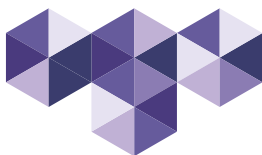


Kulturstudier



Dansk tidsskrift for kulturhistorie, etnologi, folkloristik og lokalhistorie

Kulturstudier er et forskningsbaseret og kvalitetsbedømt tidsskrift, der bringer artikler, reviews og debatter med udgangspunkt i historiske og aktuelle studier af steder, folk, kultur og dagligliv.

Tidsskriftet er dannet i 2010 ved sammenlægning af Fortid og Nutid (grundlagt 1914) og Folk og Kultur (grundlagt 1972) og har sin base i de kulturhistoriske museer, arkiver, universitetsmiljøer og foreninger i Danmark.

Tidsskriftet udgives som Open Journal System-tidsskrift i samarbejde med Statsbiblioteket.

På tidsskriftets hjemmeside fremlægges bilag, links og andet supplerende materiale til de enkelte artikler, ligesom der er mulighed for debat og kommentarer.

Se www.tidsskriftetkulturstudier.dk

KULTURSTUDIER, NR. 2, DECEMBER 2011

© 2011 Forfatterne og Kulturstudier

REDAKTION

Ansvarshavende redaktør: Astrid Pernille Jespersen, Europæisk Etnologi, SAXO-instituttet, Københavns Universitet

Else Marie Kofod, Dansk Folkemindesamling, Det Kongelige Bibliotek

Thomas Lyngby, Det Nationalhistoriske Museum på Frederiksborg Slot

Mette Tapdrup Mortensen, Kroppedal Museum

Annette Vasström, Nationalmuseet

Søren Bitsch Christensen, Aarhus Stadsarkiv

Jesper Overgaard Nielsen, web- og digitaliseringskoordinator (webmaster)

Redaktionssekretær: Mads Breddam

Abstracts: Jørgen Peder Clausager

Temanummeret er redigeret af Anne Leonora Blaakilde, Astrid P. Jespersen,

Aske Juul Lassen og Maja Schøler

Tilsynsførende fra den faste redaktion: Søren Bitsch Christensen

Artikler i dette nummer af Kulturstudier vurderes til 1 point

i ”den bibliometriske forskningsindikator”

DESIGN

Depot 1

TYPOGRAFISK OPSÆTNING

Anne Slot Frandsen

OMSLAGSFOTOS

Udsnit af fotos i tidsskriftet.

TRYK

Erhvervsskolernes forlag

Redaktionsadresse:

Tidsskriftet Kulturstudier

att.: Mads Breddam

Europæisk Etnologi

Københavns Universitet

Njalsgade 76, 2300 København S

Kulturstudier udgives af

Dansk Historisk Fællesråd og Foreningen Danmarks Folkeminder

Driften af Kulturstudier finansieres af

Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation.

Udviklingsarbejdet er støttet af

Farumbaard Fonden og Lilian og Dan Finks Fond

Kulturstudier er et open access-tidsskrift og

er gratis tilgængeligt på internettet fra udgivelsesdagen.

Der er mulighed for at købe og få tilsendt et trykt eksemplar af tidsskriftet.

Hjemmeside: www.tidsskriftetkulturstudier.dk

ISSN 1904-5352

Printed in Denmark

Indhold

- Astrid Pernille Jespersen og Anne Leonora Blaakilde
- 6 Indledning**
- Rie Lykke Danielsen og Anne Leonora Blaakilde
- 13 En KrObjektiv lidelse?**
Forståelse og behandling af kroniske, diffuse smertelidelser med fibromyalgi som eksempel
- Aske Juul Lassen
- 45 Insulin som trickster: Grønsearbejde i hverdagen med type 2 diabetes**
- Maja Schøler og Lene Otto
- 68 Mænd og mad**
Artiklering af kroppen i borgerrettet sundhedsfremme.
- Brigitte Dragsted, Mette Marie Kristensen, Sofie Nielsen, Tjanna Liv Pauli, Anja Steinmejer og Bjarke Oxlund
- 92 Bevægelse som universalløsning**
- Astrid Pernille Jespersen
- 119 Kroppe i laboratoriet**
– Individuelle kroppe, forsøgskroppe og samfundskroppe i kliniske forsøg med overvægt
- Kristofer Hansson
- 142 The configured body: the relationship between human and animal and how it is (re)configured in modern biotechnology**
- Klaus Høyer og Maria Olejaz
- 157 Kroppens politiske økonomi**
Om grænsedragningen mellem person, krop og vare i medicinske udvekslingsystemer
- 178 Anmeldelser**
- 187 Vejledning til forfattere**

KROBJEKT

Temanummer af Kulturstudier om krop, sundhed og sygdom



Indledning

Humanistisk sundhedsforskning er et felt i stadig vækst, ikke mindst fordi krop, sundhed og sygdom har stor bevågenhed i disse år som væsentlige samfundsmæssige fænomener – både som udfordringer og muligheder. Humanistisk sundhedsforskning indtager en væsentlig plads som forskningsfelt i disse diskussioner, fordi den menneskelige biologi, krop og sundhedstilstand ikke kan forstås og håndteres uden inddragelse af de kulturelle sammenhænge, som omgiver kroppe og opfattelser af dem. Når kroppen giver sig til kende og kræver opmærksomhed med fx smerte eller ubehag, vil en kulturelt betinget forståelse af krop og sundhed afgøre de fortolkninger og handlinger, som følger efter. Mennesket er et historisk og kulturelt såvel som et biologisk væsen, når det går til lægen, og når det gennem forskellige teknikker enten vedligeholder eller forbedrer sin krop for at forblive sund, forebygge sygdomme eller håndtere en allerede opstået sygdom.

Den kulturelle sammenhæng har ikke blot betydning i forbindelse med sygdom, men også i grundlæggende opfattelser af kropslig praksis i alle afskygninger. Humanistisk sundhedsforskning beskæftiger sig med alle aspekter af sundhed og sygdom, der tager udgangspunkt i kroppen; dens praksis og position. Kroppe handler ikke bare af sig selv, men handler og handles af andre kroppe og ting i kraft af omtale, rumlig situering og kulturel kontekst. Sygdoms- og sundhedsopfattelser udfolder sig i sproget og er derfor ikke ”noget, der eksisterer på forhånd som en naturgiven essens, men derimod (som) en foranderlig konstruktion, der er forankret i såvel medicinsk viden, teknologier og praksis som i kulturelle forestillinger, politiske strømninger, sociale forhold samt i forskellige aktørers handlinger.”¹ Det kulturelt specifikke bliver imidlertid særligt tydeligt, når det

1 Otto 2009, s. 32.

drejer sig om sundhed og sygdom, og det er vigtigt at forsøge at begribe de kulturelle mekanismer, som ligger til grund for forskellige kropslige praksisser, ikke mindst inden for sygdoms- og sundhedsfeltet. I dette temanummer kredser de fleste af artiklerne da også om forskellige praksisser og teknikker, som etableres og iværksættes enten som forebyggende eller behandlende.

En dominerende, vestlig forståelse af krop, sundhed og sygdom baserer sig historisk på den kartesianske dualisme mellem krop og sind, som har præget udviklingen af den moderne medicin, eller det, der i mange af artiklerne i dette nummer med inspiration fra især den franske filosof Michel Foucault benævnes "biomedikalisering" eller "det medicinske blik".² Med det formål at bekæmpe sygdom og fremme sundhed har medicinen haft brug for at studere krop og kropsdele som objekter for manipulation, forbedring og behandling, og dermed er der foregået en objektivisering af kroppen som genstand for dette medicinske blik. Medicinen har haft held med bekæmpelse af mange sygdomme, og man kan sige, at denne øvelse repræsenterede en overskridelse af de hidtidigt opfattede grænser mellem naturens (eller Guds) og menneskets magt over krop, sundhed og sygdom.

Humanistisk sundhedsforskning arbejder i forlængelse af denne tilgang, hvor hidtil etablerede grænser mellem fænomener, som kan skønnes at være af ontologisk karakter, blev og bliver udfordret. Det sker i form af studier af, hvordan det dualistiske og objektiviserende medicinske blik bidrager til særlige forståelser af krop, sundhed og sygdom, ikke bare inden for den medicinske fagdisciplin, men i almen sprogbrug og praksis. Forståelsen af den menneskelige norm for sundhed er blevet udarbejdet i kraft af studier af syge, døde og deforme kroppe, så opfattelsen af den sunde, normale menneskekrop formes i sygdommens modbillede.³ Men hvor let er det at udpege og opretholde skarpe afgrænsninger mellem sygt og sundt – eller normalt/unormalt? I hvor høj grad afhænger en sådan markering mellem entiteter af en objektivisering af kroppe som noget, der artikuleres i særlige sproggenrer og praksisser, fx ved hjælp af målinger og talbaserede parametre? – Eller ved opsplitning af kropsdele, fx i organer, celler eller andre dele, som kan fjernes og flyttes fra én krop til en anden – eller til en helt anden sammenhæng og derved gøres til genstande for salg, transformation og måske markedsføring. Det er denne form for objektiviserende perspektiv på kroppe, der har inspireret til temanummerets titel: *KrObjekt*.

Mange af artiklerne i dette temanummer henter teoretisk inspiration fra perspektiver som STS (Science Technology Studies), ANT (Actor Network Theory), medicinsk antropologi og sociologi samt nyere kønsteori; teorier, der forsøger at udfordre dualismer og skarpe differentieringer mellem fx objekt/subjekt eller krop/sind og ikke mindst mellem kroppe som fast afgrænsede helheder. Der stil-

2 Foucault 2001.

3 Canguilhem 2008; Om Quetelet i Kirk 1995.

les således spørgsmålstejn ved vore hidtidige opfattelser af kroppe som entydige objekter; både fordi menneskelige kropsdele som celler, knogler, organer og andet kan opdeles, opsplittes og indgå i varierede netværk og overskridelsesøvelser; i nye konstellationer (konfigurationer) med andre kroppe, fx. som transplantater, men også i konstellationer med instrumenter, laboratorier eller dyr, ligesom non-humane komponenter som kunstige hofter eller medicin kan indgå i nye konfigurationer med menneskekroppe – eller dele deraf.

Sådanne konfigureringer og rekonfigureringer udfordrer ikke alene opfattelsen af krObjekter som entydige entiteter, men bidrager også selv til fornyet objektivisering og materialisering af nye kropsformer eller kroppe, hvis egenskaber og karakteristika udfordrer opfattelser af, hvad "normale" kroppe er, eller hvordan "normalt syge" kroppe ser ud eller kan måles.

De to første artikler i tidsskriftet handler således om kronikere, hvor fænomener som synlighed og måling udgør vigtige grundlag for, hvordan disse patienters lidelser bliver opfattet og behandlet. I den første af disse artikler, "En KrObjektiv lidelse? Forståelse og behandling af kroniske, diffuse smertelidelser med Fibromyalgi" som eksempel drejer det sig navnlig om den første patientkategori af smertepatienter med såkaldt diffuse lidelser. Patienter med den specifikke smertelidelse fibromyalgi er afhængige af en særlig grad af objektivisering, som knytter sig til synlig kropslig performance, der kan forstås og måles som sygdom. Artiklen diskuterer det behandlingsfelt, som er til rådighed for patienter med særlige smertelidelser, der vanskeligt kan måles eller dokumenteres, endsige behandles. Det vises i artiklen, hvordan disse patienter netop derfor bevæger sig i et overskridende eller måske nærmere, udflydende, felt mellem objektive og subjektive kriterier for sygdomsadfærd og -dokumentation, hvilket er en stor udfordring i en sundhedsdiskurs, som primært er præget af biomedikalisering og dermed objektivisering. Artiklen fokuserer navnlig på de behandlingsmuligheder og -forståelser, som smertepatienter med fx fibromyalgi møder, og på hvordan de ofte flakker hjemløst rundt i et lægevidenskabeligt behandlingsfelt, der er domineret af organrelaterede diagnoser, hvor disse patienter med deres diffuse lidelser synes at falde ned i mellemrummene mellem anerkendte diagnoser, og hvor kampen for en diagnose eller for accepten af usynlige, diffuse lidelser fylder næsten ligeså meget som lidelserne selv.

