedsproblem, som man ønsker at forhindre ved at lede efter risikofaktorer og tidlige stadier af sygdom. Og modsat det gængse patient/læge forhold, hvor patienten opsøger lægen, fordi hun opdager et problem, forholder det sig omvendt ved screening. Samfundet henvender sig altså til mennesker, der opfatter sig selv som raske, men som ved screeningen risikerer at få at vide, at det forholder sig anderledes. Ifølge Frede Olesen, der er formand for Kræftens Bekæmpelse, er det derfor afgørende, at enhver patient oplever en screeningsundersøgelse som et reelt frivilligt tilbud i modsætning til at føle sig som offer for sundhedsvæsenets gode vilje (Etik og Klinik, 1998, p. 27). Han fastslår desuden, at patientautonomi derfor altid skal veje tungere end deltagerprocenter og samfundets forventede gavn af en screeningsundersøgelse (ibid.).

Selv om mammografiscreeningsprogrammet på grund af manglende ressourcer både i form af penge til gennemførelsen og af tilstrækkeligt uddannet personale først for alvor er ved at komme i gang i 2009, ved man bl.a. fra en undersøgelse i det tidligere Fyns Amt, at mange kvinder vælger at møde op og får deres bryster undersøgt for mulige knuder (netkilde 1).

Fremgangsmåden med at reservere tid på forhånd er blevet stærkt kritiseret af bl.a. overlæge dr. med. Peter Gøtzsche, Det Nordiske Cochrane Center. Han

kalder i en kronik (bilag PG) programmet for "bondefangeri" og betegner det som uetisk. Dels fordi det benytter sig af negativ aftalebinding, dels fordi det kortslutter kvindernes egen beslutningsproces, når de skal afmelde frem for at tilmelde sig.

Gøtzsche mener desuden, at Sundhedsstyrelsens pjece overbetoner mammografiscreeningens fordele og bagatelliserer skadevirkningerne. Derfor har han sammen med en række andre kritikere udgivet en alternativ pjece "Screening for brystkræft med mammografi", der ligger på centrets hjemmeside (bilag NCC).

Pjecen skabte ved sin udgivelse i begyndelsen af 2008 en del debat og pustede liv i den årelange diskussion for eller imod screening. Og meningene er meget delte om screeningsprogrammet og dets fordele og ulemper. Selv om programmet allerede blev vedtaget politisk for knap 10 år siden, har hovedparten af de daværende amter og nuværende regioner tøvet med at indføre det. Først og fremmest fordi eksperter med viden på området har været uenige om, hvorvidt programmet gør mere skade end gavn.

Tilhængerne med Kræftens Bekæmpelse i spidsen påpeger, at screening redder liv, fordi man finder knuderne tidligere og derfor kan sætte ind med behandling tidligere. Tilhængerne hævder desuden, at man kan nedsætte dødeligheden af sygdommen med 35 pct. hos de kvinder, der deltager i screeningen, og man mener, at ulemperne i form af falsk positive og falsk negative svar er stærkt begrænset.

Modstanderne derimod fokuserer på den overdiagnosticering, screeningen afstedkommer. De peger på, at nok redder man liv, men langt fra 35 pct. Kun ca. én ud af 2000 kvinder, der screenes regelmæssigt gennem 10 år, redder livet på grund af screening, siger de. Det svarer til, at kun ca. 15 pct. flere bliver reddet med screening end uden. Til gengæld påpeger modstanderne, at 10 ellers raske kvinder unødigt forvandles til kræftpatienter, og samtidig får 200 kvinder et såkaldt falsk positivt resultat, der efter nærmere undersøgelse kan afvises.

Læge ph.d. John Brodersen, Institut for Folkesundhedsvidenskab hører til screeningsmodstanderne. Han har forsket i, hvad det betyder for kvinder at få en falsk diagnose, og hans forskning viser, at det kan have vidtgående psykiske konsekvenser (Brodersen, 2006). Kvinder, der har fået påvist et falsk-negativt resultat, ændrer generelt syn på sygdom og sundhed, og oplevelsen sår tvivl om, hvorvidt de selv er i stand til at afgøre, hvornår de er raske, og hvornår de er syge. John Brodersen efterlyser i sin ph.d. afhandling derfor en stillingtagen til, hvor mange ulemper og bivirkninger og hvor meget usikkerhed og bekymring man vil acceptere for at undgå nogle ganske få dødsfald.

Spørger man kvinderne selv, synes de fleste, at screening er et godt tilbud. En undersøgelse, som Kræftens Bekæmpelse gennemførte i 2004, viste, at 87 pct. af alle kvinder ville sige ja til et muligt tilbud om mammografi, mens kun 10 pct. ville sige nej (netkilde 2). Argumentet for at deltage er, at "man gerne vil være på den sikre side". De foreløbige erfaringer efter indførelsen af det

landsdækkende screeningsprogram viser da også, at mindst 8 ud af 10 kvinder vælger at deltage (netkilde 3).

Uanset hvilken holdning man deler, kan screeningstilbuddet betegnes som en konsekvens af den risikotankegang, der i stigende grad præger det senmoderne menneske. Vi lever i det den tyske sociolog Ulrich Beck beskriver som et risikosamfund (Beck, 2004), hvor vi ustandselig bliver bombarderet med problemer, vi skal tage stilling til. Den viden vi får, skaber samtidig en følelse af, at det er vores ansvar at løse disse problemer, hvoraf behovet for at skaffe sig kontrol over tilværelsen og dermed tryghed og stabilitet opstår. Også den polskfødte sociolog Zygmunt Bauman beskæftiger sig med det senmoderne menneskes søgen efter tryghed i en usikker verden, hvor grænserne mellem det normale og det unormale, mellem realitet og fiktion, det kendte og det fremmede nedbrydes, hvilket skaber et behov for at opnå en sikker og legitim position (Bauman, 1997). Han peger på, at individet derfor som den endeløst begærende forbruger gerne shopper rundt efter et forsvar mod en af de talrige flydende og diffuse farer, der truer livet i senmodernitet (ibid.).

Dette medfører en higen efter om end ikke at opnå udødelighed så om at holde døden ti skridt fra livet gennem hele livet (Bauman, 1992), da det at bekæmpe døden er meningsløst, men at bekæmpe dødsårsagerne bliver selve livets mening (ibid.).

Men kan man som kvinde i senmoderniteten sikre sig et effektivt forsvar mod brystkræft ved at deltage i et screeningsprogram? Bliver man mere rolig af undersøgelsen, og hvad stiller man op med risikoen for i stedet at blive forvandlet til kræftpatient uden grund?

Skal man glæde sig over evnen til at agere som en slags livskontrollører og indføre stedse flere undersøgelser, der kan afsløre risici for eventuelle sygdomme, længe inden de er brudt ud? Eller risikerer man dermed at ende i det, overlæge og tidligere formand for Etisk Råd Ole Hartling kalder et bangeliv, fordi man i stigende grad vælger at fokusere på alt det, man kan risikere at fejle? (bilag JP1).

Hvad med dem, der nægter at deltage i en rutinemæssig mammografiscreening? Skal de tvinges, fordi det koster mere at helbrede end at forebygge, eller skal de bare selv betale for behandlingen, hvis de skønne dag skulle få sygdommen, som den tyske kansler Angela Merkel på et tidspunkt har udtalt (netkilde 4).

Man kan argumentere for, at screeningsprogrammer er et illustrativt eksempel på trangen til at opnå kontrol og "snyde" døden ved hjælp af moderne teknologi. Som Ole Hartling, der er kendt som screenings skeptiker, påpeger, kan det naturligvis være beroligende at få vide, at man ikke lider af brystkræft, endetarmskræft, knogleskørhed, forhøjet blodtryk, etc. Men i takt med udviklingen af ny teknologi og nye undersøgelsesmetoder vil der ingen ende være på, hvor beroliget man kan blive, men dermed heller ikke på, hvor foruroliget man skal være (bilag JP2). Han mener, at ængstelsen blot vil vokse i takt med større viden, for jo mere vi ved, jo større behov for at bliver beroliget (ibid.).

Også praktiserende læge Lotte Hvas konkluderer i sin doktorafhandling "Medicin til raske – en syg idé", at det øgede fokus på forebyggelse skaber en bekymringsgørelse, der kan være svær at håndtere for den enkelte. Hun påpeger, at information om risici og en negativ italesættelse af ellers naturlige forandringer i livet påvirker og skaber negative erfaringer (Hvas, 2008). For med muligheden for at intervenere følger tvangen til at tage stilling, og bl.a. Hvas' forskning viser, at fravælgelse af sundhedsvæsenets tilbud også skaber bekymring og tvivl (ibid.).

"Nogle valgmuligheder er det måske bedst at være beskyttet mod, fordi enhver valgmulighed har indbygget en tvang til at tage stilling." (Citat Ole Hartling, JP2)

I takt med at forskning og ny teknologi gør det muligt at forebygge mere og mere, vil de etiske dilemmaer trænge sig stadig mere på. Med øget viden, følger øget behov for handling, og denne masterafhandling vil med udgangspunkt i et udvalg af Zygmunt Baumanns værker (Bauman, 1992, 1997, 2002, 2006) og hans tanker om det moderne individs søgen efter tryghed i en usikker verden, Ulrich Becks teorier om risikosamfundet (Beck, 2004) og Michel Foucaults magtdiskurser (Foucault, 1980; Heede, 2007) analysere baggrunden for, at vi i stigende grad bekender os til teknologisk forebyggelse som middel til tryghed og lysten til at være på den sikre side.

### **Teorien**

Med udgangspunkt i en række brochure- og massemedietekster samt to kvalitative forskningsinterviews vil jeg diskutere, hvordan fordele og ulemper formidles og forstås, og herunder inddrage den hollandske professor i medier og kultur José van Dijck og hendes teorier om, hvordan vores evne til at gengive de indre dele af den menneskelige krop påvirker forståelsen af helbred og sygdom (van Dijck, 2005). Endvidere vil jeg anvende den østrigske filosof og samfundskritiker Ivan Illichs beskrivelse af, hvilken betydning det har, når sundhedsvæsenet overtager kontrollen med menneskers helbred og tilstand (Illich, 1995).

Mine teser er

**1/ at formidlingen af screeningsprogrammet spiller en afgørende rolle for, hvorvidt kvinderne vælger at deltage eller ej.**

**2/ at jagten på det sikre liv præger det senmoderne menneske i stigende grad, hvorfor man undlader at stille spørgsmål ved om enhver form for forebyggelse er et gode.**

### **Problemformulering**

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens pjece og i Det Nordiske Cochrane Centers pendant til kvinder, der er omfattet af det landsdækkende mammografiscreeningsprogram samt to kvalitative interviews med kvinder i målgruppen og en række medietekster i form af læserindlæg og en kronik vil jeg undersøge og diskutere

## **hvordan mammografiscreening og dens fordele og ulemper fremstilles og fortolkes af producenter og konsumenter set i lyset af den senmoderne risikotænkning og dens dilemmaer.**

Jeg ønsker desuden at undersøge, hvilken rolle kønnet spiller i forhold til screening, og om kvinder i højere grad end mænd risikerer unødigt sygeliggørelse på grund af deres køn. På nuværende tidspunkt eksisterer der således herhjemme to screeningsprogrammer for kvinder.

Til at belyse de kønsmæssige aspekter teoretisk vil jeg benytte Judith Butlers teorier om, hvordan køn gøres i en kontekst af patriarkalske strukturer. I den kønsteoretiske del vil jeg desuden inddrage den australske professor i sociolog Kevin Whites tanker om helbred, køn og feminisme. Han argumenterer på baggrund af Michel Foucaults magtdiskurser og Butlers teorier om kønnet som en performativ og diskursiv konstruktion.

Endvidere vil jeg diskutere den dominerende rolle, som brystkræftsagen spiller i den aktuelle mediedebat, hvilket i nogles øjne sker på bekostning af andre mindre profilerede kræftformer som f.eks. prostatacancer.

### **Metoden**

Min empiri vil dels være de to ovenfor nævnte pjecer samt to kvalitative forskningsinterviews med en tilhænger og en modstander af mammografiscreening. Endelig vil jeg inddrage en række andre medietekster i form af læserindlæg og en kronik.

Som metode har jeg valgt den kritiske diskursanalyse som fremstillet af englænderen Norman Fairclough (Fairclough, 2008), idet han supplerer den lingvistiske brug af diskurs med social teori og analyse, og dermed både kan anvendes i en mikroanalyse af tekster og som makrosociologisk teori i en kritisk tilgang til forholdet mellem diskurs og magt. Endvidere opererer han med en tredimensionel model, der fungerer som analytisk ramme til brug for empirisk forskning i kommunikation og samfund, og som inddrager både tekstproduktion og tekstkonsumtion, hvilket gør metoden ideel til brug for denne undersøgelse og analyse.

Herunder kommer jeg ind på begrebet hegemoni, der stammer fra marxistisk teori og illustrerer de måder, magt kan udøves på.

I metodeafsnittet vil jeg desuden gøre rede for professor i pædagogisk psykologi Steiner Kvaales kvalitative forskningsinterview, der især anvendes inden for sociologien og kulturstudierne. Formålet er at opnå viden om enkelte individer eller grupperinger af individer, og den måde de konstruerer en identitet og fungerer i en social kontekst (Kvale, 2005).

## Den teoretiske ramme

### **Risikotænkningens fædre**

Den overordnede teoretiske ramme for min afhandling henter jeg dels hos den polskfødte professor i sociologi Zygmunt Bauman (1925-), der har et omfattende forfatterskab bag sig og trods sin høje alder stadig er yderst produktiv. Dels hos den tyske sociolog Ulrich Beck (1944-), hvis hovedværk "Risikogesellschaft" fra 1986 introducerer risikosamfundet som et vilkår i senmoderniteten.

Begge regnes for at arbejde ud fra en postmodernistisk vinkel, om end Beck foretrækker betegnelsen senmodernitet, og Bauman i stigende grad tager afstand fra ordet post-, fordi begge hælder til, at mange af modernitetens vilkår stadig gælder. Derfor vil jeg herefter anvende orde senmodernitet i stedet for postmodernitet.

Både Bauman og Beck betragter samtiden med en kritisk synsvinkel. De er enige om, at individet er ansvarligt for egne handlinger, valg og vilkår. Men hvor Bauman især har øje på fællesskabernes forlis, fraværet af langvarige forpligtende bånd og flugten fra intimitet (Bauman, 1997, 2002, m.fl.) som forklaring, er Beck optaget af den risikoskæbne, der bliver det senmoderne menneske til del. Beck mener, at den øgede viden om problemerne, som individet får fra videnskaberne bl.a. gennem medierne, skaber en følelse af et personligt ansvar for at løse dem. Modernitetens beskyttelseszoner er forsvundet, hvorfor enhver må tage ansvar for sig selv (Beck, 2004).

Bauman beskæftiger sig i en stor del af sit omfattende forfatterskab indgående med det individualistiske projekt, som han mener, er blevet omdrejningspunktet for og meningen med selve livet (Bauman, 1997, 2002, 2006), idet individet søger at kompensere for og undslippe usikkerheden ved at fokusere på og søge efter sin egen identitet i en omfattende forbrugskultur (Bauman, 1997, 2002, 2006). Beck er mere optaget af det senmoderne menneskes øgede trang til kontrol og forebyggelse af fremtidige farer bl.a. ved hjælp af videnskabens landvindinger, som individet i stigende grad bliver afhængig af og kan vælge imellem (Beck, 2004).

Deres indgangsvinkel til samtidens risikotænkning adskiller sig ligeledes en smule, idet Bauman primært beskæftiger sig med en diffus frygtkultur, der er baseret på en kollektiv og/eller individuel følelse af angst for det ukendte (Bauman, 2006), det undefinerbare. Mens Beck taler om samtiden som en "civilisatorisk vulkan" med tanke på trusler som aids, klimaforandringer, forurening, terrorisme etc., der truer ikke bare en civilisation, men muligheden for fremtidige civilisationer (Beck, 2004). Han peger på, at det derfor ikke længere nytter at opretholde en illusion om, at de andre ikke vedkommer os (Beck, 2004).

### **Det individualistiske projekt – fællesskabernes forlis**

Baumans lange forfatterskab kan opdeles i flere faser, men siden begyndelsen af 1990'erne har det især været præget af en skarp moralsk funderet samfundskritik, der mod slutningen af årtiet udvikler sig til en egentlig pessimisme på postmodernismens vegne. Den pessimisme kommer første gang for alvor til udtryk i værket "Postmodernity and Its Discounts" (Bauman, 1997), hvor Bauman med bekymring beskriver fællesskabernes forlis. Et forlis, der kan ses som en hjørnesteen i hans kritiske samtidsblik, og som betyder, at når kollektive forpligtelser forvandles til individuelle muligheder, og statens ydelser skifter fra at være en ret til at blive en stigmatisering (Bauman, 1997, p. 27), findes der ikke længere objektive standarder, der vejleder individets valg. Den enkelte må stole på sin egen dømmekraft, hvilket bl.a. kommer til udtryk i forhold til sundhedsvæsenet, der skifter karakter fra en institution, der sørger for behandling af de syge, til et forbrugsmarked, hvor tilbuddene om forebyggelse ligger tæt på hylderne, og som dermed bliver til en senmoderne illusion om frihed og sikkerhed. Ifølge Bauman alt sammen til skade for de svageste, der ikke formår eller forstår at træffe disse valg (ibid., p. 25)

Når grænserne mellem det normale og det unormale, mellem realiteter og det simulerede, det kendte og det fremmede smuldrer, opstår behovet for at skabe sig en sikker og legitim position (Bauman, 2002, p. 64). Men, hævder Bauman, den vedvarende byttehandel mellem frihed og sikkerhed vil betyde, at i takt med at individet opnår større frihed, vil det ske på bekostning af følelsen af sikkerhed (ibid., p. 65.).

Individet defineres ikke længere som borger eller lønmodtager, men som en endeløst begærende forbruger, som kompenserer for usikkerheden og opløsningen af forpligtende fællesskaber ved at fokusere på sit eget identitetsprojekt (Bauman, 2002, p. 20), der i højere grad handler om at holde mulighederne åbne frem for at realisere et bestemt projekt.

Også Beck ser individualiseringen som skaber af en ny fattigdom, om end han argumenterer for en opfattelse af, at individualiseringen kan ses som en frisættelse af menneskene fra det industrielle samfunds sociale former (Beck, 2004, p. 118).

Han peger på, at de frisatte individer bliver afhængige af en række andre fællesskaber som arbejdsmarkedet, uddannelsesinstitutioner etc., men selv om de individualiserede kollektiver kan være svære at gennemskue, skaber de mulighed for, at der kan opstå nye sociale og kulturelle fællesskaber som en reaktion på moderniseringens risici og risikoforhold (ibid., p. 122). Disse fællesskaber opstår ofte i protest og vender sig mod administrative og industrielle overgreb over for det individuelle liv (ibid.). Og samtidig ser han det øgede fokus på individuelt ansvar som en del af en tendens, hvori aspekter af livet, som før i tiden var faste og uundgåelige, nu ses som områder, der kan være genstand for valg og ansvar (ibid., p. 123) Og er dermed ganske på linje med Bauman.



## **Den universale frygt – introduktion til risikosamfundet**

Livet i den senmoderne verden er som en tur med rutschebanen – det ene øjeblik er man oppe i solskinnet, det næste nede i en mørk afgrund, hvor der gemmer sig farer, man måske ikke umiddelbart kan se (Bauman, 1997), men som ikke desto mindre – både de reelle og de konstruerede - er blevet en integreret del af virkeligheden for individet som følge af opløsningen af det moderne.

Ganske vist peger Bauman i "Society under siege" (Hviid Jacobsen, 2004, p. 298) på, hvordan individets endeløse søgen efter lykke har afløst frygten for lidelse som drivkraft, idet lykken har forandret sig fra at være et privilegium for et mindretal til at være en rettighed og en mulighed for alle. Men søgen efter lykken går hånd i hånd med frygten for aldrig at opnå lykken, der altid ligger længere ude i fremtiden og aldrig nås (ibid.).

Den diffuse frygt trives i bedste velgående i senmoderniteten, og i "Liquid Fear" (Bauman, 2006) beskriver Bauman, hvordan vi især frygter det, vi ikke kan tackle, som f.eks. sygdomme (ibid., p. 3). Netop opfattelsen af, at tilværelsen i senmoderniteten på mange felter er blevet flydende frem for fast og solid, som den altid har været, er en anden hjørnesteen i Baumans kritiske samtidsblik. Her er Bauman bl.a. inspireret af Lyotard, der sagde "at gøre ting flydende er en måde at ødelægge dem på, selv om man skaber indtrykket af dets fuldendelse" (Hviid Jacobsen, 2004, p. 270). Og når Bauman beskriver frygten som flydende, påpeger han, at mens moderniteten skulle have været det store skridt fremad, hvor individet kunne lægge frygten bag sig og endelig styre de hidtil ukontrollerbare kræfter socialt såvel som i naturen, lever vi stadig - og måske endda i endnu højere grad - i frygt, fordi verden i takt med at den er blevet flydende, gemmer på hidtil ukendte farer, som vi skal tackle (Bauman, 2006, pp. 2-4)

Bauman taler om en "afledet" frygt som en fast sindsstemning, der bedst kan beskrives som en følelse af at være sårbar over for fare, og en opfattelse af, at verden er fuld af farer, der kan ramme en hvert øjeblik det skal være uden eller med ringe forvarsel (ibid., p. 3). Den afledede frygt medfører en følelse af usikkerhed og sårbarhed, fordi når faren rammer, er der ingen chance for at undslippe den eller forsvare sig mod den. Ifølge Bauman er det især opfattelsen af at være uden forsvar, der udløser frygten, snarere end farens størrelse eller styrke (ibid.)

Han peger på, at frygt er det navn, vi giver vores forsvarsløshed (Bauman 2006, pp. 94-95), for i stedet for at indrømme at vi er bange, kalder vi vores manglende evne til at tackle frygten for mangel på forståelse (ibid.). Frygt er ligeledes det navn, vi giver den usikkerhed, vi føler ved at stå ansigt til ansigt med de farer, der karakteriserer den flydende samtid, vores uvidenhed om hvilke farer der reelt er tale om, og vores manglende evne til at beslutte, hvad vi skal eller kan gøre ved det:

"The most gruesome among added fears is the fear of being incapable of averting or escaping the condition of being afraid" (ibid., p. 94).

Beck derimod tager udgangspunkt i de reelle farer, som det senmoderne samfund får stedse flere af – tænk blot på klimaforandringer, aids-epidemier, krigen mod terror, genteknologi etc. – og som han beskriver som et biprodukt af moderniteten og den senmoderne eksistens (Beck, 2004, p. 37). Man kan dermed sige, at han konkretiserer Baumans mere metateoretiske overvejelser ved give farerne navn.

Beck kalder farer og risici for et bundløst behovskar, de er grænseløse og uendelige. Og til forskel fra behov er det ikke blot muligt at fremkalde risici og manipulere med dem, det er også muligt at skabe helt nye risici og dermed markeder. Ikke mindst behovet for at undgå risici er åbent for fortolkninger og kan vokse i det uendelige (ibid., p. 75), i takt med at det bekæmpes. En bekæmpelse er dog ikke nødvendigvis en eliminering af deres årsager eller udspring. Der kan ifølge Beck meget vel være tale om risikokosmetik, som er en mere symbolsk end egentlig præventiv indsats (ibid., p. 76).

Beck mener, at det er svært at afgøre, om der reelt er blevet flere risici, eller om det er vores blik for dem, der er blevet skarpere. Men de to aspekter betinger og forstærker hinanden, siger han (ibid., p. 74).

Han påpeger desuden, at fordelingen af farer og risici i høj grad formidles via argumenter, for farer som det, der nedbryder sundheden eller ødelægger naturen, er sjældent mulige at se. Farer, som hverken er synlige eller følelige, bliver mere og mere centrale (ibid., p. 37), f.eks. er den aktuelle fremtidskrise ikke direkte synlig. Den er en mulighed, som kan blive eller allerede er ved at blive en realitet. Men indtil videre er den en påstand, som forhåbentlig ikke bliver til virkelighed (ibid., p. 73).

”De erfarede risici forudsætter en normativ horisont af mistet sikkerhed og brudt tillid. Selv der, hvor risici optræder ordløst forklædt i tal og formler, vedbliver de derfor med at være et principielt lokalt bundet matematisk koncentrat af krænkede forestillinger om et godt liv” (ibid., p. 39).

Disse forestillinger må man tro på, idet de ikke kan erfares som sådan. Og Beck peger derfor på, at den politiske sociologi og teori om risikosamfundet i sin kerne er en videnssociologi. For overfor den samfundsmæssigt erfarede elendighed står de u håndgribelige civilisatoriske trusler, som først må bevidstgøres i en videnskabelig viden, da de ikke direkte kan relateres til primære erfaringer. Det gælder f.eks. de medicinsk-diagnostiske begrebers sprog (ibid., p. 69). Netop sundhed er en værdi som sættes højt, idet den er en forudsætning for, at vi kan overleve (ibid., p. 112), siger Beck.

Risikobevidstheden er således hverken en traditionel bevidsthed eller lægmandens bevidsthed, men derimod en bevidsthed bestemt af videnskaben. Risici kan altså have en rent teoretisk status, idet man ikke længere udelukkende går ud fra personlige erfaringer. Tværtimod er den almene viden blottet for personlige erfaringer, og risikobevidstheden handler derfor heller ikke længere om andenhånds erfaringer, men om andenhånds ikke-erfaringer (ibid., p. 97). Det er ifølge Beck viden og bevidstheden om viden, der bestemmer frygten i forbindelse med risikoforhold. Og det afgørende er arten af den viden, som individet har, idet den ikke er baseret på egne erfaringer (ibid., p. 71), men på,

hvad risikoeksperterne fortæller, der er grund til – eller ikke grund til - at være bange for (ibid., p. 72).

Det handler altså ikke længere om det, som vi umiddelbart kan erfare, men snarere om det, som bevidstheden ikke ser og ikke kan erfare. Og har man først lukket det usynlige ind, har man også overladt det til andre at bestemme over ens liv.

Hvis man vælger blot at tage tingene, som de kommer, er man naiv og undervurderer de truende farer, og man udsætter sig følgelig for disse uden nogen form for beskyttelse. Dermed indvarsler risikosamfundet ifølge Beck en spekulativ tidsalder for hverdagstænkningen (ibid., pp. 98-99). Til gengæld mener Beck, at jo større faren er, jo større er sandsynligheden for, at den benægtes og bagatelliseres. Han peger på, at når risici opstår i forbindelse med viden, kan de også bagatelliseres, overdrives eller helt fjernes indenfor vidensfeltet. Det er lettere at omdirigere den øgede usikkerhed og angst end at fjerne den, for angsten overvindes ikke, men den kan bortledes i en anden retning (ibid., p. 101).

Men det er en dårlig idé at forsøge at eliminere risici ved at benægte dem, mener Beck. Tværtimod kan det, der var tænkt som et forsøg på stabilisering, hurtigt forvandle sig til destabilisering. Risici, som man har fortiet kan pludselig blive til samfundsmæssige risikoforhold af et sådant omfang, at samfundet ikke kan håndtere dem, hverken politisk eller teknisk-videnskabeligt (ibid., p. 363)

Derfor, understreger Beck, at en af det senmoderne samfunds væsentlige udfordringer må være at forholde sig til, hvordan vi skal forholde os til de risikoskæbner, vi bliver til del, samt til den angst og usikkerhed som de indebærer, når vi nu ikke kan eliminere deres årsager (ibid., p. 102).

### **Individets forhold til døden**

Den ultimative risiko og frygt for ethvert menneske i ethvert samfund til enhver tid er døden. Bauman beskriver i "Mortality, Immortality and Other Life Strategies" fra 1992, som betegnes som et af hans mest originale og gennemtænkte værker om end også mest utilgængelige (Hviid Jacobsen, 2004), hvordan mennesker til enhver tid har forsøgt at overvinde dødens skræmmende facit (Bauman, 1992) og forsøgt at forstå døden og dens væsen, meningen eller mangel på samme.

Men i modsætning til moderniteten, hvor individet forsøger at overvinde døden for at sikre sig udødelighed ved hjælp af medicinsk videnskab eller teknologi, bestræber det senmoderne individ på forskellig vis sig på at holde døden ti skridt fra livet gennem livet (Bauman, 1992). Modernitetens individer dør ikke af dødelighed, men af en konkret årsag. Livet bliver patologiseret, og døden sammenlignes med en sygdom, som kan behandles og helbredes, hvis blot man er ihærdig nok, anvender den rette teknologi og ellers lader fremskridtet arbejde for sig (ibid. p. 5-6).

Det senmoderne menneske har opgivet tanken om det evige liv. Derimod er følelsen af udødelighed symbolet på succes, der skal udfoldes livet igennem. Det

senmoderne individ er således en overlever, og den mest elementære og tydelige form for succes er at forblive i live. Overlevelse er imidlertid flygtig, noget, man hele tiden må anstrenge sig for at opnå, hvorved overlevelse bliver en livslang opgave, der må gentages igen og igen (ibid., p. 33) i en mosaik af mulige forsøg på at overvinde døden.

Bauman ser derfor det senmoderne individ betjene sig af en række overlevelsestrategier, fra troen på en gud eller en fælles sag til kærlighed til den eneste anden, samt ikke mindst, omsorgen for selvet og dyrkelse af kroppen illustreret af fitness- og sundhedsbølgen (ibid., p. 13-18). Ifølge Bauman dyrker det senmoderne individ sit eget selv på motionscentre, diætens eller disciplinens alter, og kroppen bliver dermed både individets samarbejdspartner og samtidig dets værste fjende, da den trods en nok så ihærdig indsats ender med at forråde en (ibid., p. 18).

Omsorgen for selvet karakteriserer det senmoderne individ og understreger det individualistiske projekt, hvorved ikke blot livet, men også døden og udødeligheden bliver til et privat anliggende (ibid., p. 26).

Også i bogen "Flydende modernitet" (2006) beskæftiger Bauman sig med krop og sundhed. Han beskriver, hvordan kroppen er ved at forvandle sig til tryghedens forreste frontlinje, der er under uophørlig beskydning. Det forklarer ifølge Bauman "den omsiggribende, fanatiske og febrilske bekymring for kroppens forsvar, og skellet mellem kroppen og verden udenfor er en af nutidens skarpeste bevogtede grænser" (ibid., p. 236).

"Kropsåbningerne og kropsoverfladerne er nu de primære hjemsteder for den frygt og bekymring, der udløses af visheden om den død, der før eller siden vil indtræffe" (ibid.)

I "Liquid Fear" (Bauman, 2006), tager Bauman igen tager fat på senmodernismens forhold til og frygt for døden og beskriver frygten for døden, som selve prototypen på frygt; den ultimative frygt som alle andre henter næring fra (ibid., p. 52).

"The phenomenon to be manipulated and capitalized on is the fear of death – one natural resource that can boast infinite supplies and complete renewability." (ibid.)

Døden er skræmmende, fordi den i modsætning til alle andre begivenheder vi kender, hverken har en fortid eller en fremtid (ibid., p. 29). Den kan angribe fra forskellige retninger, men målet er det samme – smerten og lidelsen i den dødelige krop (ibid., p. 53), hvilket skaber frygt. Og den illustrerer, at vi kan gøre, hvad vi vil for at vinde kampen mod frygten, men kampen i sig selv er ikke mulig at vinde (ibid., p. 54).

### **Frit valg på den videnskabelige sandheds hylde**

Ved siden af individets søgen efter tryghed, frygtkulturen og det svære forhold til døden og dødelighed står videnskaben og dens formidling af forskningsresultater som endnu en indgangsvinkel til den moderne risikotænkning, idet videnskaben og dens voksende erkendelse af fejlbarlighed er et vigtigt omdrejningspunkt i Becks teorier om risikosamfundet (Beck, 2004)

Beck peger således på, at mens farer tidligere var forårsaget af eksterne faktorer i form af f.eks. guder eller naturen, er de nye risici konstrueret videnskabeligt og samfundsmæssigt. Videnskaben bliver dermed både en medvirkende årsag, et redskab til at definere og et middel til at afhjælpe risici, hvilket skaber et marked for nye videnskaber (ibid., p. 254).

Tidligere herskede en usvækket tro på videnskaben og fremskridtet i forening, og videnskaben kunne til enhver tid hamle op med modstand og kritik på baggrund af sine egne fremskridt og egen succes (ibid., p. 255). I senmoderniteten konfronteres videnskaberne imidlertid i stigende grad med sig selv som produkt og producent af den virkelighed og de problemer, som de oprindeligt havde til opgave at analysere og løse. De havner dermed selv i søgelyset, ikke kun som middel til at løse problemer, men også som årsag til problemer (ibid.). Den kritik medvirker til en afmystificering af videnskaberne, der ændrer relationerne mellem videnskab, praksis og offentlighed for altid, idet videnskabernes krav på erkendelse afmonopoliseres, samtidig med at de både bliver mere nødvendige og mere utilstrækkelige (ibid.). Et eksempel kan være, at folk selv henter informationer om deres sygdom på Internettet, når de får stillet en diagnose. De tager dermed ikke nødvendigvis lægens – og videnskabens – ord for gode varer. Men samtidig forstår de ikke til fulde de informationer, de finder, lige som de heller ingen chance har for at afgøre, hvorvidt deres tilfælde er identisk med beskrivelsen på nettet. Dermed bliver videnskaben på den ene side mere nødvendig, og på den anden side mere utilstrækkelig, idet den frem for at skabe tryk, medvirker til større tvivl.

Strømmen af hypotetiske, upålidelige og usammenhængende delresultater øges og bliver stadig mere uoverskuelig, og aftagerne af de videnskabelige resultater inden for politik, erhverv og offentlighed bliver til aktive medproducenter, idet de må forholde sig til de forskellige videnskabelige fortolkninger (ibid., pp. 256-257).

Jo mere omfattende videnskabeliggørelsen er, og jo mere bevidst offentligheden bliver om risikoforholdene, desto større bliver kravet om politisk handling og desto mere truer den teknisk-videnskabelige civilisation med at blive til et videnskabeligt tabusamfund (ibid., p. 257, p. 282), hvor tabuet bliver den fælles fjende. Se blot på diskussionen om rygning, der er i færd med at gøre rygning til fjenden.

Beck konkluderer dermed:

“Videnskabernes samfundsmæssige funktion er således på én gang ensbetydende med en øgning og en begrænsning af handlemuligheder, ligesom omverdenens modsætningsfyldte forventninger kun øger de professionsinterne konflikter og divergenser” (p. 257).

Videnskaben bidrager altså til at konstruere trusler og til at skabe og skærpe civilisationens risici og en hertil svarende krisebevidsthed (ibid., p. 265). Opstår der en modstand, opfatter videnskaben det som udtryk for en irrationalisme, som kan overvindes ved at højne brugernes rationalitetsniveau (ibid., p. 287).

Alligevel afhænger videnskabens praktiske indflydelsesmuligheder af, hvordan dens resultater konstrueres, hvilke tal der udvælges, hvem eller hvad der tillægges betydning, hvordan problemer tolkes, og hvilke løsninger der foreslås (ibid., p. 289)

Samtidig betyder resultaternes ekstreme kompleksitet, at brugerne får mulighed for at vælge inden for og mellem forskellige ekspertgrupper. Alene i kraft af valget af de faglige eksperter, der skal indgå i kredsen af rådgivere, træffes afgørelser på forhånd, hævder Beck (ibid., p. 288). Praktikere og politikere kan altså ikke blot vælge mellem ekspertgrupper, de kan også spille dem ud mod hinanden, hvorved brugernes selvbestemmelse øges (ibid.), og - hvis vi vender tilbage til Bauman og hans bekymring for fællesskabernes forlis - henviser individet til at stole på sin egen dømmekraft (Bauman, 1992, p. 25).

Man kan dermed ifølge Beck konkludere, at brugerne netop i kraft af videnskaben kan frigøre sig mere og mere fra videnskaben (Beck, 2004, p. 287). Dette betyder, at videnskaberne i stadig mindre grad bliver i stand til at opfylde behovet for sikkerhed hos brugerne, som er tvunget til at træffe deres egne beslutninger. Videnskabernes tvivl overføres altså til brugerne, som således placeres i den modsatte rolle, idet en reduktion af rådvildheden bliver til en praktisk nødvendighed (ibid., p. 288). Eksempelvis bringer nyhedsmedierne dagligt resultatet af nye videnskabelige undersøgelser, der viser det ene eller det andet, for ugen, måneden eller året efter at bringe et resultat, der peger i den modsatte retning. Den enkelte bliver dermed nødt til at træffe en praktisk beslutning og bestemme, om han eller hun vil tro på det ene eller det andet budskab.

Konkluderende i forhold til Baumans beskrivelse af individets frygtssomme forhold til døden og Becks teorier om enden på videnskabens dogmatiske kraft, kan man sige, at hverken Bauman eller Beck udtrykker megen håb om, at vi formår at bekæmpe frygten i fremtiden. Begge forudser tværtimod, at frygten skaber grobund for et profylaktisk samfund, idet den måde vi lever på, producerer stadig flere risici, som vi er nødt til at agere på for at opnå en følelse af at gøre noget (Bauman, 1997, Beck, 2004).

### **Risikotænkningen – fra et magtdiskursivt perspektiv**

Når trangen til at skabe sikkerhed og tryghed bliver dominerende, bliver viden om hvordan man opnår det dermed en magtfaktor, der kan bruges til at fremme en bestemt position eller opfattelse med. Når sundhedsvæsenet installerer en bestemt vidensdiskurs i deres brochure om mammografiscreening for at få så mange kvinder som muligt til at gå til undersøgelse, skaber sundhedsvæsenet en relation mellem viden, magt og diskurs. Den relation er vigtig i forståelsen af, hvorfor nogle kvinder vælger at deltage og andre ikke.

I det følgende afsnit vil jeg derfor inddrage Michel Foucaults teorier om magt og viden i et diskursivt perspektiv, idet jeg bl.a. vil argumentere for, at relationerne mellem magt og viden bidrager til risikotænkningen i senmoderniteten.

Michel Foucault, fransk filosof (1926-1984) regnes for poststrukturalist, om end han ikke selv brød sig om faste positioner. Ifølge Dag Heedes introduktion til Foucault (Heede, 2007) søger Foucault at denaturalisere vore kulturelle forestillingsmønstre, især dem der fremtræder naturgivne eller som synes at indeholde indlysende, evidente sandheder (ibid., p. 10).

Ifølge Foucault er magt ikke en institution eller en struktur, heller ikke en kraft som nogen måtte være udstyret med. Magt er et navn, som man giver en kompleks strategisk situation i et givet samfund, et upersonligt eller overpersonligt begreb, en række viljer uden ansigt (Foucault, 1980; Heede, 2007, p. 39).

Magten udfolder sig i ulige og mobile relationer og skabes i en række komplekse, differentierede styrkeforhold, en alles "kamp" mod alle, og kan f.eks. være relationen mellem læge og patient (ibid.)

"I believe that the manner in which the phenomena, the techniques and the procedures of power enter into play at the most basic levels must be analysed, that the way in which these procedures are displaced, extended and altered must certainly be demonstrated" (Foucault, 1980, p. 99).

Foucault peger på, at magt altid avler en eller anden form for modstand, en modmagt, idet hvor der er mennesker, er der magt (ibid., p. 40). Jo mere eksplicit en magtudfoldelse optræder, jo nemmere er den at gøre modstand mod. Den senmoderne magt er mere økonomisk, effektiv og ydmyg, da den ofte selv optræder anonymt og i stedet for at herske over de underkastede, oplyser dem. Ifølge Foucault kræver disse uigennemsigtige og diskrete magtformer derfor en langt mere gennemtænkt, snu og indirekte modstand (ibid., p. 42)

Udviklingen inden for industrien, teknologien, landbruget og ikke mindst videnskaben har fjernet en række truende farer som hungersnød og epidemier, hvorved det menneskelige liv forlænges (ibid., p. 41). Hvor magten tidligere handlede om, at magthaveren havde magt over undersåtternes død, fokuseres magten derfor i dag på livet. Foucault peger på, at magten finder sin plads i dette udvidede rum og sammen med videninstanserne ordnes, omformes, kontrolleres og udvides rummet for magten, da mennesket nok opnår et længere og mere sikkert, men også et mere overvåget liv (ibid.).

Foucault arbejder med et positivt magtbegreb, som fungerer gennem de forskellige sandheder, det producerer frem for gennem forbud og undertrykkelse (ibid., pp. 41-42). Med andre ord, det, der får magten til at virke, er, at den ikke undertrykker, som en kraft, der siger nej, men snarere fordi den producerer ting, viden og diskurs.

"What makes power hold good, what makes it accepted is the simply fact that it doesn't only weigh on us as a force, that says no, but that it traverses and produces things, it induces pleasure, forms knowledge, produces discourse" (Foucault, 1980, p. 119).

Magt forudsætter hos Foucault frie subjekter, der kan iværksætte adskillige adfærdsmåder, reaktioner og handlemuligheder i deres mulighedsfelt (ibid., pp. 42-43). Men magt kan også defineres som en styring af andre menneskers mulighedsfelter, og det at leve i et samfund må være ensbetydende med, at

handling styrer andre handlinger, idet et samfund uden magtrelationer er en abstraktion (ibid., p. 43), siger Foucault.

Ethvert samfund besidder ifølge Foucault et sandhedsregime (ibid.). Det vil sige processer, der definerer og udskiller sande diskurser fra falske, og som udvælger individer til at fastslå sandhed. I den senmoderne kultur er det i høj grad videnskaben, der varetager disse funktioner, hævder Foucault (ibid.), hvilket falder helt i tråd med Becks teorier om videnskabens stadig større plads i risikosamfundet (Beck, 2004). Det er her, vi henvender os, når vi søger sandheden, hvoraf man kan slutte, at magt altid er knyttet til viden.

Derfor forsøger Foucault at afdække, hvordan magten binder sig til videnskabelighed ved at kortlægge de tilsyneladende neutrale og uafhængige institutioners virkemåde og magttilknytning. Han deler magtrelationer op i konkret kunnen og kommunikation, og betragter magten som et kolossalt maskineri, der danner, styrer og installerer individuelle og totaliserende sandheder i subjekterne (ibid.).

Han peger på, hvordan viden i dag er institutionaliseret, idet "institutioner" som lærere, professorer, eksperter, læger i større eller mindre grad tager patent på viden og dermed på magten (ibid., p. 44), om end han mener, at de intellektuelle skal undgå at agere som sandhedens embedsmænd, men være bevidst om hvilken magt de har og udøver (ibid., p. 45).

"It's not a matter of emancipating truth from every system of power, but of detaching the power of truth from the forms of hegemony, social, economic and cultural, within which it operates at the present time" (Foucault, 1980, p. 133).

Iagttagelse af Foucaults pointer om magt og viden i et diskursivt perspektiv, vil magt og viden være snævert forbundet med diskurs. Diskurser producerer de subjekter, vi er, og de objekter vi gerne vil vide noget om, og viden er ikke bare end afspejling af virkeligheden, men en diskursiv konstruktion (Winther Jørgensen & Philips, 1999, p. 23) idet man aldrig kan tale fra en position uden for diskursen. Ifølge Foucault er det derfor ikke muligt at nå frem til en endegyldig sandhed, da sandhed skabes uden for diskurserne (ibid.).

Foucault betragter viljen til sandhed som en århundredlang besættelse i den vestlige tænkning, en besættelse, der blot bliver stærkere og stærkere (Heede, 2007, p. 87). Han mener, at sandhed tværtimod er et system af produktion, regulering og udbredelse af udsagn, som ethvert samfund besidder, og som derved kommer til at fungere som en magtinstans (ibid.).

Sammenfattende kan man argumentere for, at Foucaults pointer om magten som producent af sandhed og sandhed som en diskursiv konstruktion understøtter Baumans (Bauman, 1997) og Becks (Beck, 2004) kritiske blik på en samtid, hvor det enkle individ i høj grad er overladt til sig selv og må påtage sig ansvaret for egne valg.

Magt udfolder sig således, når den etablerer en bestemt position, hvorfra en bestemt sandhed italesættes. Magten bliver dermed samtidig produktiv, idet den



bidrager til at producere noget, som folk ønsker, og som i den risikofyldte senmodernitet kan illustreres af ønsket om sikkerhed (Bauman, 1997, Beck, 2004).

### **Fra et sundhedssociologisk perspektiv**

I forlængelse af den overordnede teoretiske ramme omkring risikosamfundet tegnet af Bauman og Beck, vil jeg introducere såvel den østrigskfødte filosof Ivan Illich (1926-2002) og hans kritiske blik på lægevidenskabelig risikotænkningens indflydelse på individets tilværelse (Illich, 1995) som den hollandske professor i medier og kulturstudier José van Dijck (1960-) og hendes kulturelle analyse af medicinsk billedskabelse (van Dijck, 2005).

Begge belyser teoretisk - om end med vidt forskellige indgangsvinkler - hvordan ønsket om sundhed for den enkelte i stigende grad præges og formes af senmodernitetens risikotænkning, bl.a. illustreret af stadig større fokus på forebyggelse og screeninger. Men hvor Ivan Illich med en baggrund som både filosof og før det romerskkatolsk præst har et stærkt etisk og antiimperialistisk afsæt for sine teorier, er Jose van Dijcks tilgang i højere grad at beskrive, hvilken indflydelse den nye teknologi har på synet på krop og sygdom i den flydende senmodernitet.

### **Sundhedsimperialisme og den transparente krop**

Ivan Illich hører til blandt de skarpeste og mest radikale kritikere af vestlig kultur generelt, efter han ved en inkvisitionsproces i Rom mistede sin kirkelige status, fordi han kæmpede mod det, han opfattede som kirkelig kulturimperialisme. Ikke mindst sundhedsvæsenet har hans bevågenhed, og i sin bog "Limits to Medicine", der udkom første gang i 1975 og siden er revideret flere gange, indleder han med at slå fast, at den omfattende medicinalindustri er den største trussel mod sundheden i den vestlige verden (Illich, 1995, p. 3.).

Hans hovedargument er - som også beskrevet af Bauman i "Liquid Fear" (2006) - at sundhedsimperialismen tilintetgør det enkelte menneskes selvbestemmelse, idet lægevidenskaben og medicinalindustrien godt hjulpet på vej af lægestanden sygeliggør befolkningen unødvendigt, og at en stadig stigende del af medicinsk praksis skyldes behovet for at reparere eller nedtone uheldige sideeffekter af tidligere praksis (ibid.).

Illich argumenterer for, at den stigende medikalisering af mange af livets naturlige faser og begivenheder fra fødsel til død skader langt mere, end den gavner og forvandler mennesker til patienter på livstid. Han introducerer begrebet iatrogen sygdom (sygdom påført af lægen eller af behandlingen), som han mener, bidrager til sygeliggørelsen af det enkelte individ (ibid., p. 8).

"People need no bureaucratic interference to mate, give birth and die. Man's consciously lived fragility; individuality and relatedness make the experience of pain, of sickness and of death an integral part of his life. The ability to cope with this trio autonomously is fundamental to his health" (ibid., p. 275).

Ikke fordi ritualiseringen af forskellige stadier i livet er ny; det nye er imidlertid, at stadierne kræver medicin (ibid., p. 78), hvilket ifølge Illich bevirker, at befolkningen uundgåeligt taber mere og mere selvstændighed til sundhedsregimet (ibid.). Lægevidenskaben bruges dermed til at udøve social kontrol af befolkningen og oven i købet gøre det til en indbringende økonomisk aktivitet (ibid., p. 43), idet sundhed bliver til en industri, noget man betaler for, frem for noget man blot har eller tilstræber (ibid., p. 89).

I afsnittet "Preventive Stigma" diskuterer Illich den stærk stigende forebyggelsesindustri (ibid.). Han peger på, at lægevidenskaben markedsfører forebyggelse som den eneste vej til frelse, og dermed udvides sygeliggørelsen til også at omfatte profylakse og prognostiske risici. Ifølge Illich bliver mennesker gjort til patienter uden overhovedet at være syge (ibid.). De spiser forebyggende medicin, går til helbredsundersøgelser, deltager i screeninger og lader sig kontrollere på kryds og tværs. Medikaliseringen af forebyggelsen er endnu et symptom på iatrogen medicin, der transformerer et personligt ansvar til et samfundsansliggende (ibid.).

Mens Illich kritiserer sundhedsvæsenets imperialistiske overgreb på den enkelte, tager José van Dijck i "The Transparent Body" (2005) udgangspunkt i følgevirkningerne af den teknologiske udvikling i form af evnen til at gøre de inderste regioner af den menneskelige krop synlige. Hun demonstrerer, hvordan den påvirker og dominerer vores forståelse for og oplevelse af sundhed og sygdom. Lægevidenskabelige billeder har gjort kroppen transparent, hvilket betyder, at vi har en tendens til udelukkende at fokusere på det, vi kan se, og glemme det, der ikke er synligt (ibid.).