Det, som for den ene gruppe patienter kan opfattes som et problem, nemlig den manglende mulighed for at måle og dokumentere smerte og dermed sygdom, kan omvendt for andre patientgrupper være en daglig udfordring, når målingen skal udføres konstant og følges som regulerende praksis for at kontrollere sygdom. Den anden gruppe af kronikere, som beskrives i artikel nummer to, "Insulin som trickster: Grænsearbejde i hverdagen med type 2 diabetes", er diabetikere og deres hverdagspraksis med at håndtere sygdom og medicinbehandling, som forandrer og disciplinerer både krop og hverdag. Også her dominerer en

biomedicinsk praksis og forståelse, hvor udgangspunktet, ikke alene for at stille diagnosen, men også for den daglige sygdomshåndtering, afkræver måling, kontrol og styring af kroppen. Ligesom for de andre kronikere, smertepatienterne, er synlighed en vigtig medspiller, her i form af bestandig måling og forklaring af indre, usynlige faktorer som insulin, glukagon og blodsukker, og disse målinger betyder, at patienten lærer at objektivere sin egen krop ved hjælp af den daglige sundhedsregulering. Insulinbehandlingen betragtes som en trickster;⁴ en figur, der overskrider normalt etablerede grænser af både social og fysiologisk karakter.

Insulin er et kunstigt fremstillet produkt, der som udefrakommende objekt griber ind i patientens krop. Det skal regulere sygdommen, men er samtidig med til at regulere patientens krop og hverdag. Desuden indgår insulin som trickster i et indviklet kompleks af synlighed og usynlighed: På den ene side er indføringen med en nål en meget synlig handling på kroppens ydre overflade, der griber ind i kroppens indre, altså en overskridelse af grænser mellem synligt og usynligt, indre og ydre. Samtidig vises det, hvordan patienter i patientuddannelsesforløb lærer at skjule selve indsprøjtningen; en form for tabuisering af den synlige behandlingspraksis.

Diabetespatienter skal ikke alene styre deres medicinindtag og de situationer, dette foregår i, men naturligvis også deres daglige indtag af føde skal måles og kontrolleres minutiøst. Netop diæt og kostregulering som forebyggende teknikker er i fokus i den tredje artikel, "Mænd og mad. Artikulering af kroppen i borgerrettet sundhedsfremme". I artiklen følges en gruppe mænd, der af forskellige årsager har meldt sig til et kommunalt organiseret livsstilskursus. Mændene kommer på kurset af interesse, eller fordi de i forbindelse med sygdom er blevet 'tvunget' til at lægge deres livsstil, særligt kostvanerne, om. På kurset bliver kroppen objektivert som den primære genstand, der gennem manipulation af forskellig art skal forbedres. En forbedringspraksis, som ikke blot skal kunne foregå i kursusregi, men også kunne implementeres i kursisternes hverdagspraksis. Denne genstandsgørelse af kroppen og implementering af en ny livsstil kan imidlertid kun ske, hvis der samtidig appelleres til kursisterne som sundhedssubjekter, dvs. som mennesker, der ønsker at agere efter et sundhedsrationale. Objektivering og subjektivering går således hånd i hånd, og denne dynamik ses i artiklen som forudsætning for, at mændene rent faktisk kan opnå det, de ville med kurset. Objektivering og disciplinering af kroppen er således nødvendige processer for øget velvære som subjekt.

Objektivering og disciplinering af kroppen er imidlertid ikke uproblematisk og uden konsekvenser, som kan være direkte ubehagelige. Kursisternes deltagelse i livsstilskurset sker ikke uden kampe og nederlag. Det ihærdige fokus, der i disse år er på kroppen, som 'sundhedsorganet' per se er ligeledes omdrejningspunk-

4 Haraway 1992.

tet for den fjerde artikel i nummeret, hvor arbejdsmiljøprojektet 'Krop & Kontor' underkastes en antropologisk analyse, "Bevægelse som universalløsning. En antropologisk analyse af arbejdsmiljøprojektet Krop & Kontor". Projektet er del af et større statsfinansieret sundhedsfremme projekt kaldet "Sund Arbejdsplads", som fokuserer på at bringe bevægelse ind i ellers stillesiddende arbejde. Artiklen fokuserer på implementering af "Krop & Kontor" på Rigshospitalets udviklingsafdeling. Medarbejdere, der blev kategoriseret som overvægtige, blev udsat for en kropslig objektivering, som førte til dannelsen af en 'sorggruppe'. Sorggruppen ændrede senere navn til 'Entusiastgruppen' efter en proces, hvor medlemmerne i gruppen plukkede de elementer fra projektets bevægelsesbudskab ud, som de havde lyst til at arbejde videre med. Etableringen af de forskellige grupper viser, hvorledes objektivering og kategorisering af kroppen som inaktiv og overvægtig kan få praktiske, sociale og moralske implikationer. Samtidig viser artiklen også, at mennesker ikke blot er passive i objektgørelsen, men at de aktivt kan bruge denne proces til at danne nye sociale fællesskaber.

"Krop & Kontor"-projektet baserer sig på et bevægelsesimperativ, hvor bevægelse bliver en universalløsning. Den inaktive krop opfattes som problematisk og ses som potentielt truet af en lang række helbredsproblemer og sygdomme. Implementering af fysisk aktivitet som del af en hverdagspraksis står derfor højt på sundhedsfremme-dagsordenen, og 30 minutters fysisk aktivitet om dagen er den aktuelle anbefaling fra sundhedsmyndighederne. Bag denne generelle anbefaling og de mange andre sundhedskampagner, der i lind strøm flyder fra sundhedsmyndigheder ud til befolkningen, ligger et omfattende videnskabeligt arbejde. – Hvordan indvirker fysisk aktivitet på kroppens sundhedstilstand som helhed samt på en lang række forskellige kropslige/medicinske parametre? Hvor meget bevægelse og hvilken?

Dette er spørgsmål, som mange forskningsprojekter kredser om og søger de bedste svar på, og som studeres og efterprøves i kliniske forsøg. I temanummers femte artikel, "Kroppe i laboratoriet – Individuelle kroppe, forsøgskroppe og samfundskroppe i kliniske forsøg med overvægt", er det netop et sådant klinisk forsøg med fysisk aktivitet og overvægt, der følges. Forsøget tager udgangspunkt i de aktuelle anbefalinger og undersøger, hvor holdbare de er, dvs. om man får den biomedicinske sundhedseffekt, man ønsker, eller om anbefalingerne skal ændres. Udover de biomedicinske delprojekter var der desuden et etnologisk projekt med i forsøget, hvor fokus var på forsøgsdeltagernes motivation for at deltage, deres forventninger og erfaringer med forsøget, samt deres hverdagspraksis før, under og efter. I artiklen fokuseres der således på de forskellige versioner af kroppe, der indgik i det kliniske forsøg. På den ene side tager forsøget udgangspunkt i en forestilling om den overvægtige, inaktive krop som et generelt samfundsproblem (samfundskroppen). På den anden side kan forsøget ikke håndtere en 'samfundskrop', men må selekttere og manipulere forsøgspersonernes kroppe, så de kan fun-

gere som medicinske objekter (forsøgskroppen). Men forsøget kan ikke fastholde forsøgspersonernes kroppe som medicinske objekter, uden også at håndtere kroppe som del af en person og et hverdagsliv (den individuelle, personlige krop). Ydermere kan de videnskabelige kendsgerninger skabt gennem målinger og manipulation af forsøgskroppene ikke få effekt i en befolkning (samfundskroppen) uden en viden om menneskers hverdagslige kropslige praksisser.

Laboratoriemanipulationer og -interventioner rummer også et emne som transplantationer, som de sidste to artikler i temanummeret handler om. Den første artikel beskriver xenotransplantation; brugen af dyr og deres organer til transplantation i mennesker; "The reconfigured body. Human-animal relations in xenotransplantation". Indtil for få år siden var dette et lovende forskningsfelt, som imidlertid blev stoppet efter de store vira, der har truet mennesker i form af epidemier, og som mentes at stamme fra dyr, fx kogalskab, fugleinfluenza og svineinfluenza. Med udgangspunkt i svenske eksperimenter med xenotransplantation viser artiklen, hvordan dette felt har været præget af forskellige holdninger til sammenblandingen af dyre- og menneskekroppe. Dette er en anden form for overskridelser mellem forskellige typer af kroppe, der ellers opfattes som skarpt afgrænsede og forskellige. I xenotransplantations-forskningens barndom udgjorde denne grænseoverskridende handling en fysisk forhindring for overlevelse, som forskerne efterhånden lærte at undgå. Da det begyndte at lykkes, blev der imidlertid opstillet et hierarki over dyrekroppe, der betragtedes som mere eller mindre menneskelignende.

I begyndelsen brugte man primater (aber) som forsøgsdyr og organdonorer. Men på et tidspunkt blev denne organbrug betragtet som moralsk forkastelig netop på grund af abernes lighed med mennesker, og grisekroppe erstattede aber som hensigtsmæssigt og ikke moralsk forkasteligt organmateriale. Samtidig muliggjorde den teknologiske udvikling, at grisekroppe kunne anvendes som genetisk materiale til behandling af menneskekroppes sygdomme. Her var det nødvendigt at anvende en argumentation, som skabte en kongruens mellem grisens og menneskets genetiske materiale; altså en returnering til lighedspunkter mellem forskellige typer af kroppe; det selvsamme argument, som begrundede udgrænsningen af primaterne som organdonorer pga deres lighed med mennesker. Havde det ikke været for de store epidemiske sygdomme som nævnt, var der måske arbejdet videre med udviklingen af overskridelser mellem dyre- og menneskekroppe i helbredsøjemed.

I forbindelse med knogletransplantation fra menneske til menneske foregår også flere former for overskridelser mellem kroppe, som kan udfordre etablerede opfattelser af etisk og fysiologisk art. Forfatterne i artiklen om kroppens politiske økonomi, "Kroppens politiske økonomi. Om grænsedragningen mellem person, krop og vare i medicinske udvekslingssystemer" beskriver forskellige praksisser og holdninger til fjernelse, ombytning og salg af knoglemateriale fra både levende

og døde mennesker. Der skal dog gives samtykke for udveksling af humanbiologisk materiale af denne art, hvilket skaber forestillingen om et aktivt subjekt, der har ejerskab over kroppen, hvorved denne fremstår som objekt for subjektet. Et andet objekt, som udveksles mellem kroppe, kan være metalproteser som kunstige hofter. De repræsenterer et eksempel på, hvordan ikke-biologisk materiale som metalproteser i døde kroppe kan blive genstand for udsørgning, køb og salg, mens udveksling eller salg af andre kropsdele kan være behæftet med store etiske spørgsmål. Denne markedsføring forudsætter en klar skelnen mellem krop-som-subjekt og krop-som-objekt, men udfordres bestandigt af hybrider, fx må værdigenstande som smykker eller sølv og guld i tænderne ikke fjernes fra døde kroppe, men gerne metalproteser, men disse må ikke sælges i kommercielt øjemed. Så mens protesedelene betragtes som humanlignende i et omfang, så de ikke må sælges, er de dog ikke tilstrækkeligt humanlignende til at komme med i den dødes grav eller aske. Som en del af det medico-industrielle felt repræsenterer både knogletransplantation og xenotransplantation store markedsinteresser med produktion og salg af kropsdele for øje.

Temanummeret er redigeret af: Anne Leonora Blaakilde, Astrid Pernille Jespersen, Søren Bitsch Christensen, Aske Juul Lassen og Maja Schøler.