Det transparente ideal reflekterer historisk set ideen om rationalitet og videnskabeligt fremskridt, mens transparens i dag betyder udviklingsevne og kontrol over den menneskelige fysiologi. Den transparente krop er et komplekst produkt af vores kultur, hvor relationerne mellem medicin, teknologi og medier er alt andet end klare (ibid., p. 5).

"The ideal of transparency is not simply pushed and promoted by medical science. The transparent body is a complex product of our culture – a culture that capitalizes on perfectibility and malleability" (ibid.).

Van Dijck peger på, at nok skaber moderne teknologi ny klinisk indsigt, men samtidig bliver individet via teknologien konfronteret med nye større eller mindre dilemmaer. For bag de oplyste billeder gemmer sig en række etiske valg, idet medicinsk indgriben kan være afhængig af nye opfindelser. Derfor er kroppen alt andet end gennemsigtig (ibid., p. 4).

### **Den psykiske effekt**

Også den psykiske effekt af sundhedsimperialismen ligger Illich på sinde, idet han peger på, at en diagnose, der stilles af en læge, definerer en rolle for patienten, en rolle, der enten kan være midlertidig eller permanent, men i begge tilfælde har indflydelse på den psykiske tilstand (Illich, 1995, p. 89).

Diagnosen brændemærker patienten for livstid, for skønt den objektive tilstand måske hurtigt forsvinder, består det iatrogene stempel, idet en professionel mistanke er nok til at udløse stigmatiseringen (ibid., p. 90). F.eks. slipper en tidligere depressiv patient, folk, der har haft et hjertetilfælde, tidligere alkoholikere og kvinder, der har haft brystkræft, aldrig fri af rollen som patient, hævder Illich (ibid.).

“The medical label may protect the patient from punishment only to submit him to interminable instruction, treatment and discrimination, which are inflicted on him for his professionally presumed benefit” (ibid.).

En diagnose udløser altid stress, definerer mangel på kunnen, forstærker inaktivitet og fokuserer på skrækken for ikke at kunne helbredes, siger Illich (ibid., p. 96). Den betyder usikkerhed og afhængighed af fremtidige forskningsresultater, hvilket bidrager til tabet af autonom selvbestemmelse. Det isolerer individet i en særlig rolle og afskærer ham/hende fra det normale og sunde, samtidig med at vedkommende bliver afhængig af andres autoritet (ibid.).

“The ultimate triumph of therapeutic culture turns the independence of the average healthy person into an intolerable form of deviance” (ibid.).

Diagnostisk bias hænger desuden sammen med jævnlige diagnostiske fejlantagelser, mener Illich (ibid., p. 93). Diagnoser kan ofte diskuteres, da et sygdomsbillede sjældent er entydigt, og lægevidenskaben tilskriver altså ikke bare kategorier, som man kan stille spørgsmål ved. Den gør det med en fejlmargen, som intet juridisk system ville tillade, siger Illich (ibid.).

Ifølge van Dijck er det ganske vist en almindelig antagelse, at moderne billedteknologi afslører kroppens indre på realistisk fotografisk maner, og at ethvert nyt instrument skaber skarpere og bedre billeder til gavn for patologien (van Dijck, 2005, p. 6). Men det er imidlertid en stærkt forsimplet tankegang, for selv om ny teknologi skaffer ny viden om sygdom og sundhed, påvirker den også vores syn på kroppen og den måde, vi betragter sygdom og helbredelse (ibid., pp. 6-7).

Total gennemsigtighed, siger hun, er en mediekonstrueret myte, der hviler på to underliggende opfattelser: 1/ at se er at kurere, og 2/ at stirre ind i kroppen er en uskyldig aktivitet, der ikke har nogen konsekvenser (ibid., p. 7).

Den almindelige tro på lægevidenskabens fremskridt stoler urokkeligt på det mekaniske medicinske øje: At bedre instrumenter automatisk fører til mere viden og dermed mere helbredelse. Vi tror, at der fra at se til at diagnosticere kun er et lille skridt, idet den almene opfattelse er, at lægen kun behøver at se for at finde en kur (ibid.). Men langt fra alle sygdomme kan visualiseres, og enhver ny teknologi løfter blot sløret for endnu en ny hemmelighed i den menneskelige krop uden automatisk at indikere en løsning (ibid.).

“The idea that, by combining all imaging technologies, we can create an ultimate map of human body is as presumptuous as the claim that we can find the meaning of life by mapping the humane genome” (ibid.).

Van Dijck peger på, at scanninger er et godt eksempel på ovenstående, idet de ofte afslører uregelmæssigheder eller anormaliteter, hvis videre liv lægen ikke kan forudsige eller kurere (ibid.). Man kan altså ikke gå ud fra, at der til enhver tid er forbindelse mellem billeder og patologi (ibid.) Når en læge ser på et scanningsbillede, kan han/hun muligvis identificere en potential lidelse, men forskellige lægers tolkning af et og samme billede er ikke nødvendigvis enslydende (ibid.). Medicinsk diagnostisk tolkning vil altså til en vis grad altid bero på konsensus blandt eksperter, og det vil tage år, før konsensus bliver en heuristisk protokol (ibid.).

Ifølge Illich bliver lægen dermed en slags spåmand, og hans diagnoser risikerer at udelukke børn med dårlige gener fra at blive født, nogle mennesker fra at blive forfremmet og andre fra det politiske liv (Illich, 1995, p. 91). Og fra at jage sundhedsrisici hos dem, der har særlig brug for beskyttelse som gravide, der går til jordemoder og børn, der går til skolelæge, udvides jagten snart til tegn på forhøjet blodtryk, kræft og sukkersyge. Det ender med, siger Illich, at den organiserede sygdomsjagt stiller spørgsmålet om, hvem er værdig til livet i det hele taget (ibid.).

### **Jagten på livsforlængelse**

Illich konkluderer derfor, at i det øjeblik et samfund organiserer en forebyggende sygdomsjagt, åbner det for en epidemi af diagnoser. Hovedaktiviteten i et samfund styret af jagten på sygdom fører til en fantomproduktion af livsforlængelse som vare (ibid., p. 97). Ved at sætte lighedstegn mellem det statistiske menneske og det biologisk unikke menneske bliver en umættelig efterspørgsel efter begrænsede ressourcer skabt (ibid.). Mennesker bliver bibragt den tro, at de er maskiner, hvis holdbarhed afhænger af, hvor ofte de besøger værkstedet, og de bliver ikke bare forpligtet til, men også presset til at betale regningen for forskningen og salgsaktiviteterne i medicinalindustrien (ibid., p. 96).

Individet bliver underlagt samfundets større behov, forebyggende procedurer bliver obligatoriske og patientens ret til at nægte behandling forsvinder, når lægen argumenterer for, at han/hun må underlægge sig forebyggelse, idet samfundet ikke har råd til den byrde af behandling, der vil være endnu mere kostbar (ibid., p. 97).

Også Van Dijck har øje for bagsiden af den teknologiske udvikling. For selv om teknologien hele tiden leverer bedre billeder af vores indre, vil billederne ikke bidrage til at gøre vores liv lettere. Tværtimod leder det at se ofte til svære valg, moralske dilemmaer og multifacetterede scenarier (van Dijck, 2005, p. 8).

I forhold til manglende konsekvenser af at se påpeger van Dijck, at den medicinske billedteknologi ikke bare former vores individuelle opfattelse. Den bidrager også indirekte til vores kollektive syn på sygdom og terapeutisk indgriben (ibid.) og dermed til strukturen for sundhedspolitikken. F.eks. kan bedre scanningsteknologi afsløre misdannelser hos fostre på et tidligere stadie af

graviditeten, hvorved spørgsmålet om hvorvidt alle bør have tilbuddet om scanning opstår (ibid.).

Desuden bliver ny billedteknologi ofte udviklet med det formål at diagnosticere den enkelte, men ender ofte som screeningsinstrument, der kan bruges til at identificere risikogrupper. Derfor, konkluderer van Dijck, er det aldrig en uskyldig fornøjelse at kigge ind i en krop (ibid.).

### **Når det indre bliver yderliggjort**

Van Dijck citerer Foucault for betragtningen om, at kroppen er stedet, hvor organer og øjne mødes – mere præcist adskiller det mekanisk-medicinske blik dirigeret af billedteknologi kroppen fra personen – hvilket Foucault kalder at yderliggøre det indre (ibid., p. 11). Den voksende medieeksponering af lægevidenskabelig billedteknologi medfører en opfattelse af, at vi forstår dens betydning. Det kliniske blik, der bliver distribueret, påvirker og former altså det kollektive blik på kroppen, og den måde den kan og skal behandles på (ibid., p. 12).

Succesfuld teknologi bliver til følelsesladede narrativer i den populære kultur, idet billederne bliver eksponeret som heltemodige (ibid., p. 12), og de medvirker endvidere til at rangordne sygdomme, idet de mest spektakulære bliver de mest populære, hvorfor de også nyder større opmærksomhed samfundsøkonomisk (ibid., p. 14).

Overordnet set mener van Dijck altså, at den transparente krop som kulturel konstruktion bidrager til at bestemme både individuelle og sociale normer, og på et politisk niveau er den med til at bestemme sundhedspolitikken (ibid., p.15).

Men hvor Ivan Illich ser med skepsis på den teknologiske udvikling, idet den skaber sygdom ud af ingenting, er fejlbehæftet og sætter menneskets egen dømmekraft og vilje ud af spil (Illich, 1995, p. 275), tager José van Dijck ikke endegyldigt stilling til de etiske dilemmaer, der opstår som følge af udviklingen, om end hun er opmærksom på deres eksistens. Derimod koncentrerer hun sig i langt højere grad om, hvad vi skal stille op med den viden, som moderne teknologisk udvikling fører med sig. Hvordan en stigende medieeksponering bidrager til at udbrede og udfolde den indirekte krop, samt ikke mindst hvorvidt det er etisk forsvarligt og acceptabelt at bruge den som medieskabt underholdning (ibid., p. 138).

“As a consequence, the world of medicine is no longer confined to its scientific and professional domain, but has increasingly become interlaced with culture at large: doctor meets artist, medicine flirts with publicity, operating theatre merges with living room” (ibid.).

Set i et metaperspektiv kan man indvende mod Illich, at hans teorier daterer sig tilbage midt i 1970'erne, om end de er gentaget og revideret flere gange siden. Udviklingen på f.eks. kræftområdet går stærkt, og lægevidenskaben bliver hele tiden bedre til at håndtere f.eks. screeninger, hvorfor hans teser om fejlagnostisering muligvis er forældede. Imidlertid peger van Dijck på samme problematik, og Illichs teorier har desuden stadig mange tilhængere i dagens

debat, jvf. screeningskritikere som John Brodersen, Ole Hartling og Peter Gøtzsche, der alle vedholder deres skepsis ud fra samme generelle argumentation som Ivan Illich.

Ligeledes kan man argumentere for, at både Illichs og van Dijcks teorier bygger videre på såvel Baumans betragtninger om frygten for livets endeligt, der forvandler sig til en evig kamp på overlevelse bl.a. i form af ultimativ kropsdyrkelse. Som på Becks tanker om den videnskabelige magtfaktor, der kan bruges efter behag, og alt efter hvilket resultat man ønsker at opnå.

### **Sundhed i et kønsperspektiv**

Landsdækkende screening for en bestemt sygdomsrisiko er indtil videre forbeholdt kvinder. Det vil derfor være naturligt at undersøge, om køn spiller en rolle for den medicinske risikotænkning, idet man tager i betragtning, at mænd statistisk set lever kortere end kvinder og mindst lige så ofte får stillet en uhelbredelig kræftdiagnose (netkilde 11 & 8).

En af dem, der har beskæftiget sig med sundhed set fra et kønsperspektiv er den australske doktor i sociologi Kevin White (1942 -). I sin bog "Sociology of Health and Illness" (2002) slår han fast, at der er flere kvindelige patienter end mandlige på grund af kvinders sociale rolle som mødre og hustruer. Den medikalisering, der sker af deres livscyklus omkring menstruation, graviditet og fødsel, overgangsalder etc. (ibid., p. 130), bidrager til at sygeliggøre dem, hvilket placerer ham på linje med Illich (Illich, 1995).

White argumenterer for, at kvinder i en patriarkalsk domineret medicinsk tradition ikke kan undgå at blive betragtet som "underlegne" eller "anderledes", idet udgangspunktet for det medicinske blik til enhver tid er den maskuline biologi, der bliver ansat for overlegen og normal (ibid.). Det resulterer i, at medicinsk teknologi bidrager til undertrykkelsen af kvinder (ibid.), siger White.

"Medicine and patriarchy control women by enforcing passivity, dependence and submission as appropriate feminine traits" (ibid., p. 130).

Kvinder er altså overrepræsenteret i sundhedssystemet, dels på grund af deres reproduktive evner, dels fordi de som underlegne og anderledes bliver mål for screeningsprogrammer som de eksisterende for brystkræft og livmoderhalskræft, der sygeliggør dem og presser dem til at gå til undersøgelser regelmæssigt (ibid., p. 134).

Tager man som White de feministiske briller på, kan man argumentere for, at mænd bruger den medicinske forskning og teknologi til at konstruere et problematisk billede af den kvindelige krop og dermed dominere, kontrollere og bestemme over kvinder for at sikre, at de forbliver ved deres læst som mødre og hustruer (ibid., p. 134).

Samme argumentation bruger White i forhold til screening, idet han peger på, at screening, der umiddelbart kan forekomme at være et humanistisk skridt fremad, idet kvinder generelt gerne vil vide noget om og have kontrol med deres

krop, i realiteten blot bevarer kvindekroppen som underlegen (ibid., p. 145). Screeningen øger medikaliseringen af kvindekroppen og nærer dermed det traditionelle medicinske patriarkat og dets undertrykkelse og overvågning af kvinder (ibid.)

### **Den Foucault-inspirerede feminist**

Hejser man kønsperspektivet op over det sundhedssociologiske for at undersøge, hvorfor kønnet og de magtstrukturer, der er knyttet dertil, har betydning for risikotænkning, er det nærliggende at inddrage den amerikanske professor i retorik og filosofi Judith Butler (1956-).

Butler, der med sine værker "Gender Trouble" fra 1990 og "Bodies That Matter" fra 1993 anses for banebrydende inden for feministisk forskning, går bag om de eksisterende køns kategorier og undersøger, hvordan de er blevet til, og hvordan de hele tiden reproduceres og bruges af såvel individer som af kulturen og samfundet.

Kønnet konstrueres performativt og diskursivt ved en citering af og identifikation med de givne kønsnormer, siger Butler (Butler 1993, p. 2, p. 12).

"Performativity must be understood not as a singular or deliberate act, but, rather, as the reiterative and citational practice by which discourse produces the effects that it names (ibid.)"

Hun beskriver kroppen ud fra et kønsperspektiv som en materialiseringsproces, der over tid producerer de forestillinger om overflade, som vi forbinder med materie. Kroppen er underlagt konventionelle normer, og de er med til at regulere den biologiske krop. Kroppen citerer kønnet og er dermed den citerende praksis (ibid., p. 42). Som poststrukturalist gør Butler op med essentialismen og tanken om, at der er noget, som bare er der. At f.eks. kønnet har en kerne. Men kønnet er aldrig en indre essens, siger hun, derimod altid en gøren, som er afhængig af, hvordan vi agerer i forskellige situationer på forskellige tidspunkter frem for et fast udtryk for, hvem vi er. Dermed er der ikke en rigtig eller en forkert måde at være køn på. Subjektet bliver til i denne gøren, som når jordemoderen ved fødslen siger "det er en pige." (Butler, 1990, p. 25, Butler, 1993, pp. 7-8)

Butler kritiserer traditionel feminisme for at operere med betegnelsen kvinde som en essentiel og stabil kategori. Hvis man søger efter en særlig femininitet, opretholder man en kønsbinær tankegang. Traditionel feminisme essentialiserer i stedet for at dekonstruere. Kønnene er ikke forskellige, de performer forskelligt (Butler, 1993, p. 5).

"If gender consists of the social meanings that sex assumes, then sex does not accrue social meanings as additive properties but, rather, is replaced by social meanings it takes on" (ibid.).

Hun peger på, at det kvindelige og det mandlige kun giver mening, når kategorierne stilles op overfor hinanden som diskursive modsætninger (ibid., p. 35). I stedet for at tale om kategorien kvinde som noget naturgivent, bør man undersøge, hvordan f.eks. kategorien kvinde produceres og fastholdes af diverse

magtstrukturer (ibid.). Butler er altså inspireret af Foucault, der siger, at magt hele tiden udveksles mellem mennesker, hvorfor hun illustrerer, at magtstrukturen dermed også er med til at bestemme kønnet og kønnets gøren (ibid., p. 3).

Også White er inspireret af Foucault, og han bruger dennes teorier til at vise, hvordan et sundhedsbudskab som f.eks. et tilbud om at deltage i et screeningsprogram er et produkt af professionelle magtdiskurser, der tvinger individet til at relatere risikoen til sig selv og derfor tage tilbuddet for givet (White, 1995, p. 129). Sundhedsvæsenets magtdiskurser leder dermed ifølge White kvinderne ind i en problematisk og dialektisk situation. På den ene side er de skrøbelige og potentielle ofre, på den anden aktive og selvbestemmende fordi de deltager, og det leder dem blot dybere ind i undertrykkelsen (ibid., p. 147)

“If anything screening programmes have subverted feminism incorporating some of its central points autonomy, self-responsibility and control of the body – into a medicalized patriarchal gaze” (ibid.).

I sin kobling af helbred, køn og feminisme skelner White mellem liberale og Foucault-inspirerede feminister indstilling til screeningstanken, idet liberalt indstillede feminister hilser tanken velkommen, fordi de opfatter den som en mulighed for at øge kvinders egen opmærksomhed på kroppens signaler og samtidig et tilbud om service (ibid., p. 144).

Feminister inspireret af Foucault må ifølge White derimod havde den modsatte opfattelse, idet de vil mene, at screening fastholder kvinder i en medikalisering af kroppen, idet kvinder, der i forvejen er underlegne og anderledes, bliver unødigt sygeliggjort af tilsyneladende hjælpsomme professioner, når endnu flere af deres kropps funktioner måles og vejes i jagten på en diagnose (ibid., p. 145).

### **Mænd, køn og helbred**

Men, siger White, det er ikke kun kvinder, der ligger under for den patriarkalske medicinske tradition. Mænds kroppe, helbred og sygdomme bliver i lige så høj grad formet af det patriarkalske samfunds fordringer (ibid., p. 151). I de senere år er der blandt kønsforskere med særlig interesse for sundhed opstået en erkendelse af, at køn har lige så afgørende betydning, når det drejer sig om forventningerne til mænds forhold til sundhed og helbred (ibid., p. 147).

En rigid skelnen mellem mænd og kvinders sundhed må nødvendigvis hvile på en opfattelse af, at køn er biologiske kategorier, hvorfor White hælder til Butlers blik og argumenterer for, at opfattelsen af helbred er kulturelt betinget snarere end biologisk bestemt (ibid.). Som f.eks. at mænd modsat kvinder agerer som dårlige patienter, når de ikke går regelmæssigt til læge, men forsøger at bevare kontrollen og underdrive fysiske skavanker for at leve op til den traditionelle maskuline rolle (ibid., p. 149).

“It can be read as men actively trying to negotiate their gender identity in the face of chronic illness which challenges key attributes of their masculinity – their ability to stay in control, act rationally, and not complain and be a man” (ibid.).



Den indstilling, hævder White, smitter af på systemet, der ikke på samme måde holder øje med mænd som med kvinder i form af regelmæssige screeninger og undersøgelser (ibid.), hvorfor han konkluderer, at mænds rolle set i et sundhedssociologisk perspektiv også er underlagt et patriarkalsk samfundssystem, der forlanger, at mænd opfører sig som mænd og ikke klynker, selv om de i virkeligheden oftere end kvinder dør tidligt af alvorlig sygdom (ibid., p. 151).

Set fra Whites synsvinkel, som han henter støtte og inspiration til hos både Foucault og Butler, spiller køn altså en afgørende rolle for risikotænkning i et sundhedsperspektiv. Både fordi opfattelsen af sundhed er kulturel betinget, hvorved kønnets rolle i samfundsstrukturen får betydning (Butler, 1993, p. 5). Og fordi sundhed samtidig kobles til en teknologisk udvikling, der set med et feministisk blik domineres af en patriarkalsk tradition, hvilket tvinger kønnet til at agere på en bestemt måde (White, 1995, p. 151).

### **Sammenfatning**

Bauman og Beck beskriver begge angsten for det ukendte, den diffuse fare, der kan ramme det senmoderne individ i risikosamfundet (Bauman, 1997, m.fl.; Beck, 2004). Men hvor Bauman ser fællesskabernes opløsning, den flydende modernitet og det evige forbrugersamfund som årsagerne, beskæftiger Beck sig med, hvordan ny viden og teknologi på den ene side skaber løsninger, men på den anden resulterer i nye problemer og nye dilemmaer. Strømmen af viden er så omfattende, at individet får svært ved at overskue den. Da den enkelte samtidig kan vælge frit blandt brugbare resultater, bliver viden magtfuld, fordi den ved at italesætte en bestemt sandhed, kan etablere en bestemt position (Foucault, 1980).

Konkretiseres den diffuse fare som alvorlig sygdom eller tidlig død, som individet vil gøre til sit livsprojekt at bekæmpe (Bauman, 2005), illustrerer van Dijcks teorier, at ny teknologi i form af evnen til at kigge ind i den menneskelige krop ikke kun tilbyder løsninger, men frem for alt afslører nye hemmeligheder, der kræver nye løsninger og skaber nye dilemmaer (van Dijck, 2005). Illich sætter spørgsmålstegn ved, om sundhedsvæsenet ikke snarere skaber patienter frem for at helbrede, idet en stadig større del af sundhedsvæsenets praksis handler om at reparere bivirkninger fra tidligere aktiviteter (Illich, 1995). Mens White hævder, at den teknologiske udvikling og medicinske forskning hviler på en patriarkalsk medicinsk tradition (White, 1995), som set fra et kønsperspektiv bidrager til at fastholde kvindekønnen i en underlegen rolle som "den anden" og "den anderledes".

Konkluderende kan man argumentere for, at det senmoderne samfund skaber rammerne for en risikotænkning, ikke mindst på det sundhedspolitiske område, der resulterer i beslutninger, hvis følger virkninger for det enkelte menneske må og kan diskuteres.

## Metodeovervejelser

I mit speciale har jeg valgt at undersøge og diskutere, hvordan det senmoderne samfunds risikotænkning breder sig på sundhedsområdet, illustreret ved beslutningen om at screene alle danske kvinder i alderen 50 til 69 år for brystkræft hvert andet år.

Ved at foretage en kritisk diskursanalyse vil jeg analysere, hvordan screeningstilbuddet formidles over for kvinderne i den officielle pjece, som udgives af Sundhedsstyrelsen og udsendes til kvinderne i målgruppen sammen med det brev, der indkalder kvinderne til screening. Herunder vil jeg desuden undersøge og sammenligne med en alternativ pjece, der er udgivet af en gruppe forskere med tilknytning til Det Nordiske Cochrane Center, og som er kendt for deres kritik af screeningstanken.

I analysen vil jeg desuden undersøge to kvalitative interviews med to kvinder fra målgruppen, fordi jeg gerne vil lave en konsumptionsundersøgelse for at finde ud af, hvordan modtagerne tolker teksterne. Desuden vil jeg inddrage en kronik af overlæge, dr. med Peter Gøtzsche og en række læser/debatindlæg fra Morgenavisen Jyllands-Posten.

De to interviewpersoner er valgt, fordi de i hvert sit læserindlæg i ovennævnte dagblad i begyndelsen af 2008 erklærede sig som henholdsvis stærk fortaler og stærk modstander af screeningstanken, og jeg vil gerne undersøge, hvordan de to pjecers budskab og diskurs virker på en svoren tilhænger og en lige så svoren modstander. De tilhører begge målgruppen som henholdsvis 58 og 61 årig; de bor begge i en forstad til en dansk storby henholdsvis Vedbæk nord for København og Risskov nord for Århus, og ingen af dem har en egentlig sundhedsfaglig uddannelse, om end den ene for nylig har videreuddannet sig og erhvervet en Master of Public Health. Desuden har jeg bedt dem forholde sig til screeningstanken generelt.

De to interviews er foretaget som kvalitative forskningsinterview på baggrund af Steiner Kvaless teorier om interviewet som forskningsmetode og transskriberet fra en lydoptagelse. Begge interviews varede ca. en time, og transskriberingen er foretaget af mig selv. Interviewpersonernes ord er forsøgt gengivet så ordret som muligt, og jeg har medtaget små pauser og afbrydelser i talen, men udeladt betoning og følelsesudtryk, da jeg vil koncentrere mig om ordvalg, formuleringer og den bagvedliggende mening i analysen.

I dette afsnit vil jeg gøre rede for det teoretiske fundament for Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse, og herunder komme ind på begrebet hegemoni, samt kort introducere Steiner Kvaless tanker om det kvalitative forskningsinterview. Det vil være en kort introduktion, da de to kvalitative interviews kun er en del af min empiri og primært tjener til at illustrere konsumption af de to ovennævnte pjecer frem for at beskrive de to personers livsverden i et bredere perspektiv.

## Introduktion til den kritiske diskursanalyse

Overordnet set betyder diskurs sprogbrug, forstået som en bestemt måde at tale om og forstå verden på, idet vores måde at tale på afspejler ikke vores omverden, vores identiteter og sociale relationer neutralt, men spiller en aktiv rolle i at skabe og forandre dem (Winther Jørgensen & Philips, 1999, p. 9). Det illustrerer f. eks. ordet "æresdrab", der tegner et ganske andet og positivt billede af et drab på et familiemedlem end ordet "familiehenrettelse".

Der findes flere retninger inden for diskursanalyse, men jeg har valgt at anvende den kritiske diskursanalyse repræsenteret af den britiske lingvist Norman Fairclough, (1941-), der siden 1980'erne har været kendt som eksponent for teorien. Ved at kombinere grundige analyser af forskellige teksttyper med sit blik for de sociale og historiske sammenhænge, som teksterne indgår i, afdækker han, hvordan samfundets magt- og betydningshierarkier skabes og genskabes gennem diskursive praksisser (Fairclough, 2008). Bl.a. beskæftiger Fairclough sig indgående med mediediskurser, hvorfor jeg vurderer, at hans metode især er velegnet til analyse af de tekster, jeg vil undersøge, og som alle i en eller anden grad kan betegnes som medietekster.

Faircloughs kritiske diskursanalyse opstiller teorier og metoder til at problematisere og empirisk at undersøge relationerne mellem diskursiv praksis og sociale og kulturelle udviklinger i forskellige sociale sammenhænge (Winther Jørgensen & Philips, 1999, p. 82). Hans teori udmærker sig desuden, fordi den både indeholder metoder til lingvistisk mikroanalyse af tekster samt et overordnet makrosociologisk blik, og Fairclough kritiserer da også de tilgange indenfor lingvistikken, der udelukkende koncentrerer sig om tekstanalyse, da det efter hans mening er en forenklet og overfladisk forståelse af forholdet mellem tekst og samfund (ibid., p. 78).

Fairclough bruger begrebet diskurs på to forskellige måder. Dels som en måde at tale på, hvilket giver betydning til oplevelser ud fra et bestemt perspektiv, dels som sprogbrug i en social praksis (Fairclough, 2008, p. 15). Hans pointe er, at vores sprogbrug både bidrager til at konstruere og ændre sociale hændelser og at skabe den sociale verden. Ifølge hans tilgang er diskurs altså ikke bare konstituerende, men også konstitueret, fordi diskurs som social praksis står i et dialektisk forhold til andre sociale dimensioner (ibid., p. 121). Det vil sige, at diskurs ikke kun bidrager til at forme og omforme sociale strukturer og processer; den afspejler dem også. Derfor er diskurs en vigtig form for social praksis, der både reproducerer og forandrer viden, identiteter og sociale relationer, herunder magtrelationer, og som samtidig formes af andre sociale praksisser og strukturer (ibid.). F.eks. skaber Sundhedsstyrelsens pjece "Mammografi – screening for brystkræft" en populærvideenskabelig forbrugerdiskurs, men samtidig er den også et eksempel på patientinformation, der trækker på allerede konstitueret viden.

Når Fairclough bruger ordet kritisk, er det for at understrege, at den sociale praksis generelt og sprogbruget i særdeleshed er bundet op på årsag/virkningsmekanismer, som man måske ikke umiddelbart er opmærksom på. Specielt er forbindelserne mellem sprogbrug og magtudøvelse sjældent tydelige for folk, selv om de ved en nærmere analyse synes at være af vital

betydning for den måde, magt fungerer på, siger han (Fairclough, 2008, p. 120). Han ser det som den kritiske diskursanalyses opgave at afsløre den diskursive praksis' rolle i opretholdelsen af magtforholdene (Winther Jørgensen & Philips, 1999, pp. 75-76).

"F.eks. tager en konventionel konsultation mellem en læge og en patient, eller et konventionelt interview mellem en journalist og en politiker, en hel række ideologisk potente antagelser om rettigheder, relationer, viden og identiteter for givet" (Fairclough, 2008, p. 120).

Fairclough lægger vægt på, at diskurs er med til at skabe den sociale verden, men i modsætning til diskursteoretikere som Laclau og Mouffe, fastholder Fairclough, at diskurs kun er ét blandt flere aspekter af den sociale praksis (Winther Jørgensen & Philips, p. 15). Denne skelnen opfatter Winther Jørgensen & Philips som et spor af en mere traditionel marxisme i Faircloughs teori. Det betyder, at de vurderer, at hans teori er mindre poststrukturalistisk end andre retninger indenfor diskursanalysen som diskursteorien og diskurspsykologien (ibid.).

Ikke al social praksis er diskursiv, siger Fairclough (ibid., p. 75). Der er noget uden for det diskursive, som bestemmer de økonomiske strukturer, politiske institutioner og sociale normer. Dermed har diskursiv praksis også en ideologisk karakter, idet den indeholder begreber, antagelser og forestillinger, der tages for givet, og som bidrager til at understøtte eller forandre magtforholdene i samfundet (ibid.). Den del vender jeg tilbage under afsnittet om hegemoni.

## **Diskurs og sammenhænge**

I sin kritiske diskursanalyse er Fairclough især interesseret i at undersøge forandring, idet han mener, at konkret sprogbrug altid trækker på betydninger, der allerede er etablerede. Det bringer Fairclough i fokus ved at beskæftige sig med begreberne interdiskursivitet og intertekstualitet. De to begreber betyder, hvordan en tekst trækker på elementer og diskurser fra andre tekster. F.eks. trækker patientinformation som de to pjecer i min empiri både på elementer fra den medicinske verden, fra videnskaben og fra forbrugersamfundet. Et eksempel på intertekstualitet kunne være Gøtzsches kronik om mammografiscreening, der er en reaktion på udgivelsen af Sundhedsstyrelsens pjece, og som igen afføder reaktioner i form af en række læserindlæg.

Har en tekst høj interdiskursivitet, hænger det ifølge Fairclough sammen med forandring, mens ringe interdiskursivitet tyder på reproduktion af det bestående (ibid., p. 94). Samtidig ser Fairclough intertekstualitet som udtryk for både stabilitet og ustabilitet, kontinuitet og forandring, idet man ved at trække på eksisterende diskurser på nye måder kan skabe forandring. Mulighederne for forandring begrænses imidlertid af magtrelationer, der bl.a. sætter rammer for forskellige aktørers adgang til forskellige diskurser (ibid., p. 85). Nogle diskurser har f.eks. lettere adgang til medierne end andre. En ren medicinsk diskurs som benyttet i en medicinsk doktorafhandling vil have sværere ved at blive taget op i medierne, end en hybrid mellem en medicinsk og en populær diskurs (ibid.).

Den kritiske diskursanalytiske tilgang opfatter fællesskabers måde at bruge sproget på som et netværk. Det betegner Fairclough som en diskursorden. En social institution som f.eks. Sundhedsstyrelsen benytter flere diskursordener, der konstitueres af de forskellige diskurstyper og genrer, som bruges der. Diskursordenen er med til at sætte fokus på relationerne mellem forskellige diskurstyper i ordenen (ibid., p. 122). Er den medicinske diskurs f.eks. dominerende i forhold til en forbrugerdiskurs eller omvendt?

”Pointen med begrebet diskursorden er at sætte fokus på relationerne mellem forskellige diskurstyper i ordenen. F.eks. ville det i en skole handle om diskurstyperne i en klasse og i skolegården” (ibid.).

Ifølge Fairclough kan man se diskursordenen som et udtryk for et potentielt kulturelt hegemoni (se nedenfor), hvor dominerende grupper kæmper for at komme igennem med og bibeholde en bestemt struktur (ibid.). Han mener, at det er nyttigt at skelne mellem to hovedkategorier af diskurstyper, nemlig genrer og diskurser, idet diskurs er sproget anvendt til at repræsentere en given social praksis fra et bestemt synspunkt, f.eks. beskrives sygdom og sundhed forskelligt i henholdsvis konventionel og alternativ medicin (ibid., pp. 122-123). Genrer derimod er sprogbrug, der er forbundet med og udgør en del af en bestemt social praksis, f.eks. det at interviewe folk (ibid.).

Som analytiker bør man efter Faircloughs mening både være optaget af at undersøge den specifikke kommunikative begivenhed som f.eks. en bestemt pjece, og hvordan den trækker på bestemte diskurser, som f. eks. medicinske, politiske, populære, og af diskursordenens generelle, overordnede struktur og dens udvikling i takt med sociale og kulturelle forandringer (ibid., p. 124).

### **Faircloughs tredimensionelle model**

Ethvert tilfælde af sprogbrug er ifølge Fairclough en kommunikativ begivenhed, som har tre dimensioner. Hans kritiske diskursanalyse leverer som tidligere nævnt en model, der som analytisk ramme kan bruges til empirisk forskning i kommunikation og samfund (Fairclough, 2008, p. 29, p. 127). De tre dimensioner er:

- tekst – tale, skrift, billede eller en blanding,
- diskursiv praksis, som indebærer produktion og konsumtion af tekster
- social praksis

Fairclough peger på, at modellen kan have mange forskellige fokuspunkter, og man kan f.eks. vælge at fokusere på diskursiv praksis og enten fokusere på teksten, på tekstproduktionsprocesser eller på tekstkonsumptionsprocesser. Han understreger, at det er vigtigt at bibeholde en helhedsorienteret tilgang til den kommunikative begivenhed (ibid., p. 131). I sine egne konkrete analyser tager Fairclough ofte et mikrolingvistisk udgangspunkt og søger at afdække tekstens intertekstualitet tilsat en selektiv sociokulturel analyse, idet han understreger, at han ikke er sociolog, men diskursanalytiker (ibid.). Jeg har som allerede nævnt valgt at fokusere på den diskursive praksis og inddrage både produktion og

konsumtion af informationsmaterialet, lige som jeg i høj grad vil inddrage den sociale praksis i analyseafsnittet.

### **Tekstanalysen**

Tekstanalysen dækker traditionelle former for lingvistisk analyse, hvilket vil sige analyse af ordvalg, semantik, sætnings- og syntagmegrammatik, det fonologiske system og skriftsystemet (ibid., pp. 124-125). Fairclough beskæftiger sig også med begreberne transitivitet og modalitet i sine tekstanalyser. Transitivitet betyder, hvordan begivenheder og processer forbindes med subjekter og objekter i teksten, og eftersom Fairclough er optaget af at afdække de ideologiske konsekvenser af teksten, er han også interesseret i at undersøge, om teksten f.eks. anvender en passiv form og udelader agenten. Ved at bruge den passive form fratager man agenten ansvar og tilsidesætter de processer og begivenheder, der fører frem til udsagnet (Winther Jørgensen & Philips, 1999, p. 95).

Modalitet betyder måden at tænke på, og viser talerens tilslutning til en sætning. Valg af modalitet har konsekvenser for diskursens konstruktion både af sociale relationer og af videns- og betydningssystemer, og f.eks. vil officielle pjecer fra Sundhedsstyrelsen typisk bruge en kategorisk modalitet for at fremme autoriteten (ibid.). Modalitet kan også være sandhed, og en sætning som: "Mammografi af brystet afslører kræft tidligt" fremstiller udsagnet som uomtvisteligt, mens sætningen: "Mammografi af brystet kan afsløre kræft tidligt" udtrykker langt mindre sandhed (ibid., p. 96). Modalitet kan også udtrykkes ved betoning eller ved modereringer – hedges – der sættes ind i sætningen i form af ord som "lidt" eller "måske" (ibid., p. 96).

Ifølge Fairclough har enhver tekst altid tre hovedfunktioner, der hver især definerer sine egne valgmuligheder. En ideationel, en interpersonel og en tekstuel (Fairclough, 2008, p. 125). Når man f.eks. analyserer en sætning i en skreven tekst, bør man fokusere på, hvordan følgende tre aspekter artikuleres:

- en optrevling og identificering af social praksis som fremmer af bestemte ideologier,
- konstruktioner af afsender- og modtageridentiteter, hvad er f.eks. fremhævet, hvilke status- og rolleaspekter gør sig gældende,
- konstruktioner af relationen mellem afsender og modtager. Er relationen f.eks. formel vs. uformel, tæt vs. fjern (ibid.)

Analysen bør medtage både tilstedeværelse og udeladelser i tekster, repræsentationer, deltagerkategorier, konstruktioner af deltageridentiteter eller deltagerrelationer, som ikke findes i teksten (ibid.).

### **Den diskursive praksis**

Under analysen af den diskursive praksis er man interesseret i, hvordan teksten er produceret, og hvordan den konsumeres. Det kan gøres på flere måder. Nogle processer har en institutionel karakter, andre er diskursprocesser i en mere snæver betydning og kan forstås som den forandring, som en tekst gennemgår i produktion og konsumtion (ibid., p. 126).

"Jeg ser den diskursive praksis som medierende mellem den tekstuelle og den sociokulturelle praksis på den måde, at forbindelsen mellem det sociokulturelle og det tekstuelle er en indirekte forbindelse, som kommer i stand via den diskursive praksis: Egenskaber ved den sociokulturelle praksis former tekster, men de gør det ved at sætte rammerne for den diskursive praksis – det vil sige de måder, tekster produceres og konsumeres på som igen realiseres i tekstens træk" (ibid., p. 127).

Rammerne for den diskursive praksis ser Fairclough som en modsætning mellem konventionelle og kreative diskursive processer. Brugen af diskurser kan enten være normativ eller en kreativ blanding af dem. Det er her den kommunikative begivenhed og diskursordenen mødes, og Fairclough er optaget af, hvordan den kommunikative begivenhed trækker på diskursordenen, og hvilken effekt det har på den. Bidrager teksten til at reproducere ordenens grænser og forbindelser, eller medvirker den tværtimod til at omstrukturere den (Fairclough, 2008, p. 128).

På den ene side forventes kreative diskurspraksisser at være komplekse, men på den anden kan kompleksiteten også være konventionel. F.eks. blander en pjece som Sundhedsstyrelsens - i stil med andre sundhedspjecer - i dag både informerende og overtalende genrer, hvorved den oprindeligt var kreativ, men nu optræder som konventionel.

Ved genrer forstår Fairclough den sprogbrug, der er forbundet med og som konstituerer en del af en bestemt social praksis, som f.eks. et interview, en nyhed eller en reklame (Winther Jørgensen & Philips, 1999, p. 80). Generelt kan man ifølge Fairclough sige, at en konventionel diskursiv praksis realiseres i en tekst, som er relativt homogen i form og mening, hvorimod en kreativ diskursiv praksis realiseres i en tekst, som er relativt heterogen med hensyn til form og mening (Fairclough, 2008, p. 128).

### **Social praksis**

Diskursanalysen er ikke tilstrækkelig til at analysere den sociale praksis, idet der ifølge Fairclough ligger noget uden for diskursen (Winther Jørgensen & Philips, 1999, p. 75). Man må derfor, afhængig af hvilken kommunikativ begivenhed der er tale om, inddrage den situation eller den kontekst, som begivenheden indgår i, den bredere kontekst af institutionelle praksisser, som begivenheden er indlejret i, eller den endnu bredere samfundsmæssige og kulturelle ramme (ibid., p. 130). Alle lag kan være relevante, men Fairclough understreger, at det kan være nyttigt at skelne mellem økonomiske, politiske og kulturelle, der har med spørgsmålet om identitet og værdier at gøre (ibid., p. 130).

### **Analyse af diskursordenen**

En analyse af den sociale praksis omfatter en undersøgelse af diskursordenen. Faircloughs syn på forholdet mellem kommunikative begivenheder og diskursordner er dialektisk. Diskursordenen er en form for system, men den er ikke et system i strukturalistisk forstand, idet kommunikative begivenheder ikke bare reproducerer diskursive ordner, men også kan ændre dem gennem kreativ sprogbrug (Winther Jørgensen & Philips p. 83).

Diskursordenen er som tidligere nævnt summen af alle de genrer og diskurser, som bliver brugt inden for en social institution eller et socialt domæne.

Diskursordnen kan derfor siges at være en form for system, som både former og formes af specifikke tilfælde af sprogbrug. Den er dermed både struktur og praksis (ibid.) F.eks. bruger sundhedsvæsenet i dag diskurser, der promoverer sundhedsydelse, som var de varer, og dermed appellerer man til patienterne som individuelle forbrugere frem for som medborgere, hvilket Fairclough kalder for "marketization of discourse" (ibid., p. 84).

Fairclough interesserer sig for, hvordan diskursordnen er struktureret med hensyn til sammenstillingen af diskurser og genrer. Han ser på, hvilke skift der kan iagttages inden for en diskursorden, og hvordan diskursordnen forholder sig til andre diskursordener (ibid., p. 131). Fairclough hævder f.eks., at mediernes diskursorden er skabt af spændingen mellem brugen af offentlige kilder og de private målgrupper, som hver især agerer tiltrækningspoler (ibid., pp. 131-32). Mediediskursen ændres ifølge Fairclough hele tiden ved at omdefinere sit forhold til disse offentlige og private diskursordener (ibid.).

Han peger på, at forskellige institutioner kan komme til at dele fælles diskursive praksisser, og at en diskursiv praksis kan have en kompleks distribution og konsumtion på tværs af mange institutioner. F. eks. er reklame oprindeligt opstået i forbindelse med vareproduktion, men har siden bredt sig til uddannelse, medicin, kunst etc. (ibid.).

Derfor understreger Fairclough, at diskursanalyse altid bør inddrage relationer, interaktioner og sammenfald mellem sociale institutioner eller områder og deres diskursordener og være opmærksom på ligheder i social organisering og i diskursive praksisser på tværs af forskellige institutioner (ibid.).

Han påpeger også, at mediediskurser både kan forme diskursordener og blive formet af dem, ligesom mediediskurser påvirker de diskursive praksisser i den private sfære. Dermed mener han, at der eksisterer en kompleks dialektik mellem medierne og hverdagslivets samtalediskurs (ibid., p. 133).

### **Diskurs, subjekt og ideologi**

Subjektet står centralt i diskursanalysen, selv om diskursanalysens forståelse for subjektet er en anden end den gængse vestlige opfattelse af det som en autonom og suveræn enhed. Det er Foucault, der leverer udgangspunktet for diskursanalysens subjektforståelse, idet han hævder, at subjektet skabes i diskurser. Han bakkes op af professor i pædagogisk psykologi Steiner Kvale (se nedenfor), der argumenterer for, at det er sproget, der taler gennem personen og det individuelle selv bliver et medium for kulturen og dens sprog (Kvale, 2005, p. 36).

Foucault er inspireret af sin lærer, den franske marxistiske filosof Louis Althusser, der knytter subjekt og ideologi tæt sammen. Althusser argumenterer for, at man bliver til et ideologisk subjekt gennem en interpellationsproces, hvorved diskurser appellerer til individet som subjekt. Ifølge Althusser er ideologi et repræsentationssystem, der skjuler vores sande forhold til hinanden og gør de reelle relationer ugennemsigtige. Alle aspekter af det sociale er styret af den



ideologi, der fungerer gennem de undertrykkende statsapparater og de ideologiske massemedier (Winther Jørgensen & Philips p. 24).

Interpellation betegner den proces, hvorved sproget konstruerer en social position for individet og dermed gør det til det ideologiske subjekt. Et eksempel kunne være offentligt informationsmateriale som Sundhedsstyrelsens pjece, der interPELLERER læseren som en forbruger, der har personligt ansvar for at passe sin krop gennem de rigtige livsstilsvalg. Ved at acceptere rollen som tekstens modtager tilslutter individet sig den subjektposition, som interPELLERINGEN har skabt. Så ved at påtage sig rollen som subjekt i en forbrugerkultur accepterer man, at problemer konstrueres som personlige, som individet selv har ansvar for at løse i stedet for som offentlige problemer, der kræver kollektive løsninger (ibid., p. 25).

Fairclough forstår ideologi som konstruktioner af betydning, der bidrager til producere, reproducere og omforme dominansrelationer (ibid., p. 86). Ifølge ham skabes ideologier i samfund, hvor dominansrelationer findes på baggrund af f.eks. klasse og køn, og disse grupper bruger ideologi til at fastholde et bestemt hegemoni (se nedenfor) (ibid.).

Fairclough er uenig med Althusser, der betragter individet som et passivt ideologisk subjekt og underkender dets handlemuligheder, hvilket han er blevet skarpt kritiseret for. Fairclough derimod siger, at betydning skabes i fortolkningsprocessen, og folk kan positioneres inden for forskellige og konkurrerende ideologier (ibid., p. 87), og at den kamp bærer kimen til modstand i sig, fordi de elementer som udfordrer de dominerende betydninger, forsyner folk med ressourcer til at gøre modstand (ibid., p. 88). Som f.eks. når en gruppe læger går mod de officielle myndigheder og udgiver en alternativ sundhedspjece.

## **Hegemoni**

Begrebet hegemoni er blevet nævnt et par gange ovenfor. Begrebet er centralt i Faircloughs kritiske diskursanalyse, og i det følgende vil jeg derfor gennemgå det. Hegemoni stammer fra marxistisk teori og betyder overherredømme. Oprindeligt er ordet dog græsk og betegner en stats ledende stilling indenfor et statsforbund.

Den italienske kommunistleder Antonio Gramsci anvendte begrebet til at beskrive, hvordan de herskende klassers magtposition kunne bestå, og han forklarede hegemoni som organiseringen af samtykke; som de processer, hvor igennem underordnede bevidsthedsformer konstrueres, uden at der skrives til vold eller tvang (Fairclough, 2008, p. 52). Hos Gramsci betyder hegemoni den herskende konsensus i samfundet, når den tilslører folkets virkelige interesser. For gennem meningsdannelsen kan magtforholdene blive så selvfølgelige, at der ikke stilles spørgsmålstejn ved dem. F.eks. kan menneskene i en bestemt nation komme til at føle, at de tilhører samme gruppe og deler vilkår og interesser på tværs af classeskel, blot fordi de har samme nationalitet (ibid., p. 52).

Følgelig forudsætter hegemoni, at de herskende klasser sikrer deres position ved at have vold og tvang til rådighed, og samtidig bruger meningsdannelsen som et vigtigt redskab til at stabilisere magtforholdene. En klasses herredømme er derfor sammensat af tvang og hegemoni, hvor evnen til at skabe enhed og samtykke garanterer klassens magtposition (ibid.).

”Hegemoni handler om at skabe alliancer og integrere, mere end bare dominere, underordnede klasser gennem indrømmelser eller gennem ideologiske midler for at vinde deres samtykke” (ibid.).

Man kan dermed konkludere, at de magtfuldes position geninstalleres ved at reproducere magthierarkiet (ibid., pp. 55-56), og at magt fungerer gennem opnåelse af samtykke snarere end gennem tvang. Hegemoni kan altså siges at skabe mening ved at tilsløre de måder, som magten udøves på.

Fairclough benytter Gramscis teorier om hegemonibegrebet i sin diskursanalyse, idet han hævder, at enhver udøver af en diskurs indgår i en kamp om at få mest mulig indflydelse på den herskende diskurs i samfundet. Hegemoni er diskursanalytisk altså ikke blot dominans, men en forhandlingsproces, hvori man skaber enighed om betydning (ibid., pp. 53-54), hvorfor hegemoni aldrig er stabilt, men skiftende (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, p. 88). Ifølge Fairclough er hegemonibegrebet en måde, hvorpå man kan undersøge, hvordan diskursiv praksis indgår i en større social praksis af magtrelationer (Fairclough, 2008, p. 53-54).

Man kan altså konkludere, at hegemoni er en term, der refererer til de vidtrækkende og diskrete måder, gennem hvilke en dominerende ideologi bliver forstærket og opretholdt. Man beskytter den dominerende ideologi fra afgørende forandringer ved at tillade en mindre del af en modsatrettet ideologi. I tilfældet med tilslutningen til screeningsprogrammet sker det ved at lade screeningsmodstandere komme til orde, men uden at de overdøver budskabet. Det svarer til at blive vaccineret for en sygdom, idet man får en smule af virus, men ikke nok til at gøre skade. Dermed lader magthaverne, som om de er progressive og fornyende, samtidig med at den generelle magtfordeling består (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, p. 88).