Litteratur

- Canguilhem, Georges 2008/1965: *Knowledge of life*. Fordham University Press.
- Foucault, Michel 2001: *Klinikkens fødsel*. Hans Reitzels Forlag.
- Haraway, Donna 1992: "The Promises of Monsters: A Regenerative Politics for Inappropriate/d Others". Lawrence Grossberg, Cary Nelson & Paula A. Treichler (eds.): *Cultural Studies*, Routledge, s. 295-337.
- Kirk, Henning 1995: *Da alderen blev en diagnose. Konstruktionen af kategorien "alderdom" i 1800-tallets lægelitteratur. En medicinsk-idehistorisk analyse*. Munksgaard.
- Otto, Lene 2009: "Sundhed i praksis". Stinne Glasdam (red.): *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. NNF, Danmark, s. 31-53 (kapitel 1).

Rie Lykke Danielsen og Anne Leonora Blaakilde

Rie Lykke Danielsen er cand. mag. i etnologi og ansat som konsulent i en privat virksomhed, der laver kvalitativ markedsanalyse bl.a. inden for det medicinske område. Anne Leonora Blaakilde er cand.mag. og ph.d. i folkloristik, retorik og etnologi og har arbejdet med humanistisk sundhedsforskning i mange år, bl.a. med bogudgivelserne *Den Store Fortælling om Alderdommen* (1999), og *Når pensionister flytter hjemmefra* (red. 2007).

EN KROBJEKTIV LIDELSE?

Forståelse og behandling af kroniske, diffuse smertelidelser med fibromyalgi som eksempel

Artiklen drejer sig om lidelsesfeltet kroniske diffuse smerter, her eksemplificeret med fibromyalgi, hvor patienter ofte bliver hjemløse i et medicinsk og objektiverende behandlingssystem, hvis specialer (ideelt set) gensidigt udelukker hinanden, og hvor fraværet af en diagnose derfor udgør et fundamentalt problem. I behandlingsfeltet findes dog også en bio-psyko-social tilgang, og disse to forskellige behandlingsregimer benævnes hhv. som en kRObjektiv tilgang og en holistisk subjekt-tilgang.

Artiklen beskriver gennem empiriske eksempler fra både behandleres og patienters fortællinger, hvordan aktørerne navigerer mellem de to behandlingsregimer, som patienterne nødvendigvis må tilpasse sig i ønsket om accept og hjælp fra begge sider. Forfatterne diskuterer endvidere, i hvor høj grad de to behandlingsregimer udgør en egentlig modsætning. Interview og deltagerobservation som grundlag for artiklen er udført blandt behandlere og patienter i 2010 i Danmark.



Indledning: Kroniske diffuse smerter som problem i smertebehandlingsområdet

Begrebet 'kroniske diffuse smerter' er ikke veldefineret forstået på den måde, at det i lægefaglig sammenhæng bruges om et bestemt afgrænset og velbeskrevet fænomen, men er snarere en forholdsvis neutral betegnelse for et pro-

blem, der beskrives og forstås på vidt forskellige måder.¹ Der er således stor forskel på, hvordan patienter bliver mødt af behandlere med faglige forskelle og de forskellige behandlingsmæssige idealer og opfattelser af smertens væsen, som disse behandlere repræsenterer.²

På baggrund af feltstudier i behandlerverdenen og blandt en gruppe patienter med sygdommen fibromyalgi vil vi i denne artikel diskutere forskellene mellem de forskellige behandlingspraksisser og den betydning, disse kan have for patienternes udredning, behandling og opfattelser af deres lidelse.

Patienter med kroniske diffuse smerter udfordrer smertebehandlingsområdet, fordi patienternes smerter for det første typisk er medicinsk *uforklarlige*, idet de er meget vanskelige at bestemme både ætiologisk (sygdommes oprindelse og årsag) og patogenetisk (baggrunde for sygdommes udvikling). Derudover er de ofte *vekslende* i karakter. Mange patienter oplever således, at smerterne forandrer sig, både hvad styrke og lokalitet angår. Endelig er smerterne ofte *skjulte* for patientens omverden, dels fordi der sjældent kan findes en fysisk legemsbeskadigelse eller defekt, der ligger til grund for dem, og dels fordi de kroniske smerter ofte har et anderledes og mere afdæmpet udtryk end de akutte.³ Det gør dem svære at observere og identificere.⁴ På denne baggrund er det vanskeligt både at udrede og behandle de kroniske, diffuse smertepatienter, hvilket ofte udmønter sig i utilfredsstillende behandlingsforløb præget af kompromisser og beskedne mål.⁵

I behandlingsområdet peger mange samtidig på, at både sundheds- og socialsystemet generelt er dårligt i stand til at håndtere denne patientgruppe, fordi smerternes diffuse karakter ikke kan passes ind i den logik, patienterne skal integreres i. Fx udtaler en sygeplejerske under et interview:

”Det, der tit og ofte er problemet med de her patienter, det er, at de ikke kan få en diagnose, og hvis man ikke kan få det, så er man ikke rigtig noget i systemet. () Det betyder ofte, at når folk kommer her, så har de været igennem hele systemet; udredt og opereret 120 gange, undersøgt på kryds og tværs og nærmest elektriske af røntgen. De har været igennem så meget for dog for pokker at finde ud af, hvad der er galt, men de har ikke rigtig fået nogen afklaring. Så tit og ofte er det en stigmatiseret gruppe, der ikke har været troet på igennem

1 Fx 'funktionelle lidelser', 'skjulte lidelser', '(psyko-)somatisering', '(hyper-)sensibilisering af nerverne' og 'bodily distress syndrome'.

2 Behandlerne tæller fx praktiserende læger, sygeplejersker, speciallæger med speciale i så forskellige ting som onkologi (cancer), anæstesiologi (bedøvelse) og psykiatri mv. samt fysioterapeuter, zoneterapeuter og akupunktører, alle behandlingstyper, som er godkendte og støttes af sygesikringen.

3 Akutte smerter forstås typisk som nogle, der opstår som følge af legemsbeskadigelse, og som relativt nemt kan udredes og behandles (jf. fx http://www.netpatient.dk/smerter_akut_hvad-er.htm). Akutte smerter er samtidig nogle, de fleste mennesker har erfaringer med, og de har derfor et mere genkendeligt udtryk.

4 Frølich 2009, s. 18.

5 Mik-Meyer og Johansen 2009.

*systemet: De 'fejler ikke rigtig noget', de 'gider ikke rigtig lave noget', og 'det sidder nok mellem ørene', men de er frygtelig syge.'*⁶

Smertepatienterne sendes altså ofte rundt mellem forskellige specialer, fordi de ikke har en diagnose, der kan placere dem i systemet og anvise en behandling. I denne proces præsenteres patienterne endvidere for en lang række forskellige forklaringer på deres lidelse, og dette opleves af mange behandlere som et tilbagevendende dilemma i deres arbejde. En yngre læge udtaler i relation til dette:

*"Man kommer tit til at overbehandle eller -udrede de svære patienter, fordi man er nervøs for at overse noget – men også fordi det forventes, at man finder noget, når det nu bliver ved med at gøre ondt. Det er en ulykkelig situation, fordi kroniske diffuse smertepatienters komplicerede situation kun gøres mere uoverskuelig, når de får en masse irrelevant information – fx fra scanninger, der viser slidgigt, som man alligevel ville forvente i en høj alder, og som formentlig ikke knytter sig til smerterne."*⁷

Disse citater illustrerer, hvordan patienter med kroniske diffuse smerter kan blive hjemløse i et system, der er bygget op af gensidigt udelukkende og afgrænsende specialer, hvor fraværet af et tilhørsforhold i form af en diagnose derfor udgør et fundamentalt problem. Behandlernes udsagn afslører samtidig en udbredt mistænkeliggørelse af patienter, som fremkommer, når de mange udredninger ikke kaster nogen brugbare objektive fund eller forklaringer af sig. Denne problemstilling har rod i en grundlæggende dualistisk opfattelse af krop og smerte, hvis konsekvens bl.a. er, at smerter, der ikke kan forklares med en fysiologisk årsag, bestemmes som værende psykisk betingede. De fysiologisk betingede smerter menes, i modsætning til de psykologiske, at have en objektiv basis, og derfor anskues de førstnævnte ofte som mere troværdige og håndterbare. Smertebehandlingsfeltet rummer dog også en anden opfattelse af smerte og behandling end denne, nemlig det bio-psyko-sociale felt, hvor andre og flere faktorer end de fysiologiske knyttes til smertelidelserne.

Denne artikel baserer sig på et etnografisk feltarbejde blandt patienter med diagnosen fibromyalgi samt en række smertebehandlere. To kurser med hver otte patienter med fibromyalgi er i 2010 fulgt på Frederiksberg Hospital, og otte personer med lidelsen er siden interviewet en til to gange ved anvendelsen af semistrukturerede, livshistorie-baserede spørgeguides. De interviewede i alderen 35-68 år stammer fra hhv. Danmark, Færøerne og Libanon, mens nogle af kursusdeltagerne desuden kom fra Cuba og USA. Alle interviewede fibromyalgipatienten-

6 Interview med Birgitte, sygeplejerske på et tværfagligt smertecenter.

7 Interview med Anders, yngre læge i en praksis.

ter var bosiddende på Sjælland og fordelte sig erhvervsmæssigt hovedsageligt som ufaglærte eller kortuddannede inden for serviceområder, enkelte dog med en mellemlang uddannelse.

På behandlesiden er foretaget otte interviews blandt yngre læger, praktiserende læger, speciallæger, sygeplejersker og psykiatere i Danmark. Disse behandlere står i meget forskellige praktiske virkeligheder, dels pga. forskellige patientpopulationer og -pres, dels pga. forskellige fagligheder og tilgange. Der er desuden både stor aldersmæssig og geografisk spredning blandt dem. Fælles for dem er, at de alle er i berøring med de kroniske diffuse smertepatienter og har oplevet de vanskeligheder, der knytter sig til behandlingen af disse.⁸

Feltarbejdet er udskrevet og analyseret ved hjælp af sprogteoretiske perspektiver som metafor-teori,⁹ hvor sproglige figurer aflæses som udtryk for grundlæggende kulturelle værdier. Teoretisk hentes overvejende inspiration fra den franske filosof Michel Foucaults tanker om diskurser og selvteknologi.¹⁰ Diskurs forstås som måder, hvorpå fænomener gives opmærksomhed og tilskrives betydning, og overført til behandlingssystemers grundlæggende diskurser relateret til krop og sundhed taler vi om *behandlingsregimer*. Selvteknologi refererer til menneskers incitament til at kontrollere kroppens udtryk og handle efter vedtagne praksisser, så den følger gældende krav i en given kontekst, fx i et sundhedsregime. Selvteknologi kan således forstås som *styring til selvstyring*.

Det medicinske KrObjekt – et instrumentelt behandlingsregime

Et givent behandlingssystem kan betragtes som et kulturelt system med særlige værdier, der knytter sig til den pågældende kulturs sociale realitet og vilkår for personlige erfaringer,¹¹ ligesom forskellige opfattelser af sundhedsbegrebet kan give anledning til uenigheder og modsætninger, fx mellem professionelle, politikere og forskellige grupper i befolkningen.¹² Udgangspunktet for det biomedicinske behandlingssystem er, at alle symptomer kan klassificeres, diagnosticeres og placeres inden for bestemte specialer, og idealet i behandlingen er derfor at handle ud fra et objektivt afgrænset smerteobjekt. Systemet bygger på en forestilling

8 Den ene halvdel af feltarbejdet er udført af Rie Lykke Danielsen, som har fokuseret på behandlesiden i sit speciale: *Ondt i kroppen eller ondt i livet? – Forståelse og behandling af kroniske, diffuse smerter i Danmark*. (Danielsen 2011). Den anden halvdel af feltarbejdet er udført af Anne Leonora Blaakilde, som i forbindelse med et igangværende post.doc.-projekt fokuserer på patienter med fibromyalgi i sit feltarbejde. Vi vil gerne takke for samarbejdet med personalet på Frederiksberg Hospitals reumatologiske afdeling, som imødekomme delte deres viden og hverdag med ALB og lod hende deltage på to patientkurser, og tak til de otte personer med sygdommen og de otte behandlere, som villigt lod sig interviewe.