Trods det at Fairclough ikke selv beskæftiger sig med konsumtion af tekster i nogle af sine eksempler, og heller ikke giver nogen anvisning på, hvordan transskribering af et interview bør/kan foregå, har jeg som nævnt valgt at inddrage konsumtion i min analyse i form af to kvalitative interviews. Ikke mindst fordi der er tale om en analyse af informationspjecer, anser jeg det for rigtigt at lave en konsumptionsanalyse, hvilket Fairclough dog også understreger (Winther Jørgensen & Phillips, 1999, p. 80). Derfor vil jeg i det følgende kort introducere Steiner Kvaales teori om det kvalitative interviews.

### **Introduktion til det kvalitative interview**

Ifølge professor i pædagogisk psykologi Steiner Kvale (1938-2008) egner interviews sig især til at undersøge menneskers forståelse af betydningerne i deres livsverden, beskrive deres oplevelser og selvforståelse og afklare og uddybe perspektivet på denne verden (Kvale, 2005, p. 111). Kvale mener, at det

kvalitative forskningsinterview skal bidrage til at få interviewpersonen/erne til at beskrive livsverdenen gennem en målrettet og struktureret samtale, om end interviewpersonen/erne også skal have mulighed for at ytre sig om det, vedkommende synes er betydningsfuldt (ibid., p. 40). Dermed opnår forskeren viden om det enkelte individ eller grupperinger af individer, og om hvordan de konstruerer deres identitet og fungerer i en social kontekst (ibid.).

Ved begge mine kvalitative interviews har jeg derfor - som beskrevet af Kvale - forsøgt at styre og strukturere samtalen ved at stille den samme række spørgsmål til mine interviewpersoner (bilag PB3 & ME3). Men eftersom emnet optog begge kvinder meget og kaldte på stærke følelser, var det umuligt at forhindre dem i at tilføje andre ting, som de fandt relevante i sammenhængen. Ind i mellem har jeg dog udeladt længere passager, som jeg under transskriberingen fandt, lå for langt væk fra konteksten. For at understrege eller kvalificere formuleringen er pauser indskrevet med prikker og/eller småord som "eh" eller "øh".

Det kvalitative forskningsinterview er undertiden blevet afvist med, at det ikke er videnskabeligt i forhold til den vedtagne opfattelse af begrebet videnskab i den vestlige kultur. Her defineres videnskab som producent af viden, der skal være ny, systematisk og opnået metodologisk (Kvale, 2005, p. 69), men Kvale argumenterer for, at det kvalitative forskningsinterview har sin berettigelse som videnskab, idet det kan indskrives i en kontekst af anerkendte humanistiske tilgange som hermeneutik, fænomenologi, dialektik og postmoderne tænkning (ibid.).

"En bred definition af videnskab, som jeg vil bruge her, er derfor: metodologisk produktion af ny, systematisk viden" (ibid.).

Den hermeneutiske fortolkning koncentrerer sig om studiet af tekstfortolkning, og dermed om at opnå en gyldig og fælles forståelse for tekstens betydning (ibid., p. 56), mens den fænomenologiske tilgang er den tilstræbt objektive, der forsøger at lade materialet tale for sig selv uden at forklare eller analysere (ibid., p. 62). Den dialektiske tilgang fokuserer på indre modsigelser (ibid., p. 64) og den postmoderne tænkning, der modsat fænomenologien, ikke tror på, at en objektiv virkelighed findes, men i stedet bekender sig til narrativer, og at sandheden skabes i mødet mellem mennesker (ibid., p. 51).

I denne kontekst arbejder Kvale med fem metoder til interviewanalyse, meningskondensering, meningskategorisering, narrativ meningsstrukturering, meningsfortolkning og skabelse af mening ad hoc (ibid. p. 189). I min analyse har jeg valgt at bruge meningsfortolkning, der inspireret af hermeneutikken og dialektikken undersøger meningen bag udsagnene og de indre modsigelser (ibid., pp. 56, 64). Denne metode harmonerer med den kritiske diskursanalyse, fordi man som forsker har et perspektiv på, hvad der undersøges og kan fortolke udsagnene ud fra dette perspektiv (ibid., p. 199). Som forsker kan man desuden gå ud over, hvad der siges og finde fortolkningen andet steds end i selve udsagnene. Meningsfortolkning kan derfor bruges til dybere og mere eller mindre spekulative fortolkninger af teksten og til at sætte udsagnene ind i bredere forståelsesramme (ibid. p. 191).

I forhold til min afhandling betyder det en metode, der gør det muligt at inddrage den senmoderne risikotænkning på sundhedsområdet i fortolkningen af interviewpersonernes udsagn, og at diskutere, hvilken rolle kønnet spiller i den forbindelse.

Mens Fairclough leverer en metode, der ved at kombinere en mikrolingvistisk analyse af en tekst med et makrosociologisk blik for de sociale og historiske sammenhænge, kan afdække, hvordan samfundets magt- og betydningshierarkier skabes og genskabes gennem den diskursive praksis (Fairclough, 2008), beskriver Kvale en metode til, hvordan fortolkning af det kvalitative interview kan undersøge meningen bag ordene og dermed bidrage til at sætte interviewudsagn ind i en bredere forståelsesramme (Kvale, 2005). Begge metoder giver altså på hver sin måde god mulighed for at fortolke ud fra specialets perspektiv om risikotænkningens betydning, hvilket må betegnes som en fordel for analysearbejdet.

Fairclough anvendes typisk i forbindelse med tekstanalyse, mens hans teorier sjældent bruges i forbindelse med fortolkning af interviews. Fairclough undlader - som tidligere nævnt - i det hele taget at beskæftige sig med konsumptionsanalyse i sine eksempler, men i denne sammenhæng mener jeg som flere gange tidligere, at konsumtion er en vigtig del af analysen.

Eftersom jeg kun har gennemført to kvalitative interviews, da opgaven ellers ville blive for omfangsrig både tidsmæssigt og materiale-mæssigt, vil mine analyseresultater af de kvalitative interviews ikke kunne bruges til at generalisere omkring kvinders holdning til mammografi. Omvendt vil jeg argumentere for, at disse to kvinders udsagn kan ses som repræsentative og typiske for såvel tilhængere som modstanderes synspunkter, hvilket understøttes af de øvrige medietekster, jeg vil inddrage. Hermed vil jeg gå over til analysen.

## Analyse

### **Indledning**

90 pct. af de personer, der får foretaget en forebyggende undersøgelse, får konstateret en sygdom. Det viser en nylig offentliggjort spansk undersøgelse foretaget blandt 25.000 mennesker i løbet af otte år (netkilde 5).

Resultatet kan læses på to måder. Man kan klappe i sine hænder og tænke, "godt at det bliver opdaget". Men samtidig kan man også betragte resultatet som et tegn på det stigende fokus på risikotænkning i senmoderniteten, som både Bauman og Beck illustrerer (Bauman, 1997, 2002, 2005, 2006; Beck, 2004), og som uvægerligt vil føre til stadig mere kontrol af den enkelte og den enkeltes helbred i form af mere forebyggelse og flere helbredsscreeninger, og diskutere, hvorvidt det i sidste ende er godt eller skidt for den enkelte.

Umiddelbart forekommer enhver form for forebyggelse, der er skabt til at forlænge og forbedre livet for den enkelte som et indiskutabelt gode. Men ingen

undersøgelse eller prøve er 100 procent sikker. Og hvis man anlægger filosofen Illichs kritiske blik på lægevidenskabens indflydelse på det senmoderne individ (Illich, 1995), må man stille spørgsmålstegn ved, om godet er så indiskutabelt endda. For hvor går grænsen for, hvad raske mennesker bør udsættes for i jagten på at finde et større eller mindre antal syge? Skal man acceptere, at nogen mennesker bliver unødigt sygeliggjort for, at man kan redde livet for nogle andre?

Illich betegner den støt stigende forebyggelsesindustri som sundhedsimperialisme, der tilintetgør det enkelte menneskes selvbestemmelsesret (Illich, 1995, p. 3), fordi lægevidenskaben markedsfører forebyggelse som den eneste vej til frelse (ibid., p. 89). Mennesker bliver gjort til patienter uden at være syge, og dermed forvandles sundhed fra at være noget man er til en indbringende industri (ibid.). Forebyggelse bliver mere eller mindre obligatorisk, og patientens ret til at nægte i stigende grad ignoreret (ibid., p. 97).

Screening for mammografi er et eksempel på en forebyggelse, der kan anskues fra begge vinkler. Metoden har været anvendt herhjemme siden begyndelsen af 1990'erne, da de daværende Københavns og Fyns amter indførte mammografiscreening af kvinder mellem 50 og 69 år, og på den ene side er der ikke tvivl om, at screeningen kan redde livet for nogle kvinder. På den anden får andre derimod en falsk positiv diagnose og risikerer i værste fald både operation og stråle- eller kemobehandling, ganske uden grund.

I min analyse vil jeg forsøge at afdække, hvordan myndighederne præsenterer screeningstilbuddet for målgruppen og diskutere, hvordan fordele og ulemper formidles og forstås, set i lyset af den senmoderne risikotænkning samt med inddragelse af et kønsperspektiv.

## **Diskursiv praksis**

Sundhedsstyrelsens pjece "Mammografi – screening for brystkræft" blev udgivet i januar 2008 i forbindelse med, at regeringen forinden havde vedtaget, at alle danske kvinder i alderen 50 til 69 år skulle tilbydes en undersøgelse af deres bryster hvert andet år. Formålet var at finde frem til de kvinder, der har tidlige stadier af brystkræft. Pjecen sendes til kvinderne sammen med invitationen til undersøgelsen, og kan desuden hentes på styrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk) eller fås hos den praktiserende læge.

Det fremgår ikke, hvem der er forfatteren/erne til pjecen, men teksten er blevet til på baggrund af et udvalgsarbejde, som daværende medicinaldirektør Jens Chr. Gøtrik tog initiativ til i efteråret 2006 (Brodersen, 2008). Anledningen var, at direktøren ønskede et informationsmateriale, der skulle være korrekt og afbalanceret på både positiv- og negativsiden i forbindelse med indførelsen af landsdækkende mammografiscreening.

Med i udvalget sad overlæge og tidligere formand for Etisk Råd Ole Hartling, læge, ph.d., John Brodersen, overlæge dr. med. og direktør for Nordisk Cochrane Center Peter Gøtzsche samt jordemoder og medlem af Forbrugerrådet, cand.

scient. soc. Margrethe Nielsen. De fire var imidlertid i opposition til resten af gruppen, hvorfor de forlod den, og i stedet udgav de i marts 2008 deres egen informationspjece "Screening for brystkræft med mammografi" til kvinder, der bliver inviteret til screening. Pjecen kan findes på Det Nordiske Cochrane Centers hjemmeside [www.cochrane.dk](http://www.cochrane.dk), og vil fremover i min analyse blive benævnt den alternative, mens forfatteren vil blive betegnet som kritikerne.

Gruppen af kritikere mener bl.a., at Sundhedsstyrelsens pjece ikke lever op til lovgivningen om informeret samtykke, der kræver, at en patient altid skal informeres grundigt om fordele og ulemper ved enhver behandling. Efter kritikernes mening fremhæves fordelene ved undersøgelsen, mens ulemperne bagatelliseres. Den ansvarlige overlæge i Sundhedsstyrelsen Lone de Neergaard har i flere omgange tilbagevist kritikken (netkilde 6).

Såvel styrelsens som kritikernes pjece forsøger at fange opmærksomheden i det mylder af informationer, der præger senmoderniteten, hvor omsorgen for selvet og dyrkelsen af krop og sundhed ifølge Bauman (Bauman, 1992, p. 13-18) går hånd i hånd med frygten for sygdomme og en tidlig død (Bauman, 1997, Beck, 2004). Men netop trangen til at kunne forsvare sig mod og kontrollere fremtidige farer får individet til at søge sikkerhed og dermed forebyggelse (ibid.), hvorfor det må anses for sandsynligt, at lydhørheden blandt målgruppen over for dette sundhedsbudskab vil være stor. Det understreges bl.a. af, at de første undersøgelser af tilslutningen viser, at over 80 pct. af kvinderne vælger at deltage i screeningen (netkilde 2).

Fairclough er i sin kritiske diskursanalyse optaget af at undersøge, hvordan brugen af forskellige diskurser bidrager til at skabe forandring (Winther Jørgensen & Philips, 1999, p. 94), og en analyse af hvorvidt og hvordan de to pjecer bidrager til kvindernes beslutning om at deltage i screeningen eller ej, kan tage udgangspunkt i, om de formår at skabe ny viden hos kvinderne og dermed forandring i deres hidtidige holdning, tilslutning eller ej.

En forudsætning for forandring er, at der stilles spørgsmålstejn ved det, der ellers synes selvfølgeligt, for så længe der er enighed om, at noget er givent og selvfølgeligt, vedbliver den gældende diskurs at være dominerende. Men når man forholder sig kritisk til gældende sandheder og værdier, opstår en diskursiv kamp, hvor andre og nye værdier kan italesættes. Det medfører forskydninger i magt og dominans, hvorved forandringerne opstår, siger Fairclough (ibid.).

Her vil det være på sin plads at indskyde, at det kan være svært at afgøre, hvornår en betydning er selvfølgelig og given. F.eks. anvender både styrelsen og kritikerne sig af en medicinsk diskurs, når de bruger begreber som "mammografi" og "screening", idet de anser begreberne for veletablerede i befolkningen. Kritikerne synes endda at gå ud fra, at mammografi er så kendt, at de ikke behøver forklare ordet direkte, mens styrelsen allerede på første side (bilag SS, p. 1) skriver, at mammografi betyder røntgenundersøgelse af det kvindelige bryst, og at undersøgelsen foregår ved, at brystet trykkes fladt mellem to glasplader, mens billederne tages (ibid.).

Når det gælder ordet "screening", gør kritikerne meget ud af at forklare, at det betyder "undersøgelse af en befolkningsgruppe for at opspore sygdom" (bilag NCC, p. 5), mens styrelsen kort fortæller, at her betyder screening "undersøgelse af en befolkningsgruppe for at opspore brystkræft i et tidligt stadium" (bilag SS, p. 1). Imidlertid viser min konsumptionsanalyse, at betydningen af ordet "screening" ikke er så selvfølgelig, som forfatterne af begge pjecer antager (se nedenfor).

Fairclough bringer forandringen i fokus med begreberne interdiskursivitet, der identificerer, hvilke diskurser en tekst trækker på, og intertekstualitet, der fortæller, hvordan en tekst skabes af andre tekster, og beskriver, hvordan høj forekomst af interdiskursivitet og intertekstualitet hænger sammen med forandring, mens ringe interdiskursivitet og intertekstualitet bidrager til reproduktion af det bestående (Winther Jørgensen & Philips, 1999, p. 94).

Man kan argumentere for, at styrelsens pjece har en høj interdiskursivitet og intertekstualitet, idet den trækker på både en medicinsk, en videnskabelig og en forbrugerdiskurs og former en ny populærvidenskabelig diskurs i en tekst, der transformerer og forandrer et komplekst budskab til et let forståeligt. Kompliceret medicinsk forskning bliver til konkret forbrugeroplysning.

Kritikernes pjece derimod fremstår med en lavere interdiskursivitet, idet den i højere grad trækker på en videnskabelig og medicinsk diskurs, hvilket smitter af på den populærvidenskabelige diskurs og bidrager til at deres tekst ender tættere på videnskab end på forbrugeroplysning. Den vil derfor uden tvivl være sværere tilgængelig for den almindelige læser, og kan dermed ikke i væsentlig grad siges at skabe forandring og ændre holdninger hos læserne.

### **Tekstanalyse af pjecer**

Når man bruger Faircloughs kritiske diskursanalyse på de to pjecer om mammografiscreening, vil man konstatere, at sproget i begge umiddelbart fremstår enkelt og let tilgængeligt. Det skyldes uden tvivl, at begge pjecer bestræber sig på at henvende sig bredt til alle kvinder i målgruppen, og derfor betjener sig af en populærmedicinsk diskurs.

I Sundhedsstyrelsens pjece understreges det enkle og letlæselige udtryk yderligere af korte sætninger, mange små afsnit og en uformel og direkte relation mellem afsender og læseren, idet der konsekvent bruges "du" frem for "man". Derimod er det svært at afgøre, hvem afsenderen af budskabet er, idet både Regionen og Sundhedsstyrelsen optræder som aktører, og på intet tidspunkt står der "vi". "Man" bliver derimod brugt flittigt (bilag SS).

Den alternative pjece bruger længere sætningskonstruktioner med flere indskudte sætninger og længere afsnit. Den henvender sig ikke direkte til læseren, men omtaler målgruppen i tredjeperson som "kvinden" og "hun", hvorved relationen mellem afsender og modtager bliver fjernere og mere formel. Til gengæld understreges det flere steder, at afsenderne er de fire forfattere, der benytter sig af termerne "vi" og "vore" (bilag NCC).

Sundhedsstyrelsens pjece bruger kun få medicinske udtryk som "klinisk", "mammografi", "biopsi", og "mikroskopi", og kun i sammenhænge, hvor udtrykkene bliver forklaret. Den medicinske videnskabelig diskurs er altså erstattet af en populærvidenskabelig diskurs, der trækker dels på en hverdags diskurs, som illustreret i afsnittet om biopsi, hvor der står: "Det foregår ved, at lægen med en nål tager noget væv ud af selve knuden" (bilag SS, p. 5), dels på en forbrugerdiskurs – f.eks. illustreret ved afsnittet "Tilbud om undersøgelse": "Hvis du ikke ønsker information eller undersøgelse, kan du kontakte screeningsklinikken og framelde dig ordningen" (ibid., p. 1).

Den alternative pjece undgår også i vid udstrækning også at bruge medicinske fagudtryk. Alligevel er den medicinske diskurs' aftryk tydeligere i form af ord som "overdiagnostik" og "overbehandling". Især i afsnittet "Dokumentation for vore tal" trækker forfatterne på en videnskabelig diskurs som f.eks. "I en opdatering af de svenske forsøg fra 2002 var faldet i dødeligheden (etc.).....", og "da kontrolgruppen var på 66.154 kvinder, var der per 2000 screenede kvinder en overdiagnostik på....." (bilag NCC, p. 9). De første sider er i højere grad medicinsk diskurs oversat til populærvidenskabelighed som hos styrelsen (ibid., pp. 4-5).

Både Sundhedsstyrelsen og kritikerne benytter en kategorisk sandhedsmodalitet for at fremme autoriteten, men kritikerne bruger i langt højere grad end styrelsen sandhed som modalitet. Styrelsen skriver ganske vist, at "Mammografi kan ikke forebygge brystkræft, men afsløre kræft i en tidlig fase" (bilag SS, p. 8), og "erfaringer fra udlandet, der viser, at den samlede dødelighed af brystkræft falder, når man indfører mammografiscreening" (ibid., p. 1) som en præsentation af kendsgerninger, men også "Selv om ingen undersøgelse er 100 pct. sikker, har du grund til at føle dig mere tryk, hvis du får at vide, at mammografi-billedet er normalt" (ibid., p. 7), og "omvendt – hvis du får at vide, at du skal til en ny undersøgelse – er det ikke ensbetydende med, at du har kræft" (ibid.), hvor der tages forbehold for sandhedsmodaliteten, i disse tilfælde for et falsk positivt eller falsk negativt svar.

Kritikerne udelader forbeholdene og tilslutter sig fuldt og helt sandhedsmodaliteten ved at skrive, at "de oplysninger, kvinderne modtager, når de inviteres til at deltage i screening med mammografi, er mangelfulde og ensidige" (bilag NCC, p. 4), "denne fremgangsmåde lægger pres på kvinderne om at deltage" (ibid.), og "screening med mammografi har både gavnlige og skadelige virkninger" (ibid., p. 5).

Hvis man afdækker transitiviteten i begge pjecer og ser på, hvordan begivenheder og processer bindes sammen med subjekter og objekter i teksten, kan man konstatere, at kritikerne fremstiller kvinderne i målgruppen som ofre for en manipulation og bringer dermed en offerdiskurs i anvendelse, fordi "indkaldelsen til screening, sendes med en forudbestilt tid" (ibid., p. 4), fordi det ikke beskrives, "hvor mange raske kvinder, der rammes af den alvorligste skadevirkning, overdiagnostik og overbehandling" (ibid.), og fordi "de kvinder, der søger yderligere information på hjemmesider på Internettet, også er dårligt stillet" (ibid.).



Styrelsen derimod beskriver begivenheden og processen, som noget kvinderne selv bestemmer, idet de kan få yderligere oplysninger på en række nævnte hjemmesider, eller kontakte screeningsklinikken og framelde sig ordningen (bilag SS, p. 1). Dermed appellerer de til direkte til den omsorg for selvet, som Bauman beskæftiger sig med flere gange, og som illustreres af sundheds- og fitnessbølgen, idet kroppen bliver passet og plejet, så det senmoderne individ ønsker at leve længe og leve godt. Et langt og godt liv er symbolet på succes (Bauman, 1992, p. 33), men overlevelse er et flygtigt gode, som man hele tiden skal anstrenge sig for at opnå, fordi kroppen er under konstant beskydning, hvorfor den må forvandles til tryghedens forreste frontlinje (Bauman, 2006, p. 236).

Mens billedet af den selvstændige og endeløst begærende forbruger, der kompenserer for usikkerhed og frygt ved at fokusere på sit eget identitetsprojekt (Bauman, 1997, p. 20), understreges af styrelsens forbrugerdiskurs med ord som "invitation" og "rykker" og en sætning som "du bør undgå talkum, pudder og creme den dag, du skal undersøges, da det kan genere på billederne" (bilag SS, p.1, p. 8).

Kritikerne forstærker offerdiskursen i form af vendinger som "den (screening) skaber både tryghed og utryghed", "at man kommer til at behandle mange kvinder for en kræftsygdom, de ikke har og heller ikke vil få", og ".....er der flere kvinder, der mister brystet, når man screener, end hvis man ikke havde screenet" (bilag NCC, pp. 6-7).

Kritikerne illustrerer dermed Illichs teorier (Illich, 1995) om, at en stadig større del af den medicinske praksis skyldes, at man er nødt til at reparere de skader, man tidligere har påført patienterne, i dette tilfælde personificeret af de ellers raske kvinder, der unødigt bliver gjort til kræftpatienter, hvilket Illich betegner som iatrogen sygdom (ibid., p. 8).

Kritikerne italesætter dermed en ulige kamp mellem kvinderne, der ligger under for det senmoderne individs diffuse frygt for en dødelig sygdom og en ifølge Bauman "febrilsk og fanatisk bekymring for kroppen forsvar" (Bauman, 2006, p. 236), og myndighederne, her i skikkelse af Sundhedsstyrelsen, der ifølge kritikerne underbetoner risici og fremhæver fordele. De kritiserer styrelsen for at bruge et ord som "ulempe" om det faktum, at ti raske kvinder vil få fjernet enten en del af eller hele brystet, samt blive udsat for både strålebehandling og kemoterapi (bilag NCC, p. 3). Desuden angriber kritikerne styrelsen for at underbetone den psykiske påvirkning dels af det at blive indkaldt til undersøgelse, man ikke har bedt om, dels af risikoen for at få et falsk svar (bilag NCC, p.8).

Analyserer man desuden transitiviteten i kritikernes pjece, kan man konstatere, at de fremstiller sundhedsmyndighederne, der kun personificeres ved "man", som inkompetente og i værste fald farlige, med sætninger som "Da man ikke kan se forskel på dem, der er farlige, og dem, der er ufarlige, behandler man dem alle sammen" (ibid., p. 6), og "screening medfører derfor, at man kommer til at behandle mange kvinder for en kræftsygdom, de ikke har og heller ikke vil få" (ibid.).

Overordnet set kan man konkludere, at Sundhedsstyrelsens pjece taler direkte til læseren og forsøger at informere om et vanskeligt emne ved at anvende en enkel og letforståelig hverdagsdiskurs, samtidig med at styrelsen prøver at balancere fordele og ulemper. Dermed interPELLERER styrelsen læseren som en moderne forbruger, der selv har ansvaret for at passe på sin krop og derfor selv må træffe beslutningen, om hun vil deltage eller ej (Winther Jørgensen & Philips, 1999, p. 24).

Kritikerne derimod har et stærkt personligt budskab, de vil af med. Deres pjece har mere karakter af et videnskabeligt statement end af en forbrugerpjece, idet den ikke henvender sig direkte til læseren og i høj grad benytter sig af passive sætningskonstruktioner. Herved stiller kritikerne sig udenfor en subjektposition og forsøger ved hjælp af en vidensdiskurs og den dertil hørende videnskabelige dokumentation at påtage sig rollen som objektiv informant overfor kvinderne, "vi håber, at denne pjece giver tilstrækkelige oplysninger om gavnlige og skadelige virkninger af screening med mammografi....", i modsætning til styrelsen, som de angriber for at give "mangelfuld og ensidig information" (ibid. pp. 4-5).

Ved at trække på en vidensdiskurs illustrerer kritikerne Becks billede af, hvordan risikobevidstheden er en bevidsthed bestemt af videnskaben (Beck, 2004, p. 97,), og at senmoderniteten i stigende grad bliver præget af stadig flere videnskabeligt konstruerede risici (Beck, 2004, p. 254). Videnskaben bliver altså som her både en medvirkende årsag til risikoen for at få brystkræft, idet den har skabt metoderne til at afsløre den, og et middel til at afhjælpe den (ibid.). Det afgørende er, som Beck påpeger, at den enkelte kvindes viden ikke er baseret på egne erfaringer, men på eksperternes (ibid., p. 72), der fortæller hvad der er grund til at være bange for (ibid.).

Trods forbrugerdiskursen og "vælg selv"-budskabet er holdningen i styrelsens pjece klar. "Sundhedsstyrelsen anbefaler screening efter en samlet afvejning af undersøgelsens fordele og ulemper" (bilag SS, p. 1) og "...erfaringer fra udlandet, der viser, at den samlede dødelighed af brystkræft falder, når man indfører mammografiscreening" (ibid.). Bagerst i pjecen søger styrelsen endvidere at dokumentere den positive effekt med en række tal hentet fra videnskabelige undersøgelser. Inddrager man her Foucault og hans teorier om, at viden er magt, fordi ethvert samfund i dag besidder et sandhedsregime, der udskiller og definerer sande diskurser fra falske, og i det senmoderne er det i høj grad videnskaben, der varetager den funktion (Heede, 2007, p. 43), kan man argumentere for, at styrelsen installerer magt sine ord ved at anvende en vidensdiskurs, hvorved den forsøger at styre kvindernes mulighedsfelt (ibid.). Med andre ord – man bruger tal og videnskabelige undersøgelser, som kvinderne reelt ikke har nogen mulighed for at kontrollere validiteten af, til at overtale dem til at deltage i screeningen.

Kritikerne tager ikke direkte stilling til, hvorvidt kvinderne skal deltage eller ej, idet man hævder, at "det kan være fornuftigt at deltage i screening, men det kan være lige så fornuftigt at lade være" (bilag NCC, p. 5). Omvendt ligger der en vis værdiladning i en sætning som "men da screening medfører overdiagnostik og overbehandling af raske kvinder, er der flere kvinder, der mister brystet, når man screener, end hvis man ikke havde screenet" (ibid., p. 7), og "den

følelsesmæssige belastning indtil man ved om man har kræft eller ej, kan være stor" (ibid., p. 8). Deres udsagn underbygges af resultatet af den undersøgelse, som læge John Brodersen har gennemført i sin ph.d. (Brodersen, 2004), og som konkluderer, at det har betydelige negative psykosociale konsekvenser at få et svar, der senere viser sig at være falsk positivt (ibid., p. 10). Også Illich peger på, hvordan en diagnose, sand eller falsk, altid isolerer individet i en særlig rolle, idet en professionel mistanke er nok til at udløse en stigmatisering (Illich, 1995, ibid., p. 90).

Kritikerne anvender ligeledes viden fra videnskabelige undersøgelser for at understrege deres pointer, og de henviser sågar til samme undersøgelse fra København og Fyns amter som styrelsen, men kommer til et ganske andet resultat, end det styrelsen fremhæver. Denne divergens bidrager i høj grad til at understrege Foucaults betragtninger om, at sandhed er en diskursiv konstruktion, der producerer de subjekter, vi er, og de objekter vi gerne vil vide noget om (Heede, 2007, p. 45), og om hvordan viden er institutionaliseret, idet en institution som her Sundhedsstyrelsen tager patent på viden og dermed på magten (ibid.), om end de udfordres af kritikerne, der forsøger bl.a. ved at nævne en lang række akademiske titler at gøre det samme.

### **Konsumptionsanalyse**

Sundhedsstyrelsens pjece bliver sendt ud til samtlige danske kvinder i målgruppen, og må i kraft af sin status som officielt informationsmateriale derfor siges at have direkte adgang til stor opmærksomhed både blandt kvinderne og i medierne.

Kritikernes pjece vil derimod have langt sværere ved at trænge igennem med sit budskab. Den bliver ikke automatisk sendt til de kvinder, der får en invitation til screening, hvilket selvsagt betyder, at den har langt sværere ved at gøre opmærksom på sig selv. Kvinderne skal altså selv gøre en indsats for at finde den.

Man kan dog med Foucaults teori om, at magt altid avler modmagt, og jo mere eksplicit en magtudfoldelse er, jo nemmere er den at gøre modstand mod (Heede, 2007, p. 40), argumentere for, at kritikerne har god mulighed for at blive hørt f.eks. i massemedierne, idet de protesterer mod en magt så eksplicit som Sundhedsstyrelsens, og desuden selv i kraft af deres status som henholdsvis fhv. formand for Etisk Råd og direktør for forskningscentret Det Nordiske Cochrane Center på Rigshospitalet nyder en vis respekt og anerkendelse. Da deres pjece udkom medio marts 2008, opnåede den da også stor opmærksomhed, idet såvel Morgenavisen Jyllands-Posten og TV2-programmet "Praksis" havde en større omtale af den og konflikten mellem styrelsen og kritikere (bilag JP3).

Spørgsmålet er så, hvordan de to pjecer og deres budskab bliver modtaget af kvinder i målgruppen. Det vil jeg undersøge ved at inddrage to kvalitative interviews med to kvinder i målgruppen. PB er 61 år og bor i en forstad til København, ME er 58 år og bor i en forstad til Århus, og ingen af dem har oprindelig en sundhedsfaglig uddannelse, om end ME for nylig har

videreuddannet sig og erhvervet en Master i Public Health. Jeg har valgt netop de to, fordi de i hver sit læserindlæg i Morgenavisen Jyllands-Posten i begyndelsen af 2008 erklærede sig som henholdsvis svoren tilhænger og svoren modstander af mammografiscreening.

For at kunne undersøge meningen bag interviewpersonernes udsagn og sætte dem ind i en bredere forståelsesramme i forhold til analysen af pjecen, vil jeg anvende meningsfortolkning (Kvale, 2005, p. 56), der er inspireret af hermeneutikken og dialektikken, for ad den vej at finde frem til, hvordan interviewpersonerne konsumerer indholdet af de to pjecer.

### **En positiv tilhænger**

Indledningsvis vil jeg som nævnt ovenfor gøre opmærksom på, at det under mit interview med PB (bilag PB2) hurtigt bliver klart for mig, at PB bruger ordet screening som betegnelse for den tekniske undersøgelse af brystet, der foregår med ultralyd, og normalt betegnes som en scanning (ibid., pp. 2-3). Det viser sig definitivt, da PB nævner, at man i dag screener gravide for at se, hvordan børnene har det. Man kunne derfor have sat spørgsmålstegn ved, hvilken vægt man bør tillægge PB's udsagn, men fordi "screening" ofte – desuden illustreret af flere af de øvrige medietekster - bliver brugt af lægmand som synonym for den enkelte undersøgelse af den enkelte kvinde, vælger jeg at se bort fra dette. Jeg vil desuden hævde, at misforståelsen, som jeg uden held prøver at korrigere efter nogle minutter, ikke ændrer spor ved PB's holdning til undersøgelsestilbuddet.

Gang på gang understreger PB, at det er godt tilbud (ibid., p. 1), at det er til ens eget bedste (ibid., p. 6), og hun ville tilslutte sig, hvis det blev en pligt (ibid., p. 7). Hun fremhæver tilbuddet som "dejligt" (ibid., p. 1) og "betryggende" (ibid., p. 3.), og lægger i det hele taget ikke skjul på, at hun betragter undersøgelsen som noget yderst positivt.

PB understreger, at hun generelt ikke bekymrer sig om sygdom, og at hun ved, at screening ikke er en garanti mod at få sygdommen (bilag 4, p. 1). Men samtidig erklærer hun sig interesseret i flere tilbud, og illustrerer dermed det behov, der ifølge Beck er stigende for et forsvar mod farer og risici er bundløst, grænseløst og uendeligt (Beck, 2006, p. 75).

"Egentlig synes jeg også, ....., egentlig synes jeg også, at mænd skulle have en undersøgelse for prostatakræft..... Det ville være en god idé" (ibid., p. 11).

"Jeg synes bare man skal gøre brug af den teknologi man har,..... hvis man får en metode til at screene mod livmoderkræft eller æggestokkekræft eller andet....., jeg var der med det samme" (ibid., p. 13).

Derimod forstår PB ikke, at nogle kvinder siger nej, og ligefrem bliver vrede over tilbuddet. Hendes indstilling til screening og undren over, at nogle vælger anderledes kan ses som et eksempel på det, Beck beskriver som anden hånds ikke-erfaringer (Beck, 2004, p. 97). Det senmoderne individs viden er baseret på det, eksperter fortæller, der er grund til, eller ikke grund til at være bange for, hvorfor man lader andre - her i skikkelse af sundhedsmyndighederne -

bestemme over ens sundhed. Vælger man blot at tage tingene, som de kommer, er man naiv og undervurderer farerne, hvorfor man udsætter sig for disse uden at være beskyttet (ibid., pp. 98-99). PB siger:

"Men altså, jeg forstår bare ikke, at man ikke siger ja tak til de muligheder, man har, og de invitationer man får til at blive undersøgt på en betryggende måde" (bilag PB1, p. 5).

"Hvis du gør det, har du mulighed for at blive reddet, hvis du ikke gør det, er det ikke sikkert, at du bliver reddet, fordi du kommer for sent ud af starthullerne" (ibid.)

Ordet "betryggende" illustrerer PB's positive holdning til såvel undersøgelsen som til lægevidenskaben. Og mens hun fremhæver Sundhedsstyrelsens pjece som "fin" (ibid., p. 3), "sober" (ibid., p. 4), "neutral" (ibid.) og "informerende" (ibid.) betegner hun kritikernes pjece for "indoktrinering" (ibid., p. 3), "pølsesnak" (ibid., p. 3), og "et dumt sprogbrug" (ibid., p. 6). PB accepterer umiddelbart alle oplysninger i styrelsens pjece, mens hun bliver "irriteret" (ibid., p. 6), "lidt forarget" (ibid., p. 5) og "vred" (ibid.), når hun læser kritikernes pjece. Hun stiller sig uforstående over for deres argumentation om, at fremgangsmåden lægger pres på kvinderne for at få dem til at deltage:

"Hvad er det for noget vrøvl? Altså, du kan jo sige nej tak....., jamen telefonen er da opfundet" (ibid., p. 5).

Ligesom hun ikke forholder sig til indholdet i kritikernes anke om, at ti raske kvinder unødigt bliver sygeliggjort på grund af screeningen.

".....det er jeg, det er fuldstændig, det er jeg ligeglad med. Det er noget pjat, og det er der ikke noget at gøre ved (ibid., p. 8)".

Eller til nogle af de tal, der bliver fremlagt, hvorfor hun heller ikke undrer sig over, at tallene viser noget forskelligt, afhængig af om det er styrelsen eller kritikerne, der fremlægger dem.

"Der er mange tal, jeg sprang dem mere eller mindre over" (ibid., p. 6.)

"dem (tallene) sætter jeg mig ikke ind i.....men du kan fikle med statistik på alle mulige og umulige måder" (ibid., p. 8).

Sygeliggørelse bliver i hendes læsning til nervøsitet.

"Enhver undersøgelse har en periode, hvor du føler dig nervøs....., så er du da også nervøs, det er da ligegyldigt, hvad du foretager dig.....(ibid., p. 7).....At man skal blive nervøs, det kan ikke være, det kan ikke være argumentationen for, at en skal dø (ibid., p. 8). Så er det da ligegyldigt, at der er 10, der har været bekymrede. Hvis de så er raske, jamen jeg forstår slet ikke problematikken. Jeg synes, det er noget pjat, jeg synes, det er noget vrøvl" (ibid., p. 6).

Og på trods af at der i styrelsens pjece står: "Nogle af de forstadier, som man finder og opererer bort, ville aldrig have udviklet sig til brystkræft, selv om man undlod operation", mens det i den alternative pjece hedder: "Da man ikke kan se forskel på dem, der er farlige, og dem der er ufarlige, behandler man alle sammen" påpeger PB, at hun ikke forstår, hvorfor man ikke bare venter nogle måneder og undersøger kvinden igen.

”Så forstår jeg ikke, at man skynder sig at fjerne brystet, det giver denne her pjece udtryk for, at man skrider til handling og så fjerner man hele brystet. Det er jo ikke rigtigt, fordi jeg har jo selv været igennem et system, hvor der blev taget en biopsi....., men da kan du jo se om det er en kræft, om det er kræft eller en ikke kræft, og hvis man ikke kan det, så vent dog en måned, indkald patienten igen om en måned, og se, er der sket nogle forandringer” (ibid., p 7.).

Hvis man fortolker PB’s udsagn ud fra en hermeneutisk tilgang, kan man argumentere for, at PB’s forståelse af hvad en mammografiundersøgelse er og hendes tilslutning til screeningstanken betyder, at hun reelt ikke er interesseret i, hvad der står i pjecerne. Hun stoler på sin opfattelse af, at tilbuddet er godt, og at lægerne ved, hvad de gør.

Interessant er det imidlertid, at PB’s tillid til lægevidenskaben ikke er altfavnende. På et tidspunkt bringer hun selv emnet hormoner – særligt i form af p-piller - op, og understreger, at hun aldrig vil tage hormoner, og at det er farligt for lægevidenskaben at begynde at røre ved kvindernes hormonsystem.

”Min egen personlige .....indre stemme siger mig, at det har noget at gøre med p-pillerne....Altså man kunne godt få brystkræft tidligere, men slet ikke i samme .....antal, som der er brystkræft nu.....”(ibid., p. 9).

”Mennesket tror simpelthen, det kan klare alt. Men det kan mennesket ikke, jeg tror, man skal lade den menneskelige natur selv sørge for hormoner og ikke hormoner....jeg er meget imod det....”(ibid.)

PB udviser altså en dialektisk tilgang til lægevidenskaben, ”jeg tror på lægerne, undtagen når jeg ikke gør”, der ifølge Beck (Beck, 2004) er typisk for det senmoderne individ, som kan vælge sin viden frit på videnskabens stadig større udbud af varer på hylderne (ibid., p. 288), og at spille eksperter ud mod hinanden (ibid.). Det betyder imidlertid også, at videnskabens tvivl overføres til individet, der henvises til at stole på sin egen dømmekraft (ibid.). PB udtrykker det direkte med udsagnet:

”Der kommer altid så mange teorier frem, som du ikke har underbygget ordentligt. En dag må du ikke spise tomater, næste dag må du ikke spise agurker..... Lad os dog leve, vi skal jo dø af et eller andet på et eller andet tidspunkt” (bilag PB1, p. 13).

På spørgsmålet om, hvorfor hun vælger at tro på en lægevidenskabelig billedteknologi, men ikke dens kemi, henviser hun til, at hormoner er ”noget indvendigt, der regulerer en”, mens ”en mammografi er som et fotografi, der kan ses” (ibid., p. 10).

”Den kan jo ikke gøre mig ondt på længere sigt. Det kan medicinen” (ibid.).

Her er det oplagt at inddrage van Dijcks konklusioner i ”The Transparent Body” (van Dijck, 2005), hvori hun peger på, at det er en almindelig antagelse, at billedteknologi afslører kroppens indre på realistisk fotografisk maner, og at ethvert nyt instrument skaber skarpere og bedre billeder til gavn for patologien (ibid., p. 6). Men siger van Dijck, total gennemsigtighed er en medieskabt myte, der foranlediger individet til at tro, at det at se er at kunne kurere, og det at kunne stirre ind i kroppen en uskyldig aktivitet, der ikke har nogen konsekvenser (ibid., p. 7).

Man kan sige, at PB's udsagn illustrerer det, van Dijck kalder "den urokkelige tro på det mekaniske medicinske øje", og at lægen kun behøver at se for at finde en kur (ibid.).

"Der må man sige, at der vil jeg håbe, at røntgenlægerne ....kan deres fag, og hvis de ikke kan det, nå, ja, men så har du yderligere undersøgelser til at finde ud af, om den røntgenlæge nu har set rigtigt på den lille knude (bilag PB1, p. 10).

Sammenfattende må man konstatere, at PB's holdning til screening rokkes "overhovedet ikke" af indholdet af de to pjecer.

### **En svoren modstander**

ME ser ganske anderledes end PB på screening. ME er stærkt kritisk overfor screeningstanken, som hun i sit læserbrev (bilag ME2) kalder "fejlfinderi" og "en klapjagt på kvinder", og hun betragter det som endnu et uetisk udslag af "det danske overvågnings- og behandlersamfund" (ibid.). ME udtrykker derfor vrede og frustration over, at hun få uger inden interviewet finder sted, har modtaget en indkaldelse til screening fra sin region. Hun mener, at hun for længst har gjort systemet opmærksom på, at hun ikke ønsker at blive indkaldt, og har derfor klaget til regionsrådsformand Bent Hansen (Soc. Dem.) over indkaldelsen. Et par dage inden interviewet har hun fået svar fra regionen, der beklager, men samtidig henviser til den nye lov, der pålægger dem at invitere alle kvinder i målgruppen. En lov, som ME kun har foragt til overs for.

ME's læsning af de to pjecer er stik modsat PB's. ME kalder styrelsens pjece "salgspropaganda", "farvet" og "på kanten af lidt manipulation" (bilag ME1, pp. 2-3), mens hun betegner den alternative som "objektiv" (ibid., p. 4), "mere kritisk" og "bygget på kvalificerede analyser" (ibid.). Men samtidig er hun også kritisk overfor den alternative pjece, idet hun gerne havde set, at kritikerne havde meldt deres holdning direkte ud.

"Deres konklusion, den skulle være simpelthen lige til at få øje på, lad være med det. De skulle fraråde det, bede dem om at tage det væk med det samme" (ibid.).

Styrelsens brug af ord som "invitation", "tilbud" og "rykker" gør ME vred.

"Altså et tilbud det opfatte jeg som noget positivt, ....det skulle gerne være noget jeg har nytte af, jeg synes jo egentlig, at det er et meget dårligt tilbud, hvis de går hen og sygeliggør og mistænkeliggør os" (ibid., p. 6).

Hun synes, at de kvinder, der tager mod tilbuddet, bliver lokket i en fælde, og hun bliver gal, når hun læser styrelsens pjece (ibid., p. 3).

"Før jeg egentlig havde sat mig ind i de her ting, der var jeg sådan set slet ikke klar over, at man kunne få ....brystkræft. ....så skulle man undersøge brysterne, nu skal man have andre til det også, altså hvad bliver det næste" (ibid., p. 2).

Og hun bryder sig heller ikke om, at der er bestilt tid på forhånd.

"Det synes jeg også er forkert.....der kan jo godt være dem, der har den holdning, at vi ikke kan spille de offentliges kroner på, at vi ikke møder op. Så de appellerer lidt den der gode/dårlige samvittighed" (ibid.).

I modsætning til PB anser ME ordet ulempe for at være "en total underdrivelse" (ibid., p. 3) og kalder det i stedet et "overgreb", "mishandling" og "fejlbehandling" (ibid.).

ME's masteruddannelse og den viden, hun har tilegnet sig i den forbindelse, kommer i spil, når hun taler om dødelighed og statistiske metoder, og derfor sætter spørgsmålstegn ved, hvorvidt man redder nogen ved screening overhovedet.

"hvis du tager den totale dødelighed, så ændrer den sig ikke en pind" (ibid.)

Hun henviser ligeledes til verdenssundhedsorganisationen WHO's krav om, at ingen behandling må skade mere, end den gavner, at screening skal kunne identificere de syge fra de raske, og at man skal have en behandling, der helbreder mod sygdommen (netkilde 7). Hun mener, at screening kolliderer med kravene på flere punkter.

"Det gør man jo i allerhøjeste grad, .....når man kan fjerne brysterne og give dem kemoterapi, altså raske mennesker" (ibid., p. 10).

ME er altså modsat PB stærkt kritisk overfor screeningstilbuddet, men lige som hos PB har læsningen af de to pjecer ikke rokket en tøddel ved hendes holdning. Tværtimod er den snarere blevet forstærket:

"Altså, jeg er blevet lidt mere vred, jeg synes egentlig,....., de spiller lidt på folks frygt...Der skulle en mere grundlæggende etisk debat i befolkningen til, så tror jeg faktisk, at mange kvinder vil ændre holdning til det" (ibid., p. 8).

ME anvender flere gange en religiøs diskurs i interviewet; hun kalder det "guddom på jord", hvis lægerne kunne finde de syge og gøre dem raske (ibid., p.1), og mener, at tror man på lægen, når han siger, at man ikke har brystkræft, må man betragte ham som en gud, idet lægevidenskaben efter ME's mening ikke har den viden i dag, der skal til for at frikende nogen for at have brystkræft (ibid.).

Desuden giver hun flere gange i løbet af interviewet udtryk for et afklaret og udramatisk forhold til døden, idet hun gentagne gange påpeger, at "vi skal alle dø engang" og "man skal jo ikke bruge livet på at frygte døden" (ibid., p. 10).

"Det er jo lidt blevet en underlig fjern tid, vi lever i. Fordi altså døden er jo lige så naturlig som en fødsel, altså man skal jo ikke bruge livet på at frygte døden....det har da ikke været meningen.....med livet, meningen med livet er da, at man skal nyde det" (ibid.)

"Jamen, en dag skal vi dø, det er 100 pct. sikkert, og man kan jo dø af alt muligt, brystkræft, det er der jo ikke ret mange, er dør af sådan set, så hvorfor bruge de raske år på at gå og bekymre sig om noget, man måske aldrig får?" (ibid. p. 1).

".....At de er så glad for, at de har fået fjernet et bryst, for nu er de blevet rask. Men hvem siger, at de nogensinde har fejlet noget?" (ibid., p. 5).

Med sin kategoriske afvisning af screening adskiller ME sig fra holdningen i flertallet i befolkningen, idet man kan konstatere, at over 80 pct. af kvinderne i



målgruppen tager imod regionens indkaldelse og møder op. På samme måde afskaller hendes afklarede forhold til døden sig fra det senmoderne menneskes frygt for sygdom og død, idet hun ikke som Bauman beskriver i "Mortality, Immortality and Other Life Strategies" forsøger at overvinde dødens facit (Bauman, 1992). Hverken ved hjælp af medicinsk videnskab eller teknologi eller ved at hele tiden at anstrenge sig for at forblive i live (ibid., p. 5-6, p. 33). Men snarere ud fra en indstilling om, at hun er rask, det tror hun på, og det vil hun bare gerne have lov at være uforstyrret.

...jeg føler virkelig, at når jeg går i naturen, i min have eller sådan, så kan jeg godt gå og kigge rundt på de der glade fugle, der flyver omkring mig....så hvorfor skal jeg generes af det. Og jeg har det egentlig godt, jeg er rask, så vil jeg gerne have lov at være det. Er det forkert at være det, kunne man næsten spørge om? (ibid., p. 9).

Så når ME føler sig jaget vildt og betegner screeningen som en klapjagt på kvinder, tilslutter hun sig Illichs kritiske tilgang til sundhedsvæsenet (Illich, 1995), når han siger, at mennesker bliver bibragt den tro, at de er maskiner, hvis holdbarhed afhænger af, hvor ofte de besøger værkstedet, og at de bliver både forpligtet og presset til at betale regningen for forskningen og salgsaktiviteterne i medicinalindustrien (ibid., p. 96). ME siger:

"det, jeg bliver mest gal over, når jeg får dem (brevene fra regionen) er, at jeg er med til at betale til det, og det er alle andre også (bilag ME1, p. 5).

"Der er for mange penge i det; Kræftens Bekæmpelse og så lægemafiaen,... hvad der er brugt af forskningsmidler på kræft, det er kolossalt" (ibid., pp. 7-8).

"Grunden til at det er kommet igennem, det er jo også en massiv pr fra Kræftens Bekæmpelse og hele den lægemafia, for det er jo kunder i butikken, og hvis ikke man har nok syge, så må vi jo gå ud på gaden og fange de raske" (ibid.).