9 Lakoff & Johnson 1980.

10 Foucault 1988, 2001; Vallgård 2004; Otto 2009.

11 Kleinman 1978.

12 Jensen 1994.

om, at der kan identificeres objektive parametre i kroppen, som peger i retning af bestemte medicinske handlinger. Den dominerende orden indebærer dermed en grundantagelse om eksistensen af en objektiveret medicinsk krop, et fænomen, som historiseres af Michel Foucault og udfoldes som en diskurs, der er opstået med introduktionen af nye medicinske metoder og instrumenter i 1800-tallets Paris. Især obduktionen af den døde krop ledte således til idéen om sygdomme som entiteter, der eksisterede – og derfor også kunne lokaliseres – i den biologiske krop. Kroppen kunne nu studeres og kategoriseres i forhold til specifikke lidelser, der placerede sig inden for forskellige kropslige domæner og medicinske specialer.¹³ Ifølge den franske læge og filosof Georges Canguilhem har også Pasteurs bakterieteori bidraget til en visuelt baseret, objektiverende forestilling om kroppens sygdomme, som Canguilhem kalder "an ontological representation of sickness".¹⁴

Dette distancerede, objektive blik på krop og sygdom kan siges at have skabt en diskurs, hvor den beskuede genstand ses som et "medicinsk krObjekt", og med dette blik fik lægen en privilegeret position, der betød, at patientens subjektive lidelsesfortælling blev udgrænset til fordel for den objektive, professionelle undersøgelse.¹⁵ Lægerne formåede ligeledes at skabe en stærk, ethospræget professionsfortælling om deres egen ekspertise, der udelukkede andre diskurser omkring sygdom og sundhed end den medicinske.¹⁶ Vi vælger at benævne denne tilgang *det instrumentelle behandlingsregime*.

Dette dominerende regime udfordres imidlertid af patienter med kroniske diffuse smerter. Idealet for behandlere med en instrumentel tilgang er at identificere entydige objektive parametre, som peger i retning af bestemte medicinske handlinger. Dette er udtryk for en bestemt handlingsstrategi, der bygger på forestillingen om krObjektet. Denne medfører en endimensionel smertetænkning, der primært fokuserer på de biologiske/fysiologiske aspekter af smerten og på viden om smerternes *type* og *årsag*. Derfor er det også overvejende disse parametre, denne type behandlere eftersøger – men altså ikke finder hos smertepatienterne. Samlet set betyder dette, at behandlere inden for det instrumentelle regime er relativt dårlige til at behandle patienter med kroniske diffuse smerter, og konsekvensen er paradoksalt nok, at behandlingen ofte kommer til at basere sig på en kombination af intuition og erfaring i stedet for de objektive behandlingskriterier, som ellers er idealet. Behandlingsforløbene er således ofte præget af kompromisser og diffuse mål, fordi de parametre, der skulle give behandlingen retning, er fraværende.

Patientens subjektive fortælling må derfor også i et vist omfang genindsættes som udgangspunkt for behandlingen, og dette griber ind i behandlerens privile-

13 Foucault 2001.

14 Canguilhem 1991, s. 40, jf. Nettleton et al. 2004, s. 48.

15 Foucault 2001.

16 Rørbye 2002.

gerede position som KrObjekt-ekspert. Patientens rolle i udredning og behandling er derfor også udgangspunkt for en central diskussion i feltet. Behandlere inden for det instrumentelle behandlingsregime finder patientens øgede indflydelse særdeles problematisk og stiller spørgsmålstegn ved, hvor megen indsigt patienterne har i egen lidelse. En praktiserende læge fra denne undersøgelse, Peter, fortæller fx, hvordan patienterne ofte beskriver deres smerter som værst tænkelige på trods af, at han ved at observere dem kan afgøre, at det slet ikke er så galt fat. Hans holdning er, at patienterne kun kan tage udgangspunkt i deres egen krop og erfaring, og at de derfor ikke har de samme forudsætninger som ham for at vurdere smerternes alvor og intensitet.

Ekspertens observation, komparation og vidensgrundlag bliver altså vigtige redskaber til at justere patienternes fortællinger, så de får en mere realistisk eller objektiv karakter. Et andet eksempel kommer fra et interview med en yngre læge, der udtaler: "De [patienterne] ved ofte meget uden selv at vide det, og meget af konsultationen går tit med at prøve at få den viden frem eller at skabe sammenhæng i det, de siger." (Jonas, yngre læge i en praksis).

Ifølge lægen Jonas kan man altså ikke betragte patienterne som nogle, der har privilegeret viden om deres krop, men de har ofte en uerkendt viden, som behandleren skal forsøge at få adgang til og tolke gennem samtalen. Det, patienterne umiddelbart præsenterer i konsultationen, er altså ikke (hele) sandheden – ikke nødvendigvis fordi de skjuler eller manipulerer den, men fordi de ikke selv har direkte adgang til den. I de to eksempler ovenfor videreføres forestillingen om krObjektet.

Den kroniske diffuse smerte beskrives typisk som en dybt personlig og sanselig oplevelse, der er både svær at begribe og videreformidle til behandleren for patienten, og selv om behandlerne er givet kommunikative redskaber (fx undervisning i brug af samtaleteknikker, smerteskalaer og andre modeller), der i nogen udstrækning kan imødekomme dette problem, føler mange behandlere sig rådvilde, når der ikke er nogen objektive fund i kroppen, der kan supplere eller korrigere patientens smertefortælling.

Det, at patientens krop inden for det instrumentelle behandlingsregime betragtes som et objekt, udelukker ikke en opfattelse af personen som et agerende subjekt. Problemet er blot, at dette subjekt netop menes at have en subjektiv, i betydningen ikke-troværdig, opfattelse af symptomerne i modsætning til lægens professionelle, objektive tilgang. Den interviewede yngre læge Anders peger i tråd med dette på, at man som behandler ind imellem kan være i tvivl om, hvorvidt patienten har interesse i helbredelse: "Der kan fra patientens side også være noget at tabe ved at blive rask – fx socialt, psykisk eller økonomisk. Det kan være omsorg eller en form for sygdomsidentitet. Det har man nogle gange mistanke om, men kan ikke få bekræftet."¹⁷

17 Interview med Anders, yngre læge i en praksis.

En sådan skepsispræget diskurs går igen i meget af den biomedicinsk prægede debat om personer med kroniske, diffuse smerter. Den daværende formand for Etisk Råd, Ole Hartling, havde i Kristeligt Dagblad en kronik om "ikke-sygdomme" med overskriften: "Sygdomsmagerne har kronede dage" (Hartling 2007). Heri stod bl.a.: "I vort samfund er der i alt fald én acceptabel måde at krybe uden om sociale forpligtelser på, og det er at være syg. Så slipper man for at gå i skole, at arbejde, at vaske op, at gå til selskaber og så videre" (Ibid).

Her beskrives sygdom altså som undskyldninger for at *krybe uden om og slippe for* diverse forpligtelser, og underforstået henvises til det, som Hartling kalder *ikke-sygdomme*; altså de diffuse, kroniske lidelser, som lægen ikke kan autorisere med en legitim diagnose. Senere skrev den praktiserende læge, Anders Tuxen også om bl.a. fibromyalgi og de mennesker, der både som behandlere og ramte er involveret:

*"Fibromyalgi var pludselig sagen. Et utal af kvinder i 40'erne refererede til en kvindelig overlæge på Frederiksberg. Hun havde beskrevet en lang liste af velkendte symptomer. Havde kvinden syv (tror jeg nok) eller flere, var diagnosen sikker. Der var stor jammer, og ingen behandling virkede rigtigt. Jo, først når kvinden omsider fik invaliderente, gik det over – og næsten lige med det samme."*¹⁸

Også i 2010 diskuteredes førtidspensionens indflydelse på disse patienters udvikling.¹⁹ Denne skepsisprægede (og i ovenstående citat ligeledes kønsmarkerede) diskurs betyder, at patienten mistænkeliggøres - og dermed også problematiseres yderligere som kilde. Diskursen indebærer samtidig en tendens til at gøre patienten ansvarlig for sin sygdom.

Det instrumentelle behandlingsregime rummer en fundamental dualismetænkning, som udspringer af det kartesianske subjekt²⁰ og baserer sig på en adskillelse af krop og sind. Konsekvensen af denne dualisme-tænkning er, at smerter, som ikke umiddelbart kan påvises at være fysiologisk funderede, i stedet vurderes at være psykisk betingede.²¹ Herfra stammer den udbredte opfattelse af fx fibromyalgi som en lidelse, der "sidder mellem ørerne", som udtalt af sygeplejersken Birgitte, ovf. (s. 14).

En anden dualisme, som viser sig i feltet, bygger på en skelnen mellem sygdomsbegreberne 'disease' og 'illness'²². Begrebet disease baserer sig – i forlængelse af den instrumentelle tilgang – på idéen om et krObjekt, mens begrebet illness

18 Tuxen, 2009.

19 Lægeforeningen 2010, s. 1805 og 1816-1817.

20 Bendelow & Williams 1995; Grace 1998.

21 Nettleton et al. 2004.

22 Kleinman 1978; Sullivan 1986.

henviser til et subjekt; dvs. til patientens personligt oplevede lidelse. Dette fører os videre til et andet behandlingsregime, som fokuserer på det smerteplagede subjekt.

Det bio-psyko-sociale subjekt – et holistisk behandlingsregime

Behandlingsområdet for kroniske, diffuse smertelidelser rummer ikke alene tilhængere af den instrumentelle dualisme-tænkning men repræsenteres også af behandlere af forskellig observans og (en kritisk) holdning til det objektivt funderede behandlingsregime. Vi vælger at benævne denne anden tilgang som *det holistiske behandlingsregime*, idet flere parametre end det målbart fysiologiske her søges inddraget i forståelse og behandling af smertelidelser.

Både i interviewene med behandlere og i almen debat på området er det karakteristisk, at behandlere med en holistisk tilgang til smerterne kritiserer deres objektivt orienterede kolleger for at holde fast i en grundlæggende videnskabelig dualisme, der ikke formår at indfange de mange (subjektivt oplevede) komplekse aspekter af kroniske diffuse smerter. Denne kritik stammer bl.a. fra psykiater George L. Engel, som fremførte, at det biomedicinske behandlingssystem manglede et helhedsorienteret syn på det syge menneske som subjekt.²³ Hans forslag om et bio-psyko-socialt behandlingssystem involverer både generelle livsbetingelser, psykologiske faktorer og patientens kontakt med sundhedsvæsenet (Ibid). De mere holistisk orienterede behandlere ser patienter med kroniske, diffuse smerter som bio-psyko-sociale subjekter og mener derfor, at den kartesianske dualisme-tænkning med en adskillelse mellem krop og sind repræsenterer en reduktionistisk og simplificeret smertetænkning, som her, hvor psykiateren Eva siger:

"Lægerne er ofte dualister, så det vil noget. Det betyder, at når de ikke kan finde noget fysisk, så må det være psykisk – og så bliver de ved med at køre på, at der må være noget galt. Der må være nogen traumer, eller du må være udsat for noget; har du ikke været udsat for incest? Det er det der dualistiske synspunkt, der volder os rigtig mange problemer, fordi sådan er virkeligheden ikke. Det er alt for forenklet, og patienterne bliver kede af at blive påduttet, at de lever i et dårligt ægteskab, eller hvad nu lægen kan finde på at sige til dem. Systemet er fuldstændig gennemsyret af denne tankegang."²⁴

For de holistisk orienterede behandlere er adskillelsen mellem begreberne *disease* og *illness* derfor heller ikke meningsfuld. Det bio-psyko-sociale perspektiv

23 Engel 1977.

24 Interview med Eva, psykiater på specialafdeling.

på smertebehandlingen fremstår derimod netop som en samtænkning af de to begreber og hævdes bedre at kunne håndtere komplekse tilfælde som patienter med kroniske diffuse smerter.

Også blandt de holistisk orienterede behandlere beskrives patienternes sygdomsforståelser ofte som forkerte eller urealistiske, men det opfattes sjældent som et problem i forhold til behandlingsstrategien. Psykiateren Eva udtaler fx også:

”Her lægger vi meget vægt på, at de [patienterne] fortæller det, som de forstår det. Mange gange tænker man som læge: ‘Det kan ikke lade sig gøre – sådan er kroppen ikke indrettet’, men det er sådan set lige gyldigt. Det vigtigste er, at vi forstår, hvad de mener, og vi prøver at leve os ind i deres oplevelse af symptomerne. (...) Nogle har en fuldstændig fantastisk [overdreven eller fantasifuld, red.] krops- og sygdomsforståelse, og hvis man kan ændre det, så er meget vundet.”²⁵

Psykiaterens udtalelse er udtryk for en radikalt anderledes tilgang til smertepatienterne, end det ses hos instrumentelt orienterede behandlere. For hende er det afgørende at afdække patientens subjektive forståelse, fordi en sådan forståelse kan give en nøgle til korrekt, subjektivt tilpasset behandling. Patienten anses derfor for at være en helt central kilde til viden i udredning og behandling, og en vigtig del af behandlingen er at ændre patientens oplevelse af sin sygdom, så den bliver mere medtænkende og positivt orienteret, bl.a. med inspiration fra kognitiv psykologi og positiv tænkning.

Det bio-psyko-sociale perspektiv, som behandlere med en holistisk tilgang anlægger, har som mål at identificere potentialer for bedring af patientens samlede fysiske, psykiske og sociale situation gennem patientens egne fortællinger og oplevelser. Det vigtigste i den holistiske behandling er at betragte smerternes betydning for patientens livskvalitet og handle ud fra dette. Hvor behandlere med en instrumentel tilgang opfatter smerterne som et symptom på en underliggende anomali, der skal identificeres, for at bedring kan finde sted, mener holistiske behandlere i højere grad at kunne håndtere smerterne som et selvstændigt fænomen. Dette repræsenterer en flerdimensionel tænkning af smerten, hvor behandlingen ikke i samme udstrækning er afhængig af dokumenterede fund i kroppen. Det betyder samtidig, at patientens subjektive vurdering og perspektiv har langt større betydning i det holistiske behandlingsregime end i det instrumentelle, hvor (behandlerens vurdering af) den objektive smerte anses for at være det vigtigste handlingsgrundlag. En afgørende konsekvens af dette er bl.a., at det psykiske aspekt af smerterne altid adresseres i en holistisk behandling, fordi det vurderes at være vigtigt for patientens livskvalitet og dermed også for behandlingen. Inden

25 Interview med Eva, psykiater.

for det instrumentelle behandlingsregime medregnes derimod sjældent andre faktorer end konkret fysiologiske.²⁶

Instrumentel og holistisk; en ny dualisme?

De to behandlingsregimer repræsenterer således 1) en instrumentel tilgang, hvis udgangspunkt er at behandle et objektivt afgrænset eller defineret smerteobjekt og med forestillingen om en klar adskillelse mellem krop og psyke, og 2) en holistisk tilgang, der i lige så høj grad tager udgangspunkt i smerternes betydning for patienten som deres biologiske, fysiologiske eller psykologiske karakter. For behandlere med en instrumentel tilgang betragtes smerte som et symptom på en fysiologisk og medicinsk problemstilling, og diagnosen er det foretrukne udgangspunkt for enhver behandling. Denne stilles ideelt set med objektive målinger og observationer af bevægelse og opførsel, mens psykologiske og sociale aspekter mest tages i betragtning for at få et klarere billede. Udredningen er overvejende medicinsk og skal afklare patientens symptomatologi. For disse behandlere menes patienten ikke at have nogen særlig sygdomserkendelse eller privilegeret indsigt i egen lidelse, og patienten betragtes følgelig heller ikke som en stor ressource i udredningen. Behandlingen er resultatorienteret og overvejende af medicinsk art, og målet er først og fremmest symptomfrihed eller -lindring. For behandlere med en holistisk tilgang betragtes smerte derimod som et komplekst bio-psyko-socialt fænomen, og smerten selv er ofte det primære fokus i behandlingen og ikke bare et symptom. Her gøres meget ud af at anerkende patientens oplevede smerte, og disse behandlere mener ikke, der findes nogen objektive metoder, der kan give en mere sand indsigt end andre. Udredningen skal afklare, hvordan behandlingen kan tilpasses patientens subjektive behov medicinsk såsom psykologisk og socialt. Da patienten oplever smerten på egen krop, opfattes dialog og inddragelse som vigtige redskaber i udredning og behandling. Behandlingen er ofte et kombineret forløb med fx medicinering, psykoedukation, kognitiv træning, psyko- og fysioterapi og adfærdstræning og er overvejende procesorienteret. Målet er først og fremmest øget livskvalitet og knytter sig til patientens individuelle situation.

De to behandlingsregimer viser sig i felten især ved behandlernes måde at kategorisere patientens smerter. Det instrumentelle regime fokuserer på smerternes årsag som det primære, men også deres *type* og intensitet / styrke søges afklaret. I det holistiske regime kategoriseres smerterne dog også i forhold til deres indflydelse på patientens livskvalitet. Kategorierne er først og fremmest centrale, fordi de fungerer retningsgivende i smertebehandlingen. For behandlere med en instrumentel tilgang synes dette at bygge på en slags 1:1-logik - en naturvidenska-

26 Nettleton et al. 2004.



Fig. 1. De to behandlingsregimer.

belig tilgang, hvor der (ideelt set) eksisterer bestemte løsninger på bestemte problemer. For de holistisk orienterede behandlere udgør fraværet af objektive fund i kroppen ikke det samme problem som hos deres kolleger, og man kan derfor også anskue de to behandlingsregimer som forskellige strategier for handling i et komplekst behandlingsområde. Kategoriseringen af smerterne giver desuden en indikation på smerternes alvor. Smerternes livstruende potentiale hænger ikke nødvendigvis sammen med patientens gener af dem, og selv mindre voldsomme smerter kan af holistiske behandlere således opleves som en alvorlig trussel mod patientens livskvalitet.

Behandlere med en instrumentel tilgang viderefører på mange måder det behandlingsideal, der udspringer af krObjektet som historisk og videnskabelig konstruktion, mens behandlere med en holistisk tilgang forsøger at gå nye veje, hvor de kroniske diffuse smerter bedre kan behandles på andre måder. De to behandlingsregimer udspringer altså i høj grad af en historisk betinget smertetænkning og et aktivt opgør med denne. De to behandlingsregimer kan siges at repræsentere en dualisme i sig selv, men hvis man ser nærmere på argumentationen for de to og analyserer de forskellige udsagn, som fremkommer fra deres repræsentanter, viser det sig, at grænserne i praksis er udflydende og vanskelige at fastholde.

Grænseoverløbere

Med fremkomsten af det biomedicinske krObjekt skete der som nævnt en bevægelse væk fra patientens egen sygdomsbeskrivelse mod en ætiologisk sygdomsbestemmelse, der søger at spore sygdommens oprindelse i kroppen. Denne udvikling medfører imidlertid et problem med kroniske diffuse smerter, som ikke kan "findes", og med diagnoser som fibromyalgi har man derfor delvist søgt tilbage mod subjektiv sygdomsbeskrivelse som diagnosegrundlag. Denne diagnosepraksis kan anskues som en måde, hvorpå man i feltet forsøger at gribe det ellers uhåndgribelige an; man praktiserer med andre ord en form for overskridelse af de etablerede grænser for det instrumentelle behandlingsregime.

Fibromyalgi beskrives på Dansk Fibromyalgi Forenings hjemmeside således:

*"Fibromyalgi er en kronisk sygdom, hvor forstyrrelser i centralnervesystemet medfører, at de ramte lider af udbredte smerter, hurtig udtrætning, kognitive forstyrrelser i form af hukommelses- og koncentrationsproblemer samt en række andre symptomer. Disse nævnes som værende: Udmattelse, søvnforstyrrelser og depression samt tørre slimhinder, irritable tarm- og blæresyndromer, kæbe-tindingsmerter, hovedpiner mv."*²⁷

Sygdommen vurderes at forekomme hos ca. 1-4 procent af befolkningen, og der er en klar overvægt af kvinder blandt de diagnosticerede.²⁸ Man kan sjældent pege på sandsynlige årsager til sygdommen, idet fibromyalgi ofte opstår spontant og uforklarligt. Fibromyalgi er således en kronisk smertesygdom, der er kendetegnet ved, at der ikke er nogen klare ætiologiske (årsag) eller patogenetiske (oprindelse og udvikling af sygdom) objektivitetskriterier, som man kan stille en diagnose ud fra, og som kan fremme en kausal behandling. Sygdommen kendetegnes overordnet ved, at patienten udviser en række symptomer, der placerer sig inden for et afgrænset klassifikationsskema. Diagnosticeringen sker bl.a. ved hjælp af en såkaldt *Tenderpointtest*, hvor patienten giver udtryk for smertegraden ved tryk på en række punkter på kroppen (tenderpoints).

Ved at genintroducere en subjektiv sygdomsbeskrivelse kan man altså stille en diagnose, der giver smertepatienten en plads i behandlingssystemet, og som (for nogle behandlere) giver behandlingen retning. Selvom der kan gives en række lignende eksempler (fx diagnosticering af piskesmæld), er denne grænseoverskridende tilbagevenden til sygdomsbeskrivelsen dog fortsat en undtagelse i smertebehandlingsfeltet. Samtidig viser feltarbejdet, at diagnosen fibromyalgi på mange måder er både paradoksal og omdiskuteret. På smerteklinikker og -centre, der ofte

27 www.fibromyalgi.dk; hentet 30.7.2011.

28 Bartels et al. 2009.

taler for en holistisk tilgang til behandlingen, synes holdningen at være, at diagnosen er funderet på solid forskning og et seriøst videnskabeligt grundlag, mens der blandt de øvrige behandlere ses en udbredt skepsis over for den, på trods af at den er anerkendt og registreret i WHO's internationale sygdomsklassifikation (ICD)²⁹. Den praktiserende læge Jørgen udtaler eksempelvis:

*”Der skal en række tenderpoints til at stille den [diagnosen fibromyalgi], og der er ingen behandling. Hvilken hjælp har man så givet sin patient? Ingen. Alene af den grund er diagnosen betænkelig. () Fibromyalgi er ikke nyt men er formentlig en fortsættelse af noget andet, og om 10-20-30 år kalder man det noget andet igen. Jeg betragter det ikke som en ordentlig diagnose, selvom jeg accepterer, at patienterne har et problem.”*³⁰

Citatet viser en udtalt skeptisk over for diagnosegrundlaget i sygdommen fibromyalgi og beskriver diagnosen som noget forbigående historisk. Når Jørgen udtaler, at der ingen behandling er, er det dog lige så meget udtryk for de behandlingsmæssige mål, en endimensionel instrumentel tilgang til de kroniske diffuse smerter fostrer. Kender man ikke årsagen til smerten, er det vanskeligt at behandle ud fra en biomedicinsk, objektiveret kropsforståelse.