Hvis man sammenholder de to konsumenters læsning af pjecerne, vil man se, at de begge bliver bekræftet i deres holdning, og i hvert fald for ME bidrager læsningen blot til en endnu kraftigere afstandtagen til screening, mens PB især forstærker sin undren over, at nogle kvinder ikke vil deltage. Skal man tolke det ud fra en hermeneutisk tilgang, kan man hævde, at deres holdninger skygger for yderligere oplysning, idet ingen af dem reelt virker interesseret i at få mere at vide om screening.

Umiddelbart er det tydeligt, at PB og ME repræsenterer to vidt forskellige livssyn, idet PB er et typisk eksempel på det senmoderne individ, der med videnskaben i hånden gerne takker ja til en ny teknologi, der kan håndtere og synliggøre en af senmodernitetens farer. Mens ME med sin kritiske og muligvis religiøst funderede indstilling til risikotænkningens stigende kontrol af det enkelte individ repræsenterer et mindretal, der stiller sig skeptisk an overfor screening. Inddrager man her de øvrige læserbrevsskribenter, får PB støtte af BS, der i sit indlæg jubler "Hurra for sundhedsvæsenet" og pointerer, at "det står enhver frit for om man vil spille med i lotteriet" (bilag BS). Og af TV, der hævder, at når man siger nej tak til screening, siger man måske ja tak til noget, der er meget værre – underforstået et nej til screening er et nej til sygdom (bilag TV). ME's holdning har derimod opbakning hos MK, der spørger om pengene ikke kunne

bruges mere hensigtsmæssigt (bilag MK), og af IM, der med et falsk positivt svar i bagagen erklærer "aldrig mere mammografi" (bilag IM).

En interessant detalje er det dog, at PB også udtrykker det senmoderne individs dialektiske tilgang til videnskaben og både hilser ny viden velkommen og samtidig trækker på skuldrene af alle de nye undersøgelser, der hele tiden dukker op og viser det ene eller det andet, så hun til sidst siger: "for pokker lad os dog leve" (bilag PB1, p. 13). Trods deres forskelligheder betegner begge kvinder sig som ubekymrede typer, der ikke går rundt og er bange for snart det ene, snart det andet, og de giver begge udtryk for en lyst til at leve livet uden lægevidenskabens konstant løftede pegefingre. Så selv om de to umiddelbart ligger meget langt fra hinanden i opfattelse, deler de altså også en sund skepsis over for videnskaben og dens konstante strøm af ny viden, der trods alt ikke bare kan fremture med hvad som helst.

### **Social praksis**

Magtbegrebet er centralt i den diskursanalytiske tankegang, idet den diskursive praksis ifølge Fairclough i høj grad er forbundet med en diskret magtudøvelse, selv om de færreste umiddelbart er opmærksom på det (Fairclough, 2008, p. 15). Magtrelationer og hvordan de udøves, understøttes eller forandres er derfor et naturligt omdrejningspunkt, når man vil undersøge relationerne mellem sprogbrug og en bredere samfundsmæssig ramme.

Det indbyrdes magtforhold mellem diskurser kan analyseres ved at betragte diskursordenen, der er summen af de diskurser og genrer, som henholdsvis styrelsen og kritikerne benytter sig af, og som ifølge Fairclough konkurrerer indbyrdes (Fairclough, 2008, pp. 122-123). Således må Sundhedsstyrelsen arbejde med forskellige diskursordener afhængig af, om de skal forfatte en informationspjece til borgerne, udsende en pressemeddelelse eller udgive en faglig rapport som en såkaldt medicinsk teknologivurdering (MTV). Modsat sidstnævnte diskursorden, der vil være karakteriseret af en stærk medicinsk og videnskabelig diskurs, er det en populærvidenskabelig og en forbrugerdiskurs, der dominerer i forhold til en pjece som mammografipjecen. Ikke mindst fordi sundhedsvæsenet i stigende grad promoverer sundhedsydelser, som var de forbrugsgoder i et supermarked, hvilket Fairclough kalder "marketization of discourse" (ibid., pp. 131-132), og som harmonerer med Illich kritiske blik sundhed som en industri, noget man betaler for, frem for noget man blot er (Illich, 1995, p. 89).

Når man husker, at diskursordenen ikke bare reproducerer diskursive ordener, men også kan ændre dem gennem kreativt sprogbrug (Winther Jørgensen & Philips, p. 83), kan man argumentere for, at styrelsen med sin blanding af populærvidenskab og forbrugerdiskurs formår at både formår at reproducere de traditionelle sundhedsfaglige diskurser og introducere en ny diskursorden, der sælger et budskab til borgeren.

Desuden kan man sige, at diskursordenen bidrager til at tydeliggøre budskabet for læseren: "Her er en vare, som videnskaben og vi synes, er så god, at I skal

købe den". Samtidig bidrager brugen af både informative og overtalende genrer yderligere til at fremstille undersøgelsen som et tilbud til den enkelte.

Kritikernes pjece er i højere grad end styrelsens præget af en traditionel sundhedsfaglig diskursorden, der reproduceres uden samme inddragelse af forbrugerperspektivet, hvorfor man må argumentere for, at budskabet for den enkelte kvinde bliver mere uklart. Og skønt kritikerne anvender en advarende genre for at understrege risiko og ulemper, fremstår det alligevel ikke ganske tydeligt, hvorvidt kritikerne mener, at kvinder bør deltage i screeningen eller ej, hvilket ME da også kritiserer flere gange (bilag ME1). Man kan derfor argumentere for, at hvor styrelsens pjece tager stilling og dermed tilbyder individet et forsvar mod en potentielt dødelig sygdom, risikerer kritikernes pjece at forstærke det senmoderne individs frygt og forvirring. Den leverer ikke en løsning, men gør det tværtimod sværere for den enkelte kvinde at vide, hvad hun skal vælge.

Vender vi tilbage til magtrelationerne, og set i lyset af, at magt udfolder sig, når der etableres bestemte positioner, hvorfra nogle opnår autoritet til at udtale sig sandfærdigt om noget (Heede, 2007, p. 43), mens andre udelukkes, kan man argumentere for, at Sundhedsstyrelsen – foruden sin status som offentlig myndighed, der betyder, at pjecen sendes til samtlige kvinder i målgruppen - også diskursivt formår at etablere end yderst magtfuld position, der er svær for kritikerne at hamle op med.

Ganske vist forsøger de med deres alternative pjece at udfordre styrelsens magtfulde position ved at sætte spørgsmålstejn ved sandfærdigheden, lige som kritikerne ved at skrive kronikker og debatindlæg, give og deltage i medieinterviews forsøger at tage del i forbrugerdiskursen, som når Gøtzsche i sin kronik bruger begreber som "negativ aftalebinding" og "bondefangeri af forbrugere" (bilag PG), og henviser til loven om informeret samtykke. Og selv om læserbrevsskribent HO kalder det arrogant at sende en tid ud til folk uden at spørge dem og informere dem korrekt først (bilag HO), mener læserbrevsskribent BS derimod, at det blot skal betragtes som en praktisk foranstaltning (bilag BS). Men efter som at 80 pct. af alle kvinder møder op til deres tid, kan man ikke sige, at kritikernes budskab trænger igennem.

### **Den hegemoniske magt**

For at undersøge hvordan en diskursiv praksis indgår i en større social praksis, og dermed i hvordan magt udøves og understøttes, vil man med fordel kunne inddrage begrebet hegemoni, der beskriver, hvordan man diskret og vidtrækkende vis kan forstærke og opretholde en dominerende ideologi (Fairclough, 2008, p 52).

Ved at medgive kritikerne, at mammografiscreening ikke er uden ulemper, men kan skabe usikkerhed og i nogle tilfælde unødvendig sygeliggørelse, beviser styrelsen sin gode vilje og understreger sin troværdighed overfor det moderne individ, der nok tror på videnskaben, men samtidig bærer en skepsis i sig (Beck, 2004, p. 255). Den hegemoniske fremgangsmåde bidrager samtidig til at

beskytte og forstærke deres eget budskabs dominerende status (Fairclough, 2008, pp. 52-54), idet styrelsen kommer til at fremstå som dem, der trods alt ved bedst. Og screeningstilbuddet bliver dermed italesat som et så selvfølgelig gode, at der ikke engang stilles spørgsmålstejn ved det (ibid.). Hvilket yderligere understreges af, at man på forhånd reserverer tid til kvinderne, i en forventning om at de naturligvis gerne vil have tilbuddet og gerne vil komme.

Denne diskrete hegemoniske magtudøvelse illustrerer desuden Foucaults betragtninger om, at det der får magten til at virke er, at den ikke kun undertrykker. Den kan også være produktiv, fordi den som her skaber noget, som kvinderne gerne vil have, og som de ser som noget positivt (Foucault, 1980, p. 119). Kvinderne bibringes en opfattelse af, at de selv frit vælger at deltage, om end man set i et Foucault-perspektiv kan pege på, at styrelsen indskrænker kvindernes mulighedsfelt, når den bruger videnskaben som sandhedsregime for at slå fast, hvad der er sandt, og hvad der er falsk (Heede, 2007, p. 42-43) ved at installerer en sandhedsdiskurs i pjecen.

Set med Illichs øjne understreger den magtutfoldelse netop, hvordan individet i stigende grad bliver underlagt samfundets større behov ved at tilintetgøre det enkelte menneskes selvbestemmelse og få dem til at tro, at de er maskiner, hvis holdbarhed afhænger af, hvor ofte de besøger værkstedet (Illich, 1995, pp. 96-97).

Selv om deltagelse i forebyggelse endnu ikke direkte er obligatorisk, som Illich ellers forudser (ibid.), kan man argumentere for, at den bliver det indirekte, fordi presset på den enkelte for deltage er stort. Alene det at tilbuddet bliver italesat og præsenteret, kan opfattes som et pres. Som ME siger, "jeg er rask og jeg vil slet ikke have tilbuddet eller forholdes, at jeg kan få brystkræft" (bilag ME1, p. 9). Desuden er tiden til undersøgelsen allerede bestilt, hvorpå man som Gøtzsche (bilag PG) kan hævde, at kvindernes egen dømmekraft kortsluttes. Endelig lader myndighederne i skikkelse af styrelsen med ytringer som "formålet med undersøgelsen er at finde de kvinder, der har tidlige stadier af brystkræft, for at kunne tilbyde dig tidlig behandling" og "når brystkræft opdages tidligt, er der større mulighed for en skånsom behandling med efterfølgende helbredelse" (bilag SS, p. 1, p. 6) indirekte den enkelte forstå, at samfundet ikke har råd til den byrde af behandling, der vil være endnu mere kostbar, som Illich udtrykker det (Illich, 1995, p. 97). En indstilling, PB ligeledes giver udtryk for, når hun siger: "hvis det var en pligt, at man gjorde det.....så ville jeg sige, at det var udmærket.....fordi det ville spare samfundet for mange, mange penge" (bilag PB1, p. 7,). Og "Det er lige før, jeg synes, hun (læserbrevsskribent HO) selv skulle betale for sin behandling" (ibid., p. 11).

### **Når kønnet spiller en rolle**

Dette fører naturligt over i betragtninger, om hvilken rolle - om nogen - kønnet spiller i forhold til screeningstilbuddet, og den måde tilbuddet italesættes og præsenteres på.

Da der ikke findes noget screeningstilbud specielt målrettet til mænd, eftersom tilbuddet om mammografiscreening (og tilbuddet om screening for

livmoderhalskræft) kun er relevant for kvinder, kan jeg ikke undersøge, hvordan et informationsmateriale til henholdsvis mænd og kvinder evt. ville adskille sig fra hinanden.

Tager man udgangspunkt i Judith Butlers teorier om kønnet som en performativ og diskursiv konstruktion, der opnås gennem citering af og identifikation med de givne normer (Butler, 1993, p. 2, p. 12). Og undersøger, hvordan kvinden i dette tilfælde som patienter og forbrugere af et screeningstilbud produceres og fastholdes af diverse magtstrukturer, der er med til at bestemme kønnet og dets gøren (ibid., p. 3), kan man konstatere, at Sundhedsstyrelsen i sin pjece fremstiller brystkræft som en sygdom, der er en naturlig del af et kvindeliv, og dermed noget, kvinder er nødt til at tage stilling til.

"Hvert år får ca. 4.000 kvinder sygdommen og ca. 1.300 dør af den". Ca. halvdelen af sygdomstilfældene optræder hos kvinder mellem 50 og 69 år" (bilag SS, p. 9).

Desuden kan man som sociologen Kevin White (White, 2002) mene, at alene det, at man tilbyder kvinder screening som forebyggelse, er et udtryk for, at kvinders biologi potentielt bliver opfattet som farlig, hvilket harmonerer med hans og Illichs (Illich 1995, p. 78) opfattelse af, at kvinders livscyklus i stigende grad medikaliseres og dermed sygeliggøres. Ifølge White, der er inspireret af Foucault og hans teorier om, hvordan magten installeres gennem viden, hænger det sammen med, at kvinder i den lægevidenskabelige verden stadig bliver betragtet som anderledes og underlegne, fordi udgangspunktet for det medicinske blik er den maskuline biologi (White, 2002, pp. 130-134). Og at sundhedsvæsenet bruger den medicinske forskning og teknologi til at konstruere et problematisk billede af den kvindelige krop, for på den måde at fastholde kvinder i rollen som underlegne og dermed sikre, at de bliver ved deres læst som mødre og hustruer (ibid.).

Man kan således ved også her at inddrage hegemoni-begrebet argumentere for, at screening er sundhedsvæsenets hegemoniske bidrag til at fastholde kvinder som underlegne og anderledes. For når styrelsen med sit tilbud tvinger kvinderne til at relatere til risikoen for at få en dødelig sygdom ved at installere en magtfuld sandhedsdiskurs, der giver kvinderne det indtryk, at de er aktive og selvbestemmende deltagere i screeningen, bidrager den på hegemonisk vis til at lede kvinderne endnu dybere ind i undertrykkelsen (ibid.)

Inddrager man de kvalitative interviews og læserbrevene i denne sammenhæng, kan man se, at ME føler sig mistænkeliggjort og jaget, fordi hun er kvinde (bilag ME1, ME2). Samme opfattelse har læserbrevsskribent AKM (bilag AKM), der støtter ME med udsagnet: "Også jeg har i årevis kæmpet mod alle disse såkaldt forebyggende undersøgelser især til kvinder. Ikke alene koster de millioner, men de gør også kvinderne usikre og bange" (bilag AKM). PB giver derimod udtryk for, at hun er taknemmelig for, at nogen bekymrer sig om hendes biologi (bilag PB1, PB2), og hun får støtte af KV, der glæder sig over, at tusindvis af kvinder får muligheden for at føle større tryghed (bilag KV). De to sidstnævnte anlægger dermed samme synsvinkel som liberalt indstillede feminister gør, nemlig at se screeningstilbudet som et servicetilbud og en anerkendelse af, at kvinder har krav på øget opmærksomhed på deres krop og deres biologi (White, 2002, p.

144), mens de to førstnævnte betragter tilbuddet som undertrykkende, idet det påtvinger dem en medikalisering og unødvendig sygeliggørelse, som de ikke bryder sig om (ibid., p. 145).

Samtidig kan man - set med van Dijcks perspektiv - imidlertid også hævde, at mammografiscreening er med til at rangordne sygdomme ved en forfordeling af mændene. Eftersom den medicinske billedteknologi ikke bare former vores individuelle opfattelse af krop og sygdom; den bidrager også til det kollektive syn på sygdom og dermed på strukturen for sundhedspolitikken (van Dijck, 2005, p. 8). For når en medieeksponeret billedteknologi som mammografi bliver til følelsesladede narrativer i populærkulturen i kraft af de talrige mediehistorier om kvinder, der har fået, har overlevet eller er døde af brystkræft, bliver screeningen samtidig en populær metode, der nyder stor opmærksomhed samfundsmæssigt (van Dijck, 2005, pp 12-14), hvorved den bidrager til rangordenen af sygdomme.

Som bekendt indtager brystkræftsagen en dominerende stilling i den offentlige debat, ikke mindst illustreret af de talrige aktiviteter, der finder sted hvert år i oktober måned herhjemme og i resten af den vestlige verden. Overalt stiller talrige både prominente og magtfulde kvinder - og mænd - gerne op og agiterer for bekæmpelse af brystkræft, og hvert år samles der adskillige millioner ind til forskningen i behandling og helbredelse af brystkræft ([www.stoetbrysterne.dk](http://www.stoetbrysterne.dk)).

Brystkræftbekæmpelsen kommer dermed til at overskygge bekæmpelsen af andre - og i nogle tilfælde langt farligere - kræftformer både økonomisk og opmærksomhedsmæssigt. Samme opmærksomhed tilfalder f.eks. ikke prostatakræft, der er en kræftsygdom, som især rammer ældre mænd. Arrangørerne af Mens Health Week, der finder sted hvert år i juni, har dog i den senere tid ihærdigt forsøgt at skabe interesse for prostatakræft (netkilde 8), foreløbig uden det store held. Hvorfor man som van Dijck kan pege på, at den transparente krop - i dette tilfælde i form af de mammograferede bryster - bidrager til at bestemme samfundsnormerne, idet den mest spektakulære også er den mest populære. Det fører til et pres, der på politisk plan kan resultere i, at en bestemt sundhedspolitik bliver tilgodeset (van Dijck, 2005, p. 15).

Hvilket forhold mænd ville have til screening, siger mit materiale ikke noget om. Både PB og ME tvivler på, at man vil kunne få mænd til at stille op til screening på samme måde, som kvinder gør. Men hvor ME mener, at det hænger sammen med, at kvinder nærer en større autoritetstro overfor lægevidenskaben (bilag ME1, p. 8), vurderer PB snarere, at det er et spørgsmål om, at tilbuddet er der (bilag PB1, p. 13).

Set med Butlers øjne må en rigid skelnen mellem mænds og kvinders sundhed hvile på en opfattelse af, at køn er biologiske kategorier frem for kulturelt betinget (Butler, 1990, 1993). Man kan derfor med et butlersk blik argumentere for, at mænds kroppe og helbred i lige så høj grad er formet af den patriarkalske medicinske tradition. Men i modsætning til kvinder, der unødigt sygeliggøres, forventes mænd at optræde som mænd og undlade at beklage sig. Det smitter af på sundhedsvæsenet, der derfor ikke holder øje med dem på samme måde, og understreges af mændene selv, der agerer som dårlige patienter og sjældent går

til læge, hvilket kunne være forklaring på forskellen i screeningstilbud (White, 2002, p. 151).

På den anden side kan man argumentere for, at mænd i lige så høj grad er underlagt den senmoderne risikotænkning og trangen til at gøre noget for at forsvare sig mod dødelige sygdomme (Bauman, 1997, 2002, 2006; Beck, 2004), og sammenholder man det med den offentlige debat om, hvorvidt man bør indføre screening for prostatakræft eller ej, kan man forestille sig, at den teknologiske udvikling og lysten til at kigge ind i kroppen, som van Dijck beskriver det (van Dijck, 2005, p. 138) i stigende grad vil udfordre den patriarkalske vanetænkning og på sigt tilbyde mændene screening.

## Den flydende angst

Set i bredere samfundsmæssigt perspektiv indskriver screeningstilbudet sig altså i den risikotænkning, der har vundet indpas, og som betyder, at det at forholde sig til risiko er blevet en væsentlig del af det at være et menneske i et samfund, hvor gamle strukturer og fællesskaber opløses, og sikkerhed erstattes af usikkerhed og manglende tillid til sociale og politiske institutioner (Bauman, 1997, 2002; Beck 2004).

Ifølge Bauman (Bauman, 2006, p. 3.) er følelsen af sårbarhed blevet en fast sindsstemning hos det senmoderne individ, der især frygter fornemmelsen af at være uden forsvar. Så når Sundhedsstyrelsen i sin pjece hævder, at den samlede dødelighed af brystkræft falder, når man indfører mammografiscreening (bilag SS, p. 1), kommer screeningstilbuddet til at fremstå som det eftertragtede forsvar mod de talrige farer, der kan ramme den enkelte, som f.eks. en alvorlig kræftsygdom (Bauman, 1992, pp. 5-6). Samtidig med at den enkelte bliver konfronteret med sin individuelle risiko for en bestemt sygdom med en opfordring om at deltage i en screening, bliver det også op til den enkelte at agere for at passe på sig selv og sin sundhed. Gør man ikke det, er det ens egen skyld, hvis man siden hen bliver syg (ibid.), hvorved man får privatiseres ansvaret ikke bare for livet, men også for døden og dødeligheden (ibid., p. 26).

Spørgsmålet er så, om den enkelte opnår mere sikkerhed og mindre sårbarhed af screening i det lange løb. Hvis man spørger den tidligere formand for Etisk Råd overlæge Ole Hartling, siger han i et interview (bilag JP1), at når vi fokuserer så meget på sundhed, som vi gør, bliver vi samtidig tvunget til at tænke på sygdom. Netop screening for kræftsygdomme er et eksempel på, at bagsiden af screening er ængstelse, utryghed og usikkerhed, og ingen ved, hvad betyder.

”Skal man beroliges hele tiden, er der ingen ende på, hvad man kan blive beroliget for, og alligevel fjerner det ikke ængstelsen.” (ibid.)

Såvel Illich som van Dijck peger på, at det aldrig er en uskyldig fornøjelse at diagnosticere et menneske ved at kigge ind i dets krop (Illich, 1995, p. 96; van Dijck, 2005, p. 8). Dels udløser enhver diagnose ifølge Illich stress og skrækken for ikke at kunne helbredes, hvorved den isolerer den enkelte fra det normale og sunde (ibid.), dels som van Dijck påpeger, afslører teknologien – her i form af mammografi eller scanning – uregelmæssigheder eller anormaliteter, hvis videre

liv lægen ikke nødvendigvis kan forudse, idet man ikke kan gå ud fra, at der til enhver tid er forbindelse mellem billede og patologi (ibid., p. 7).

Læge John Brodersen har i sin ph.d. afhandling undersøgt de psykosociale konsekvenser ved mammografiscreening, og hans resultater viser, at det har betydelige negative psykosociale konsekvenser at få et abnormt svar ved mammografiscreening, selv om svaret senere viser sig at være falsk positivt (Brodersen, 2006, p. 10). Den virkning af screening rubricerer styrelsen i sin pjece under afsnittene "Ulemper" (bilag SS, p. 2), og "Uroen mens man venter" (ibid., p. 3), uden at komme nærmere ind på, hvilken effekt ulemperne og uroen kan have. Kritikerne gør til gengæld meget ud af de negative psykosociale konsekvenser og bruger ordet skadelig i stedet for ulempe. I afsnittet "Skadelige virkninger" lister de en række af de symptomer, kvinderne kan opleve efter en falsk alarm (bilag NCC, p. 8), og konkluderer på linje med Brodersen (Brodersen, 2006), at kvinderne derefter føler sig sårbare overfor sygdom og bliver usikre på sig selv og evnen til at vurdere sygdom (bilag p. 8).

Også læge, dr. med. Lotte Hvas har beskæftiget sig med, hvilken effekt det kan have at introducere raske kvinder for et forebyggende undersøgelsestilbud. I sin doktorafhandling konkluderer Hvas, at nogle (men ikke alle) kvinder blev bekymringsgjorte, de følte usikkerhed i forhold til muligheden for at påvirke deres egen skæbne og livsforløb, når de blev konfronteret med behandling for gener i overgangsalderen (Hvas, 2008, p. 39). Nogle udtrykte endda angst for fremtiden og de mange nødvendige valg, de skulle træffe, fordi de havnede i et dilemma mellem pest eller kolera (ibid.).

Set i det lys vil det være svært at argumentere for, at screening på længere sigt skaffer den enkelte mere sikkerhed og mindre angst, og som både Beck (Beck, 2004) og van Dijck (van Dijck, 2005) påpeger, vil den teknologiske udvikling ikke bidrage til at gøre vores liv på dette område lettere. Ganske vist leverer teknologien hele tiden bedre billeder, men de fører blot til sværere valg og nye etiske dilemmaer (van Dijck, p. 8; Beck, 2004, p. 254), hvorfor man atter kan inddrage Illich og hans tese om, at sundhedsvæsenet i sin senmoderne skikkelse snarere skaber nye patienter frem for at helbrede de syge (Illich, 1995, p. 3).

Men ikke desto mindre - som nævnt flere gange tidligere - er tilslutningen til mammografiscreening meget høj, hvilket man dels med van Dijcks teorier kan tillægge fascinationen af den billedteknologiske udvikling, som vi i kraft af den voksende medieeksponering får en opfattelse af, at vi forstår betydningen af (van Dijck, 2005, p. 11), dels kan ses som det senmoderne individs anstrengelser for at skabe sig en sikker position (Bauman, 1997).

## Konklusion

### **Et overordnet perspektiv**

Formålet med denne afhandling har været at undersøge, hvordan mammografiscreening og dens fordele og ulemper fremstilles og fortolkes af producenter og konsumenter i en samtid, der er præget af en stigende grad af



risikotænkning. Samt at inddrage et kønsperspektiv for at afklare, om kønnet spiller en rolle i konteksten.

Overordnet set kan man konkludere, at i og med senmoderniteten skaber usikkerhed og en følelse hos den enkelte af at være sårbar overfor hidtil ukendte farer, dannes der grobund for et stadig større udbud af forebyggelse, som her i skikkelse af mammografiscreening. Og at Sundhedsstyrelsen gør, hvad den kan for at fremstille og markedsføre tilbuddet som et vægtigt forsvar mod en potentiel dødelig sygdom; det senmoderne individs ultimative frygt. Styrelsens pjece beskriver fordelene ved screeningen enkelt og pædagogisk. Også ulemperne nævnes uden at overdramatisere, hvilket på hegemonisk vis blot beskytter og forstærker styrelsens budskab og dermed opfattelsen hos den enkelte af, at styrelsen trods alt ved bedst. Ingen kan efter at have læst pjecen være i tvivl om, at styrelsen anbefaler kvinderne at købe varen.

Og missionen lykkes i udstrakt grad. Op imod 80 pct. deltager i screeningerne, som en illustration af, at nok er modernitetens håb om udødelighed til en vis grad opgivet, men ønsket om at holde døden ti skridt fra livet og overleve hele livet i stedet blevet et livsprojekt. Noget, man gerne anstrenger sig for at opnå, uanset ubehagelige bivirkninger.

Tilbuddet og de to pjecer indskrives sig i den senmoderne forbrugerkultur, hvor den endeløst begærende forbruger gerne shopper rundt for at finde det bedste tilbud, der kan realisere drømmen om det gode sikre liv. Og hvor videnskaben, som Beck fremfører, sørger for at skaffe nye varer på hylderne i sundhedsindustriens supermarked ved at markedsføre snart den ene, snart den anden form for ny viden. Dermed findes der ikke længere objektive standarder at forholde sig til, og i stedet bliver kvinderne overladt til at stole på deres egen dømmekraft.

Den forsøger kritikerne at appellere til i deres alternative pjece. Ved at inddrage forskningsresultater og tilbyde en anden tolkning end styrelsens prøver de at sælge kritisk sans til kvinderne. De understreger de skadelige virkninger, i håbet om at kvinderne i højere grad overvejer tilbuddet, inden de køber, og de kritiserer styrelsens fremgangsmåde med at bestille tid på forhånd. Konklusionen må imidlertid være, at det er overordentlig svært at sælge et budskab, der sår tvivl frem for at skabe følelse af sikkerhed i en samtid, der med Baumans ord netop hungre efter sikkerhed.

### **Betydningen af holdning**

Inddrager man konsumenternes forståelse af pjecerne, begynder billedet imidlertid at flimre. For spørgsmålet er, i hvor høj grad de to pjecer gør en forskel i formidlingen af budskabet. Formålet med den kritiske diskursanalyse er som nævnt tidligere at undersøge, hvordan brugen af forskellige diskurser bidrager til at skabe forandring hos modtagerne. Men selv om begge pjecer har større eller mindre grad af interdiskursivitet og trækker på en række forskellige diskurser, og dermed burde bidrage til en vis holdningsændring, viser mine kvalitative interviews, at ingen af kvinderne ændrer holdning efter at have læst pjecerne.

Tværtimod er begge kvinder stærkt præget af deres forforståelse for og holdning til emnet. Ingen af de to forholder sig neutralt til udsagnene, ivrige som de begge er for at understøtte deres holdning. Især er det tydeligt under interviewet med tilhængeren PB, at kritikernes argumentation ikke trænger igennem. PB bliver derimod synligt irriteret og vred, når hun skal forholde sig til den. Hendes faste overbevisning både før og efter læsningen er, at tilbuddet er godt, at hun ikke forstår modstanden mod det, og hun har i realiteten kun hånlatter til overs for kritikernes indvendinger om nervøsitet, sygeliggørelse og negativ aftalebinding.

Også modstanderen ME lader sin stærkt kritiske holdning til screening præge sin læsning af styrelsens pjece, som hun anser for at være ren propaganda. Hun er dog heller ikke imponeret over kritikernes pjece, som hun mener, forsømmer at melde klart ud. Hun giver også udtryk for vrede og irritation, men i modsætning til PB gælder hendes vrede især, at hun i det hele taget bliver belemret med et tilbud, og at samfundet vælger at bruge penge på det. Det eneste læsningen gør ved hendes holdning, er at fasttømre den yderligere.

Jeg må altså konkludere, at en fast holdning til screening overdøver argumentation, når det gælder konsumtion af folderne. Hvorvidt den konklusion kan overføres til resten af målgruppen, kan jeg desværre ikke vide, idet mit kvalitative interviewmateriale er begrænset og ikke repræsentativt. Umiddelbart kunne jeg dog have en fornemmelse af det, idet de øvrige læserindlæg også tyder på, at holdningen til screening er en overordentlig følelsesladet sag, der i meget grad høj grad handler om at tro og mene frem for at vide. Det kan f.eks. illustreres af, at en kvinde føler sig som jaget vildt, mens en anden er dybt taknemmelig, at en kvinde kalder det "arrogant" at bestille tid på forhånd, en anden det for "en praktisk foranstaltning".

Man skal dog her tage i betragtning, at de to interviewpersoner netop er valgt, fordi de hver især repræsenterer henholdsvis en svoren tilhænger af screening og en lige så svoren modstander, hvorfor de formentlig vil være svære - hvis ikke umulige - at rokke i deres overbevisning. Også de kvinder, der skriver læserindlæg, hvor de forfægter et synspunkt og en holdning, kan hævdes at tilhøre en særlig aktiv og holdningspræget gruppe.

Om flertallet af danske kvinder i målgruppen har samme passionerede holdning til screening, kan jeg heller ikke vide. Ganske vist har diskussionen om indførsel af screening bølget heftigt frem og tilbage i mange år herhjemme, men den har primært været ført blandt fagfolk, hvilket dog har en tendens til at smitte af på almenbefolkningen. Samtidig fylder brystkræftsagen endog rigtig meget i mediebilledet, og der går sjældent en uge, uden at brystkræft er på mediedagsordenen i en eller anden form. På den baggrund vil jeg vove at slutte, at mange kvinder har en klar og måske endda følelsesladet holdning til mammografiscreening, og af den grund kan være svære at få til at lytte, hvilket stiller store krav til formidlingen. Og det er derfor nærliggende at stille spørgsmålstejn ved, om pjecerne hver især opfylder deres formål. Nemlig - om end ud fra hver sit udgangspunkt - at informere målgruppen grundigt om hvad

mammografi er, og hvorvidt man som kvinde i målgruppen har gavn eller ej af at deltage i en screening.

Ikke mindst derfor ville det være interessant at foretage en større undersøgelse af, hvordan patientinformation generelt formidles og forstås, idet det er tankevækkende og vel også skræmmende, hvis netop den type information ikke formår at trænge igennem med sit budskab.

Viser det sig, at de to folderes budskab generelt ikke forstås efter hensigten, og at argumentationen preller af på modtagerne, må jeg altså konkludere, at min tese om, at netop formidlingen af screeningsprogrammet spiller en afgørende rolle for, hvorvidt kvinderne vælger at deltage eller ej, ikke holder set i et rent diskursivt perspektiv.

### **Formidling i bred forstand**

Formidling kan imidlertid forstås langt bredere end diskurs, idet tilbuddet om screening samfundsmæssigt i langt de fleste tilfælde italesættes som et gode af både mediere, politikere og sundhedsvæsen. Inddrager man derfor et bredere samfundsmæssigt perspektiv i forståelsen af ordet formidling, kan man konkludere, at screeningsbudskabet installeres både hegemonisk og diskursivt i senmoderniteten, som en naturlig følge af risikotænkningen. Hvorfor jeg kan konstatere, at min anden tese om, at jagten på det sikre liv præger det senmoderne menneske i stigende grad, hvorfor man undlader at stille direkte spørgsmål ved, om enhver form for forebyggelse er et gode, må siges at være opfyldt.

I hvert fald kan man konstatere, at kvinderne strømmer til screening, for som det hedder "at være på den sikre side", og kun få anlægger som ME en så kritisk holdning, at de vælger at melde afbud eller blive væk. Skal man tro van Dijck, må konklusionen derfor være, at tilliden til den billedteknologiske udvikling indenfor lægevidenskaben er så overvældende, at kvinder gerne lader sig screene, fordi frygten for at få en dødelig sygdom som brystkræft overskygger de ulemper, som styrelsen foretrækker at kalde det, eller de med kritikernes ord skadelige virkninger, der måtte opstå.

Samme indstilling kan også iagttages blandt gravide, hvor ni ud ti i dag siger ja tak til fosterscanninger, på trods af at hver fjerde ikke har sat sig ind, hvad scanningen reelt skal gøre godt for (netkilde 9). Også her gælder det altså, at nogle kvinder lader sig – eller i denne sammenhæng deres ufødte barn – undersøge uden at stille spørgsmål til undersøgelsen.

Her vil jeg argumentere for, at kønnet spiller en afgørende rolle, idet kvinder som anført af både Illich og White er vænnet til, at deres livscyklus fra menstruation over graviditet og fødsel til overgangsalder medikaliseres, hvorfor mange kvinder vil betragte det som ganske naturligt, at deres biologi kræver særlige foranstaltninger f.eks. i form af screening. Udviklingen indenfor lægevidenskaben parret med fascinationen af den teknologiske udvikling og lysten til at forsvare sig med truende farer, tyder dog på, at også mænd kan se

frem til eller kan frygte - afhængig af temperament - tilbud om regelmæssige screeninger i fremtiden.

Tilslutningen til screeningsprogrammet hænger desuden ifølge van Dijck sammen med, at man anser det som en ganske uskyldig fornøjelse at kigge ind i kroppen og yderliggøre det indre. Den opfattelse illustreres i min undersøgelse af PB, der gerne lader sig mammografere og scanne, men ikke kunne drømme om at tage hormoner, fordi hun frygter, at de kan være skadelige. Hun – og de færreste andre siger van Dijck – tænker over, at billedteknologi på nøjagtig samme måde som medicin er skabt af lægevidenskaben og - ikke mindst - skal tolkes af lægevidenskaben, hvilket langt fra altid er enkelt. At se er ikke det samme som at diagnosticere, og forskellige lægers tolkning af det samme billede ikke nødvendigvis enslydende, hvilket risikerer at resultere i fejlbehandling. Men set i lyset af mine resultater tyder det ikke på, at den enkelte bryder sig om at vide det.

Tager man derfor Illichs kritiske briller på, kan man konkludere, at sundhedsimperialismen for længst har sejret, idet den enkelte har tabt mere og mere selvstændighed og selvbestemmelsesret til sundhedsvæsenet. Og om få år bliver hans profetier om obligatorisk forebyggelse snart en realitet. I hvert fald bliver det sværere at sværere at sige nej tak til et tilbud om forebyggelse, dels fordi det italesættes som et stort set ubetinget gode, dels fordi presset på den enkelte er stort. Det illustreres af fremgangsmåden med at bestille tid på forhånd til undersøgelsen, hvorved myndighederne tvinger den enkelte kvinde til at forholde sig til tilbuddet, uanset om hun ønsker det eller ej.

Omvendt kan man også argumentere for, at screening netop tilbyder et forsvarsværk mod en af de diffuse farer, der truer det senmoderne menneske. I og med den enkelte hele tiden må forholde sig til nye risici og i sidste ende er overladt til selv at træffe sine egne beslutninger, vil den enkelte med taknemmelighed gribe enhver form for hjælp, der melder sig.

## Perspektivering

”Hvorfor vil du ikke screenes? Vil du da gerne have brystkræft?!”

Udsagnet mødte en bekendt af mig til en rund fødselsdag for nylig. Snakken gik om det nye tilbud om mammografiscreening, og diskussionen handlede især om, i hvilken rækkefølge man blev indkaldt. Til gengæld satte ingen spørgsmålstegn ved, hvorvidt det var et godt eller dårligt tilbud. Derimod var flere frustrerede over, at de endnu ikke havde fået brev fra regionen, en enkelt havde endda ringet og rykket for en tid.

Da min bekendte stillede sig kritisk an til tilbuddet og luftede, at hun ikke ville screenes og derfor ikke havde tænkt sig at møde op, bredte der sig en dyb undren. Bortset fra en enkelt kvinde, der i øvrigt for et par år siden selv var blevet opereret og strålebehandlet for brystkræft, forstod ingen hendes modstand. Tværtimod blev hun konfronteret med, at udeblivelse fra screening var så godt som lig med at få sygdommen, og det forargelige i at hun gjorde sig skyldig i spild af skatte kroner.

Dialogen er et illustrativt eksempel på, hvordan forebyggelse i stadig mere raffineret form trænger ind i alle menneskers liv og lægger pres på dem. Forebyggelse bliver anset for at være et indiskutabelt gode, der kan gøre livet både længere og bedre for den enkelte. Men fra at handle om at undgå sygdom ved at spise sundt, motionere og lade være med at ryge eller drikke for meget bevæger forebyggelse sig med hastige skridt over i opsporing af potentiel sygdom. Og her opstår dilemmaerne. For i jagten på de syge risikerer raske unødigt sygeliggørelse, i nogle tilfælde endda med alvorlige konsekvenser til følge. Og samtidig er der - med Ole Hartlings ord - måske ingen ende på hvor beroliget man kan blive, hvis man hver uge skulle til en ny screening eller undersøgelse. Til gengæld er der heller ingen grænser for, hvor mange bekymringer man vil få.

Det eneste, der er sikkert, er imidlertid, at udviklingen ikke stopper. I takt med at lægevidenskaben hele tiden bliver klogere og hver dag, hver uge, hver måned finder nye metoder, der kan diagnosticere og behandle mulige sygdomme, vil den enkelte blive stillet over for stedse flere valg, der skal træffes. Hvorvidt man som kvinde vil deltage i mammografiscreening eller ej, er sammen med deltagelse i screening for livmoderhalskræft blot de første i rækken.

Lige om hjørnet venter således screening for tyk- og endetarmskræft, som flere gange har været på vej til at blive indført. Et forsøg i de daværende Vejle og Københavns Amter fik for et par år siden da også Sundhedsstyrelsen til at anbefale screening, men på grund af flere dødsfald i forbindelse med undersøgelsen er den endnu ikke indført. Så sent som i januar kritiserede formanden for Kræftens Bekæmpelse Frede Olesen imidlertid skarpt, at Danmark ikke lever op til de europæiske anbefalinger om at indføre en screening på området og efterlyste handling.

Også screening for prostatakræft hos mænd har været ivrigt diskuteret, men endnu er metoden dog så usikker og har for store bivirkninger til, at nogen vil anbefale den. Der er dog ingen tvivl om, det et spørgsmål om tid, før begge screeninger bliver indført. Og siden vil der komme flere til.

Problemet er blot, som en del af konklusionen i denne masterafhandling antyder, at det langt fra er sikkert, at befolkningen kan eller vil forstå, at det at kunne se ikke nødvendigvis er det samme som at kunne diagnosticere og endnu mindre at kunne helbrede. Som det påpeges i den alternative pjece er der adskillige bivirkninger ved screening, både af fysisk og psykisk karakter, og de er værd at tage med i betragtning.

Det er op til politikerne at afgøre om en screening skal indføres eller ej. Men presset er stort fra en befolkning, der i medierne dagligt bliver konfronteret med snart det ene, snart det andet, man kan fejle, og samtidig kan hente information om de nyeste behandlings- og helbredelsesmetoder på nettet. Også rækken af magtfulde patientforeninger som f.eks. Kræftens Bekæmpelse, der sidder på en stor del af forskningskronerne, presser på.

Politisk set nyder forebyggelse – både den almene illustreret af indførelse af rygeloven og afgifter på sukker og fedt og den mere specialiserede i form af vaccination mod livmoderhalskræft og screening – derfor stor bevågenhed i disse år. Ikke mindst ud fra en overbevisning om, at det er bedre og billigere at forebygge end at helbrede. Der er derfor ikke langt fra et tilbud om screening til et krav om deltagelse, og næste skridt bliver så at kræve betaling af alle de, der ikke kom til screening, men som senere blev syge. Måske en utopisk tanke for det fleste, men ikke desto mindre har den tyske kansler Angela Merkel på et tidspunkt foreslået, at kvinder, der udebliver fra screening, selv må betale for deres behandling, hvis de senere får kræft (netkilde 4).

Samme synspunkt vil kunne tages i anvendelse i forhold til mange andre sygdomme. Ikke mindst ved livsstilssygdomme som forventes at udgøre 70 pct. af alle sygdomme i 2020 (netkilde 10). For hvilken besnærende tanke vil det ikke være, for et økonomisk presset sundhedsvæsen, at alle rygere, overvægtige, stressede etc. selv kunne betale for den behandling, de før eller siden får brug for i kraft af deres livsstil.

Så selv om man måske kunne indvende mod Illich, at hans teorier er forældede, synes det mere relevant end nogensinde at diskutere om det enkelte menneskes selvbestemmelsesret på den ene side på længere sigt risikerer at blive sat ud af kraft af et sundhedsvæsen, der har gjort det til en indbringende forretning at forvandle raske mennesker til patienter, fordi presset på den enkelte om at tage ansvar for egen sundhed vil tvinge hende til at sige ja tak til en viden, hun måske ikke ønsker.

Derfor må man håbe, at diskussionen omkring den enkeltes ansvar for egen sundhed og om, hvorvidt forebyggelse i skikkelse af opsporing af mulige sygdomme altid er et gode, aldrig bør ophøre.

Jeg vil lade interviewperson ME få det sidste ord:

**"Hvorfor bruge livet på at frygte døden – så vidt jeg ved, er der endnu ingen, der er undsluppet."**

## Summary

The purpose of this master thesis is to examine how advantages and disadvantages of screening for breast cancer are stated and explained by providers and recipients of information in a world characterized by a growing risk mentality. And to involve a gender aspect to show if and how gender plays a part in this context.

The theoretical background for this master thesis is a selection of the works of professor of sociology, Polish born, Zygmunt Bauman, and the German sociologist, Ulrich Beck, and his key work "The Risk Society" supplemented by the critical eye on the health industry by the Austrian philosopher, Ivan Illich, and theories of the transparent body by the Dutch professor of media and culture, José van Dijck, who has analysed medical imaging in a cultural context. Also the French philosopher Michel Foucault's power and knowledge theories and

finally, regarding the gender aspect the theories of the American professor, Judith Butler, and the Australian professor of sociology, Kevin White, have contributed to the theoretical frame of my thesis.

I have used the critical discourse analysis of the British linguist, Norman Fairclough, as my method combined with a method of interpretation of opinion as described by the Norwegian professor of educational psychology, Steiner Kvale.

The background for my research is that since January 2008 Danish women between 50 and 70 years have been invited to screening for breast cancer every second year. The invitations are sent to women with an appointment already made, which has caused debate and critical comments in the media. As a matter of fact, more than 80 per cent of the women attend the screening, which, as my conclusions indicate, is due to the facts that individuals of the second modernity are eager to seek protection against the growing amount of dangers, such as deadly diseases, that people to a high extent rely on the mechanical-clinical eye to provide not only a diagnosis but also a cure, and that women are easily convinced that screening is good for them, because they are used to that their bodies being regarded as different and their cycle of life being medicalized.

As foundation for my research I have examined and compared the information folder published by the Danish National Board of Health (Sundhedsstyrelsen) and sent to all women in the target group together with the invitation with an alternative folder published by a group of doctors who are critical of the Danish National Board of Health folder, which in their opinion emphasizes the advantages and minimizes the disadvantages.

I have also interviewed two women from the target group, one who believes in screening, and one who does not. The interviews took place after the two women had read both information folders, and the purpose was to find out if the argumentation in the folders could make them consider changing their minds. My findings illustrate that none of them changed their minds or even considered doing so. None of them believed in the argumentation of the folder, they disagreed with, and my conclusion is that opinion overrules argumentation in this matter.

This I ascribe to the fact that many women already have a firm and determined opinion on whether screening for breast cancer is an advantage or the opposite. And that as an authority the Danish National Board of Health has power and position to make women listen without having to explain and persuade.

Therefore, the results of this master thesis call for an examination of how information in folders to various groups of citizens is stated and explained, as there is no doubt that in the future more screenings and other kinds of prevention will become part of people's everyday life, which means that everyone will be forced to consider if they are going to participate or not.

## Litteraturliste

- Armstrong, David  
1995 *The rise of surveillance medicine*  
Sociology of Health & Illness, Vol. 17, No. 3, 1995, (pp. 393-404)
- Bauman, Zygmunt  
1992 *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*  
Cambridge: Polity Press  
1997 *Postmodernity and Its Discounts (pp. 17-45)*  
Cambridge: Polity Press  
2002 *Fællesskab: En søgen efter tryghed i en usikker verden*  
København: Hans Reitzels Forlag  
2006 *Flydende modernitet*  
København: Hans Reitzels Forlag  
2006 *Liquid Fear*  
Cambridge: Polity Press
- Beck, Ulrich  
2004 *Risikosamfundet*  
København: Hans Reitzels Forlag
- Brodersen, John  
2006 *Measuring psychosocial consequences of false-positive screening results – breast cancer as an example*  
København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning
- Brodersen, John m. fl.  
2008 *Det informerede samtykke ved screening for brystkræft*  
Debatindlæg i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, maj  
2008
- Butler, Judith  
1990 *Gender Trouble – Feminism and the Subversion of Identity*  
New York and London: Routledge  
1993 *Bodies that matter – on the discursive limits of sex*  
New York and London: Routledge
- Fairclough, Norman  
2001 *Media Discourse*  
London: Arnold  
2008 *Kritisk diskursanalyse*  
København: Hans Reitzels Forlag
- Foucault, Michel  
1980 *Power/Knowledge – selected interviews and other writings*  
London: The Harvester Press Limited



- Goldstein, Henri (red.)  
1998 *Etik og Klinik – etiske problemer i danske lægers hverdag*  
(kap. 2 – pp. 27-44)  
København: Munksgaard
- Heede, Dag  
2007 *Det tomme menneske – Introduktion til Michel Foucault*  
København: Museum Tusulanums Forlag
- Hvas, Lotte  
2008 *Medicin til raske – en syg ide?*  
København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning
- Hviid Jacobsen, Michael  
2004 *Zygmunt Bauman – den postmoderne dialektik*  
København: Hans Reitzels Forlag
- Illich, Ivan  
1995 *Limits to medicine*  
London: Penguin Books
- Kvale, Steiner  
1997 *Interview – en introduktion til det kvalitative  
forskningsinterview*  
København: Hans Reitzels Forlag
- Turner, Bryan S.  
1995 *Medical power and social knowledge*  
London: SAGE publications
- Van Dijck, José  
2005 *The transparent body – a cultural analysis of medical imaging*  
Seattle and London: University of Washington Press
- White, Kevin  
2002 *Sociology of Health and Illness*  
London: SAGE Publications
- Winther Jørgensen, Marianne & Philips, Louise  
1999 *Diskursanalyse som teori og metode*  
Roskilde: Roskilde Universitetsforlag

## Internetkilder

1.  
<http://www.ouh.dk/wm146484>
2.  
<http://www.cancer.dk/Cancer/Nyheder/nyheder2004/87pct+siger+ja+til+mammografi.htm>

3.  
<http://www.dr.dk/Regioner/Aarhus/Nyheder/OevrigeNyheder/2009/01/16/154406.htm>

4.  
<http://www.bmj.com/cgi/content/extract/333/7574/877-c>

5.  
<http://helse.dk/>

6.  
[http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT\\_FOR\\_LAEGER?public\\_visningsType=5&public\\_modtager=3&public\\_forrigeVisningsType=4&public\\_nyhedsId=28427&public\\_afsender\\_gruppe=UFL](http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER?public_visningsType=5&public_modtager=3&public_forrigeVisningsType=4&public_nyhedsId=28427&public_afsender_gruppe=UFL)

7.  
<http://www.who.int/cancer/detection/variouscancer/en/index.html>

8.  
<http://www.sundmand.dk/>

9.  
<http://www.barneguiden.dk/default.asp?thdid=757&bid=53&page=1>

10.  
[http://www.kvalitetsreform.dk/multimedia/Bente\\_Klarlund\\_Pedersen.pdf](http://www.kvalitetsreform.dk/multimedia/Bente_Klarlund_Pedersen.pdf)

11.  
<http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2009/NR108.pdf>

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

[www.cochrane.dk](http://www.cochrane.dk)

[www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

[www.stoetbrysterne.dk](http://www.stoetbrysterne.dk)