Diagnosen fibromyalgi er først og fremmest interessant, fordi den udfordrer det instrumentelle behandlingsregime, hvor objektive fund i kroppen ses som eneste troværdige kilde til sandheden om patientens sygdom. Dernæst må den siges at være kontroversiel, fordi den baserer sig på symptomer, som dels forekommer hyppigt i normalbefolkningen, og dels er centrale i en række andre sygdomme (fx depression, piskesmæld, posttraumatisk stresssyndrom og kronisk træthedssyndrom), hvilket betyder, at den derfor i høj grad også baserer sig på udelukkelsen af disse³¹. Diagnosen er derfor også omdrejningspunkt for en helt grundlæggende faglig diskussion i feltet, og den synes at problematisere krObjektet som biomedicinsk konstruktion. Den repræsenterer samtidig et spændingsfyldt forhandlingsfelt mellem behandlingsregimer i spørgsmålet om, hvorvidt smerter kan betragtes og behandles som en lidelse i sig selv, eller om de snarere er symptomer på en underliggende – om end uklar – årsag, der skal være udgangspunkt for behandlingen. I det følgende vil vi undersøge, hvordan patienter som grænseoverløbere bliver berørt af dette forhandlingsfelt mellem et instrumentelt og et holistisk behandlingsregime.

29 Information om WHO's internationale sygdomsklassifikation samt seneste version af samme (ICD-10) kan findes her: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (hentet 30.7.2011).

30 Interview med Jørgen, praktiserende læge i egen praksis.

31 Jf. fx Smed 2009, s. 85.

Fibromyalgipatienter – i eller mellem to behandlingsregimer?

Som nævnt ovenfor eksisterer de to behandlingsregimer side om side, og det betyder, at fibromyalgipatienter mødes af omverden på meget varierende måder, allerede inden de har fået diagnosen fibromyalgi. Præ-diagnoseproblemer opstår navnlig for patienter, der møder repræsentanter for det instrumentelle behandlingsregime, i og med at sygdommens eksistens problematiseres, når den ikke kan dokumenteres, verificeres og forklares ætiologisk. Samtidig fungerer diagnosen oftest som nødvendigt grundlag for en indskrivning i et behandlingsforløb på smertecentrene, som i højere grad er præget af det bio-psyko-sociale regime, så mange patienter møder begge behandlingsregimer i deres søgen efter hjælp. Men også når diagnosen er stillet, kan fibromyalgipatienter opleve en pendling mellem de to behandlingsregimer, som har forskellige forklaringsmodeller og afkræver forskellige handlinger af de smerteramte.

Problem 1: At blive patient

I mødet med det instrumentelle behandlingsregime oplever mange personer med diffuse smertelidelser at konsultere et væld af læger og specialer, at gennemgå mange undersøgelser, at få problemer med manglende anerkendelse af deres lidelser, og endog at blive mødt med skepsis og negative kommentarer, som også tidligere udsagn i denne artikel har bevidnet. Hvor syge mennesker ses som krObjekter, har mennesker med fibromyalgi først og fremmest problemer med at få en diagnose; med at blive betragtet som patienter. Dette gælder også de patienter, der indgår i denne undersøgelse. I WHO's ICD-10 liste beskrives lidelsen da heller ikke som en *sygdom*, men som et *syndrom*, fordi den ikke knytter sig til et bestemt organ og dermed et særligt behandlingsbefordrende speciale.³²

Dette medfører en anerkendelseskamp for patienter, som higer efter forståelse for deres lidelser, både over for deres nære omgivelser og i mødet med sundhedsvæsenet.³³ Psykologen Nanna Johannesen viser i sin ph.d.-afhandling, hvordan denne personlige kamp for anerkendelse og forståelse kan komme til udtryk på forskellige måder hos forskellige patienter; som skyld og dårlig samvittighed, som vrede og skuffelse eller som selvansvarlighed og autonomi (Ibid.).

På metaplan udfoldes forhandlingskampen i patientforeningen, Dansk Fibromyalgi-Forening, og her anvendes i høj grad argumenter, som i sin gendrivende form peger tilbage på det instrumentelle behandlingsregime og en objektiveret, medicinsk kropsofattelse. Foreningen definerer således sygdommen alene som

32 Af sprogligt praktiske årsager vedbliver vi dog med at kalde de pågældende mennesker med kroniske, diffuse smerter, bl.a. fibromyalgi, for *patienter* i denne artikel.

33 Johannesen 2011.

en ”patologisk enhed og fysisk lidelse”.³⁴ Som det fremgik af den karakteristik af lidelsen, der er hentet fra foreningens hjemmeside (se s. 24), knyttes denne i første sætning patogenetisk til hjernen med udsagnet ”forstyrrelser i centralnervesystemet.” Hele to steder på foreningens hjemmeside refereres desuden til en korrespondance mellem foreningen og WHO om diagnosens placering på ICD-10 listen med bl.a. denne sætning: ”WHO fandt, at diagnosen og symptomerne nu er tilstrækkeligt klart beskrevet som en selvstændig enhed, og at den derfor kan bære en selvstændig placering som en diagnose med fysiske smerter **af ikke psykogen karakter**” [orig. fremhævnng].

Udgrænsningen af en mulig psykisk eller psyko-social sammenhæng forstærkes yderligere ved henvisning til en artikel af en amerikansk professor, der ”... gør op med den tidligere opfattelse, at fibromyalgi er en psykisk tilstand, den og slår fast, at læger nu har forstået, at fibromyalgi involverer centralnervesystemet og ikke ’sidder mellem ørerne’”.³⁵

Det fremhæves igen og igen, at lidelsen ikke har nogen psykisk kausalitet, og det forklares ligeledes, hvorfor denne fremhævelse er så vigtig:

”... de seneste års blinde og totalt uvidenskabelige fokusering på ”ondt i livet”-teoriene og den udbredte tendens til at psykiatrisere sygdommen og de ramte har gjort tilværelsen helt urimeligt svær for mange. Kroniske smerter påvirker naturligvis et menneske – også psykisk, men det er vigtigt at fastholde, at der ikke er tale om psykisk sygdom men reelle fysiske smerter.” (Se forrige note).

På et sygdomspolitisk metaniveau er foreningen af fibromyalgipatienter således foranlediget til at indgå i forhandlinger inden for en biomedicinsk diskurs. Her imødegår man på den ene side en fløj af behandlere i det instrumentelle regime, som i mangel på anerkendelse af diagnosen overhovedet vil udgrænse lidelsen til at være et mentalt problem, men på den anden side tilslutter man sig en fløj, der fremhæver den krObjektive tilgang, ikke alene ved at se kroppen som objektivt, fysiologisk fænomen, men navnlig synekdotisk i form af markeringen af ”centralnervesystemet”.³⁶ Denne synekdoke rummer en stærk biomedicinsk konnotation ved at repræsentere både et centralt, vitalt organ og en forbindelse til hjernen, der, i et hierarki over den menneskelige krop, står højest som metafor for viden og tænkning,³⁷ ligesom forskning i hjernen i disse år undergår en stærk udvikling inden for det biomedicinske felt som målbart og visualiserbart, fysio-

34 Citat er hentet fra foreningens hjemmeside. Se også note 29. Alle citater herfra er hentet. 30.7.2011; se note 4.

35 Citatet er gengivet præcis som det står på opslaget fra foreningens hjemmeside.

36 Synekdoke er en trope; en sprogfigur, som karakteriserer en del for helheden, som fx ansigtet for en person.

37 Lakoff & Johnson 1980.

logisk organ.³⁸ Derfor bibringer relationen til "centralnervesystemet" og dermed hjernen et afgørende, autoritativt legitimitetsbelæg til sygdommens anerkendelse inden for det instrumentelle behandlingsregime.

På kurset for fibromyalgipatienter viser lægen Maja nogle fotos med hjerne-scanninger, der er lavet med blodtryksmanchet; en metode der giver farveudslag ved smertepåvirkning. Hun siger: "Der begynder at komme biologisk bevis for, at dette er en fysiologisk sygdom."³⁹ Dette er et eksempel på Canguilhem's ontological representation of sickness; det visuelt baserede bevis for en konkret sygdom, ligesom bakterierne i mikroskopet i sin tid var det. Hjernen og centralnervesystemet er altså essentielle symboler som videnskabeligt belæg inden for den biomedicinske diskurs. Det er her, de objektivt målbare beviser skal findes.

Senere på kurset siger sygeplejersken Charlotte: "'Dysfunktion i centralnervesystemet". Det lyder da meget videnskabeligt, ikke? Noget med hjernen og rygsøjlen og sådan noget, som lyder af noget!" Dertil svarer kursisten Lena: "Det er godt at kunne komme med en videnskabelig forklaring på sygdommen, så det ikke bare er en selv, der "føler" noget".⁴⁰

Stort set alle kursister og interviewede har oplevet negativ og skeptisk respons på deres smerter som enten indbildte eller forskruede; som repræsenterende et subjektivt, følt perspektiv, der betragtes som utroværdigt inden for det instrumentelle behandlingsregime. I løbet af kurset kom kursisterne med følgende udsagn om deres møde med skeptiske sundhedsrepræsentanter:

"Som om der stod "idiot" i panden på mig."

"Man er blevet latterliggjort et eller andet sted. Jeg var hos en arbejdsmediciner, der grinede af mig: "Du fejler jo ikke noget!". Så gik jeg ned med depression, stress, angst."

"Jeg føler mig som om, jeg bare bilder mig ind, at jeg er syg, fordi lægen ikke reagerer."

"Dejligt at gå her [på kurset, red.] og få ord på sygdommen. Dejligt at finde ud af, at man ikke bare er skør."⁴¹

Citaterne viser, at kursisterne føler sig forstået i dette kursusforum, og at det biomedicinsk funderede argument om hjernen som en ontologisk repræsentation af sygdom, som de præsenteres for i form af synekdommen "centralnervesystemet", kan hjælpe de enkelte patienter i deres selvforståelse og forhandling med omverden om deres sygdoms eksistens.

Når patienterne kommer på dette kursus, har de næsten alle fået en diagnose

38 Goldberg 2005.

39 Feltarbejdsnoter fra patientkursus juni 2010.

40 Som note 39.

41 Som note 39.

kort forinden. De fleste kursister udtrykker stor glæde ved at møde hinanden og opdage, at de har stort set samme lidelsesmønstre. Sammen med undervisernes tværfaglige præsentationer og deres nye identitet som personer, der lider af fibromyalgi, giver dette fællesskab dem opbakning og troværdighed som *patienter med en fælles lidelse*. Det at indtræde i et fællesskab med ligesindede indgår også som en forhandlingsplatform over for den udtalte skepsis fra det instrumentelle behandlingsregime. Patienterne kan bruge henholdsvis den krObjektive legitimitet og det sociale lidelsesfællesskab internt personligt som en gensidig interpersonel støtte, men også organisatorisk, som når foreningen arbejder for anerkendelse af sygdommen og dermed de mennesker, som lider af den.

Det instrumentelle behandlingsregime har også betydning for patienter, efter de har fået en diagnose. På kurset arbejder man både med Tenderpointtest og ergoterapeutiske funktionsevнемål i tests, som kaldes AMPS⁴². Tenderpointtest er ifølge ICD-10 listen afgørende for den etablerede diagnosemetode og går ud på, at en særligt uddannet person trykker på 18 udvalgte steder på kroppen på den smerteramte med et tryk på fire kg. Smerteudfaldet noteres og udgør grundlaget for bestemmelsen; smerte i 11 ud af 18 punkter udløser diagnosen.⁴³ Denne målemetode er basalt set subjektiv, men objektiveres ved udmåling og præcisering af kropsdele, trykvægt, smerteudsagn og flyttes derved over i et kvantitativt felt, som giver god mening i en biomedicinsk diskurs. Det samme gør sig gældende med AMPS-testen, som er en funktionstest af muligheden for at udføre almindelige gøremål i hverdagen, hvor den testede kan vælge, om hun/han fx vil støvsuge, rede seng, skrælle kartofler eller andet hjemligt (alle tests er primært huslige). En til formålet uddannet person måler og noterer undervejs, og målene indtastes i et computerprogram, som beregner en værdi. Denne værdi kan vise, i hvor høj grad den testede er ramt af funktionsevnetab. Lægen Maja siger: "Funktionsevne er det allervigtigste efter min mening. Hvis man ikke kan behandle sygdommen, så må man fokusere på funktionsevnen."

Hun nævner derefter testens betydning for at måle og vise patientens mulighed for at fungere i praksis/på arbejdsmarkedet og anbefaler, at denne test gives videre til kursisternes læge, socialrådgiver eller jobcenter. Dokumentet er et vigtigt forhandlingspapir med stærk, videnskabelig ethos, udmålt i decimaler og optegnet i et søjlediagram.

Kursisterne diskuterer imidlertid testen i en pause, hvor fagpersonalet er fraværende. Flere af de kvindelige kursister bærer armbind eller støtteskiner, fordi deres håndled er svage og gør ondt.

En af de hårdest ramte, Lise, fortæller om, at hun havde problemer med at skrælle to kartofler i sin AMPS-test. Nina udbryder: "Jeg skulle skrælle to gule-

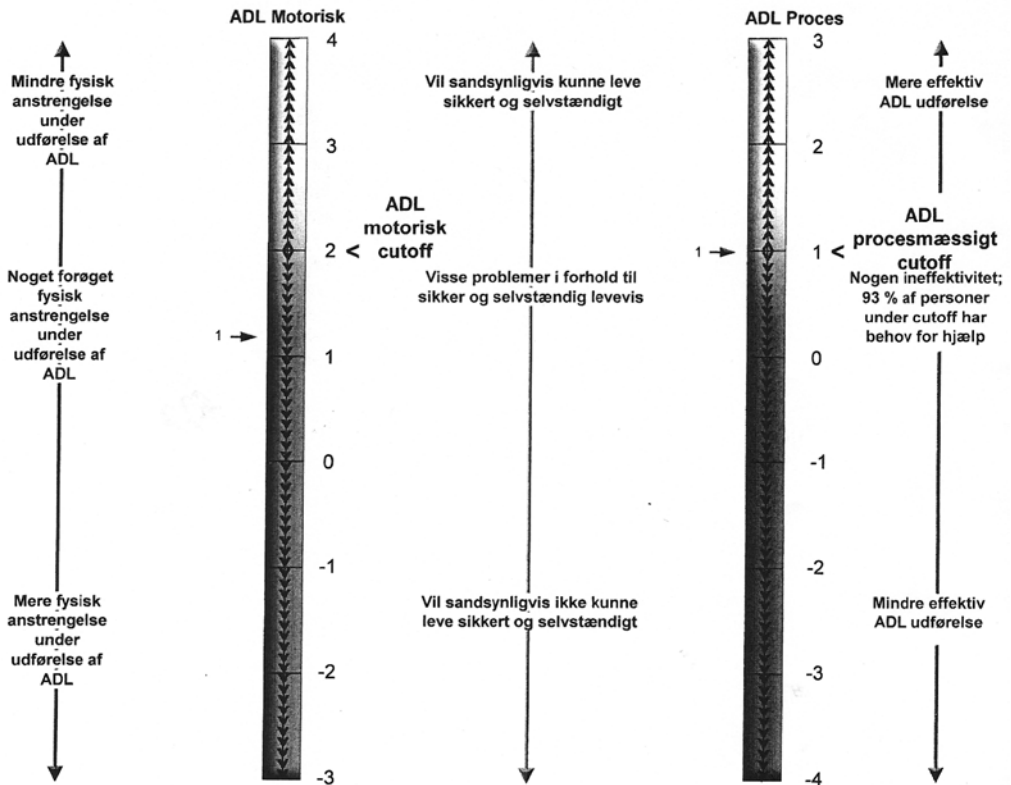
42 Assessment of Motor and Process Skills. Om denne, se www.amps-danmark.dk/ (hentet 30.7.2011).

43 Andre kilder angiver ikke dette præcise antal smertepunkter som afgørende, men skriver i stedet "mange". Bartels et al. 2009.

ASSESSMENT OF MOTOR AND PROCESS SKILLS (AMPS) GRAFISK RAPPORT

Klient:
Ergoterapeut

MOTORISK	PROCES
0 1.29	1.06



Talværdierne på den ADL motoriske og ADL procesmæssige skala er ADL færdigheds- enheder (logits). Resultaterne angives som ADL motoriske og ADL procesmæssige målinger placeret i forhold til AMPS skala cutoffs. Mål under cutoffs indikerer, at der var forringet kvalitet eller effektivitet i udførelsen af personlige eller instrumentelle dagligdags aktiviteter (ADL). Se den narrative rapport for yderligere information. Vedrørende fortolkning af en enkelt AMPS undersøgelse.

Fig. 2.

rødder og to kartofler. Hvorfor skulle du kun skrælle to?" Nu siger Lena: "Men jeg skulle skrælle en hel grydefuld. Og så fik jeg dem med hjem bagefter." Dette får kvinderne til at diskutere troværdigheden af testen. Lise bliver nervøs for, at hendes test ikke slår tilstrækkeligt ud i forhold til de andres: "Det er jo klart, at man bliver mere træt, når man har skrællet flere."⁴⁴

AMPS-testen er ligesom Tenderpointtesten baseret på subjektive udfald, der er afhængige ikke alene af testpersonens performance og kapacitet netop denne dag, men også af målepersonens; den, der er specialuddannet til at observere, lytte og nedskrive. Som en tredje og fjerde faktor har relationen mellem de to

44 Som note 39.

samt de fysiske omgivelser sandsynligvis også indflydelse på resultatet, der ikke desto mindre præsenteres som et objektivi redskab, sat på formel og i diagram. Endelig er der til sidst sammenligningen mellem forskellige personers testproces og -resultater; netop det, der bekymrer kvinderne i denne situation.

Der foregår altså her en sammenblanding af biomedicinske idealer om krObjektive beviser og subjektivt baserede mål, som ikke alene forvirrer patienterne, men også skaber en vis skepsis ift. deres egen position i sygdomsfeltet. Rasser er en 35-årig mand, som har en Tenderpointtest med 16 smertepunkter ud af 18, men som ikke har fået anerkendt sin diagnose af kommunen og derfor kæmper på mange fronter; både arbejdsmæssigt, økonomisk, familiemæssigt og ikke mindst med sine voldsomme smerter, der har plaget ham i mange år.

Rasser: *"Men man har fået den der diagnose ... altså én ting er, om jeg tror på den, det ved jeg faktisk ikke rigtig, om jeg gør, men men .. som jeg har det lige nu; det er det eneste, jeg har at holde fast i."*

Interviewer: *"Hvorfor tror du måske ikke på den?"*

Rasser: *"Det er fordi den er så svævende et eller andet sted. Den er sån lidt for eh... og osse netop det der med at .. man skal helst kunne ta en prøve af det, eller man skal helst kunne se det. Den har jeg stadig. Jeg er meget firkantet, hvad det der angår. Såeh.. Så jeg ved ikke, om jeg tror på den, det skal jeg være helt ærlig, jeg ved ikke, om jeg tror på den. For jeg tror osse på, at jo, det kan være mange ting, der spiller ind i, at man egentlig har alle de symptomer, og at de måske ikke lige rammer plet der. Så om jeg lige har den, det ved jeg ikke, om jeg tror på. Men jo, jeg tror på diagnosen, eller hvad fanden man skal sige. Men jeg ville da gøre hvad som helst, hvis jeg ku pille nogen af de ting væk, så jeg ku mærke på mig selv, jamen nu får jeg det bedre. Jeg vil sige det sådan, jeg vil kæmpe imod. På den gode måde eller hvad man skal sige, uden at ødelægge mig selv. Jeg er sgu åben over for hvad som helst. Og hvis nogen kommer med nogle ting, jamen så prøver vi det. Og hvis de kan gøre mig rask, jamen så er det perfekt, jo."*⁴⁵

Det instrumentelle behandlingsregime er således præget af to fløje, hvor den ene fløj slet ikke anerkender sygdomme som fibromyalgi pga. deres manglende fysiologiske bevislighed. Den anden fløj mener at finde dokumenteret bevismateriale for sygdommens tilstedeværelse i form af målbare tests, men disse er baseret på subjektive målparametre, som har problemer med at udgøre et troværdigt grundlag i den biomedicinske kropsforståelse. Begge fløje bygger på dualismetænkning. Den anerkendende fløj fastholder på den ene side en klar opsplnitning mellem krop og sind, objekt og subjekt, men kæmper på den anden side med subjekt-op-

45 Interview med Rasser (pseudonym) på hans bopæl sommer 2010.

fattelsen i kraft af nødvendigheden af at basere diagnosen på subjektiv sygdoms- eller funktionsbeskrivelse. Derfor bliver eftersøgningen på objektive kriterier, som fx. et billede af hjernen, et vigtigt symbol for anerkendelse. Både behandlere og patienter anerkender, at der er store smerter og mennesker, som har brug for hjælp med deres lidelser. Problemet er hvordan.

Problem 2: At blive en god patient

Rasser, som er citeret ovenfor, giver ligesom mange andre patienter udtryk for, at han er villig til at gøre hvad som helst for at få det bedre. "Hvis nogen kommer med nogle ting," og "hvis de kan gøre mig rask", er udtryk for, at han er villig til at følge behandleres råd i vid udstrækning.

Smerte er beskrevet som et isoleret, kropsligt fænomen, som mennesker ikke kan kommunikere eller dele,⁴⁶ men mennesker med smerte eller andre lidelser har brug for et anerkendende socialt rum, hvor de kan indplacere sig med deres respektive lidelser; alternativet er isolation. Derfor må patienter med smerter søge hjælp, først og fremmest til at håndtere smerterne men ikke mindst til at finde et rum for social anerkendelse af deres lidelse og adfærd.⁴⁷ Patienter med kroniske diffuse smerter har kun få rum at navigere mellem, når de trænger til henholdsvis smertelindring og social anerkendelse, i det omfang disse rum sanktioneres af etablerede behandlingsregimer. Men som Rasser giver udtryk for, er patienter som regel meget villige til at følge de råd og anvisninger, som foreslås.

Det instrumentelle behandlingsregime er som nævnt delt i to; hvor den ene fløj ikke tilbyder et rum for personer med kroniske, diffuse smerter som fx fibromyalgi, fordi disse betragtes som utroværdige. Desuden arbejder behandlere i dette regime som oftest på at fjerne en objektiv biologisk lidelse, hvilket ikke lader sig gøre med disse smertepatienter, som sjældent har gavn af medicinsk smertelindring. I den anden fløj tilbydes en diagnose som symbol på anerkendelse, men problemet med manglende mulighed for smertelindring er det samme. Patienter henvises derfor ofte herefter til det mere holistisk prægede smertebehandlingsfelt med en bio-psyko-social tilgang.

Udfordringen her er at øge patientens livskvalitet på trods af smerterne. Overordnet handler behandlingen om at reducere parametre, der vekselvirker negativt med smerterne. Dette beskrives som en form for *smertehygiejne*, der bl.a. har til formål at sanere i patientens medicin- og søvnmønstre, adfærds- og tankemønstre, og der arbejdes især med at få patienten til at acceptere sine begrænsninger og leve derefter. Denne tilgang udspringer af en narrativ terapeutisk behandlingsform, og idéen er, at denne accept giver en form for stabilitet hos patienten, der

46 Fx Scarry 1985.

47 Johannesen 2011.

Eksempel på et kronisk smerte forløb

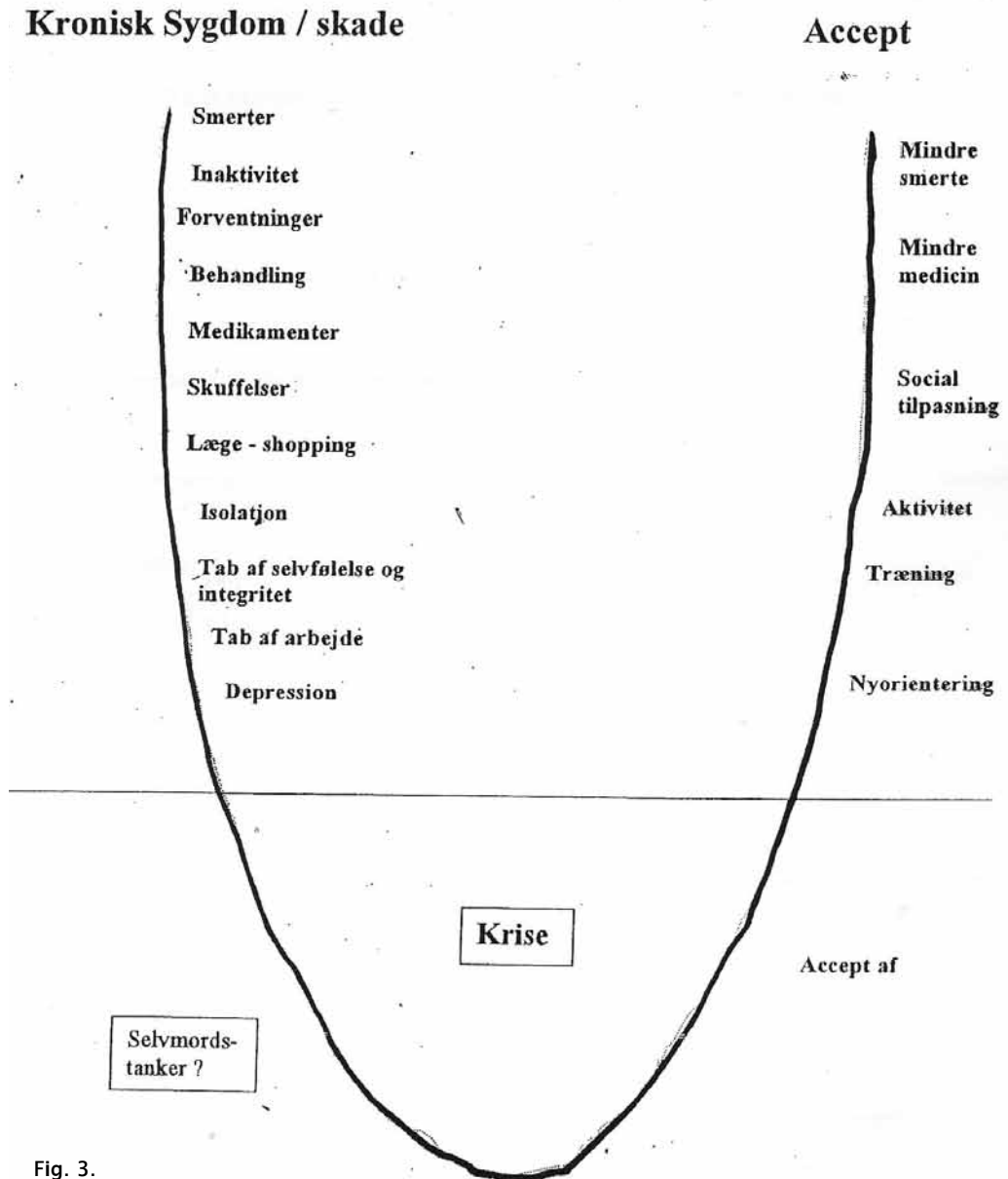


Fig. 3.

i sig selv er udtryk for bedring, fordi den er ensbetydende med en sammenhæng mellem patientens selvbillede og dennes virkelighed. Accepten menes samtidig at fremme bedring, fordi de negative følelser som skyld, skam og frustration, der opstår, når patientens ydeevne ikke lever op til dennes forventninger, ligeledes reduceres og dermed ikke påvirker smerten i samme udstrækning.

Denne holistiske tilgang forudsætter et bestemt samarbejde, hvor patienten

optræder som medansvarlig aktør i behandlingen. Nanna Johannesen viser i sin undersøgelse, hvordan dette behandlingsregime tilbyder patienterne en position som "Den Gode, Kroniske Smertepatient"; en position, som "... er så fundamental i vores forståelse af liv med kronisk sygdom, at man som patient bliver nødt til helt eller delvist at citere denne diskurs for at blive hørt"⁴⁸. Forventningen til "Den Gode, Kroniske Smertepatient" illustreres fx ved en udbredt, kronologisk baseret udviklingsmodel, kaldet "Parabelmodellen" (se fig. 3), som smertepatienter præsenteres for. Parabelmodellen repræsenterer ifølge Johannesen en selvudviklingsmodel med et en-strengt, narrativt forløb, som patienter forventes at gennemgå. Her fører erkendelsen af tilstanden som kronisk smertepatient først til en dramatisk vending med depression eller tristhed, og derefter går story-line opad mod større erkendelse og bedre håndtering af livet som kronisk smertepatient. Som Johannesen viser, svarer denne en-strengede narrativ sjældent til de smerteramtes egne erfaringer af livet, der bestandigt byder på nye brud og udfordringer.⁴⁹ I dette behandlingsregime er man imidlertid nødt til at forsøge at fortælle sig selv ind i et tilsvarende, narrativt forløb, som peger frem mod bedre håndtering og større selverkendelse, det, som den canadiske sociolog Arthur Frank også har kaldt en position som "Successfully ill".⁵⁰

Skønt den holistiske model mener at tage hensyn til subjektiv livskvalitet, præsenteres således både en en-strengt udviklingsnarrativ samt korrigerende handlingsanvisninger, som "Den Gode, Kroniske Smertepatient" forventes at følge, og som repræsenterer særlige, normative forestillinger om sundhed eller "Det Gode Liv".⁵¹ Dette kommer fx til udtryk i citatet af psykiateren Eva (s. 21), der arbejder subjektivt men gerne vil "ændre" på patientens "fantastiske" kropsforståelse. Normativt baserede korrektioner kommer ikke alene til udtryk i overordnede, narrative forløb som i Parabelmodellen, men også i kraft af de mange gode råd, som smertepatienter tilbydes, og som derfor diskuteres på kurserne for fibromyalgipatienter. Fx. præsenteres *sex* ubetinget som et middel til velvære, skønt det kan være krævende og smertefuldt for patienterne, og under gruppediskussionerne kommer det frem, at kursisterne har store problemer med netop dette, fordi de føler det som en forpligtelse, som giver dem ikke alene smerter men også dårlig samvittighed over for deres partner.

På kurset for fibromyalgipatienter bliver kursisterne introduceret for et bredt felt af faglig ekspertise, som repræsenterer det bio-psyko-sociale felt, skønt selve sygdoms karakteristikkene som nævnt i forrige afsnit placeres i det instrumentelle behandlingsregime. Udover lægens forelæsninger undervises kursisterne af fysioterapeut, sygeplejerske, ergoterapeut, diætist og psykolog. Disse faglige vinkler

48 Johannesen 2011, s. 95.

49 Se også Frank 1997 samt Nettleton et al. 2004.

50 Frank 1997.

51 Otto 2009.

Søvnhygiejne

1. Stå op til samme tid hver dag, uanset hvor meget du har sovet
2. Læg dig kun til at sove, når du er søvngig
3. Brug kun sengen til søvn og sex
4. Stå op og gå ind i et andet rum, hvis du ikke er faldet i søvn inden for 15 minutter. Gå i seng igen, når du føler dig søvngig (målet er at falde i søvn hurtigt)
5. Hvis du ikke kan falde i søvn—gentag trin 4 (om nødvendigt flere gange)
6. Undgå at sove om dagen
7. Undgå tobak, kaffe og alkohol
8. Sørg for daglig motion i løbet af dagtiden
9. Undgå sovemedicin over længere perioder

Fig. 4.

skal hjælpe kursisterne til at håndtere deres lidelser ift. sociale omgivelser, hjælpemidler, fysisk træning, søvnhygiejne, ernæring osv. I det følgende præsenteres en dialog og en hændelse fra et kursus for mandlige fibromyalgipatienter.

På mandeholdet i 2010 var der otte mænd, hvoraf den ene, Kenny på 64 år, stak ud fra de andre, fordi han ikke optrådte som en God, Kronisk Smertepatient, idet han ikke ville erkende, at han havde fibromyalgi på samme måde som de øvrige. Ifølge ham selv deltog han kun på kurset for at "støtte forskningen". Da Parabelmodellen blev gennemgået, tilsluttede kursisterne sig generelt det enstrengede, narrative plot, som den tilbyder. Der var enighed om, at man må acceptere sygdommen og lære at leve med den:

Søren: "Vi er på vej op fra bunden."

Finn: "Vi har accepteret det. Ellers ville vi nok ikke være her. Selvfølgelig kan man være ked af det."

Søren: "Vi er her for at være konstruktive. Vi er på vej op."

Kenny fortalte om de første tre år, der gik, før han fik stillet diagnosen, og da var det meget værre. Da han fik diagnosen tænkte han: "Ja! Nu kan jeg cykle og løfte."

Til dette svarede sygeplejersken Charlotte: "Nej Kenny, du skal jo netop ikke overgøre de fysiske ting."

Kenny: "Efter jeg har fundet ud af, at sygdommen ikke er i musklerne, men i

hjernen, har jeg besluttet mig for ikke at lade mig styre af min hjerne; jeg vil bestemme selv og ignorere hjernens smertesignaler. Hvis jeg ligger derhjemme og er dødtræt, så kan jeg sige til mig selv: "Jeg skal!". Så gør jeg det."⁵²

De andre holddeltagere protesterer enstemmigt over dette udsagn og tilslutter sig tværtimod den gældende anbefaling om at lytte til sin krop. I resten af kursusperioden bliver Kenny mobbet lidt af de andre kursister med, at han er "martyr", og at han er "langt ude".

En af de kursister, der gør sig stor umage med at følge det gældende narrativ for Den Gode, Kroniske Smertepatient, er Søren på 51 år, der lider med sin nyfundne diagnose, som har givet ham mange problemer af såvel fysisk, social som psykisk karakter. Han sveder meget og går derfor konsekvent med bare tæer. Han deltager ivrigt i diskussionerne og lytter med interesse til det, de andre siger, men har også svært ved at kontrollere sine af og til voldsomme følelsesudbrud eller banken i bordet.

På kursets anden dag skal de undervises og trænes af fysioterapeuten Sonja, som er en yngre, smidig kvinde, der starter med at fortælle, at: "Forskning viser, at kroniske muskelsmerter har gavn af motions- og styrketræning." Derefter skal de arbejde med "holdning", og hun viser en lille tegneseriestribe med Søren Brun fra Radiserne:

- 1) Søren Brun: Dette er min "deprimerede position".
- 2) Når man er deprimeret, er det vigtigt, hvordan man står.
- 3) Det værste, man kan gøre, er at rette sig op og holde hovedet højt, så får man det nemlig bedre.
- 4) Hvis man skal have nogen som helst fornøjelse af at være deprimeret, så må man stå sådan her.

"Den er meget sød", siger Sonja og beder mændene om at træde op på gulvet, hvor de selv skal lave holdningsøvelser og lære at rette sig op. Søren deltager lidt overbærende og virker som om, dette er meget let. Senere, da de fortæller om deres motionsvaner, fortæller Søren, at han dyrker en del motion og har en høj kropsbevidsthed. Han har taget mange kg på i det sidste år, og har svært ved at udføre de kropsøvelser, som han tidligere beherskede, og det er han ked af, så nu vil han gerne have inspiration til at håndtere dette og få en bedre livskvalitet de sidste 20-30 år.

Dagen efter er nogle af mændene ømme efter deres øvelser med Sonja. Senere i forløbet har de vandgymnastik, men kun fire af de otte møder op til dette, de andre er blevet for udmattede af kursets koncept, som er for krævende for dem; både med hensyn til varighed og graden af fysiske øvelser. Og dagen efter vand-

52 Som note 39.

gymnastik giver deltagerene udtryk for at være medtagede af overanstrengelse. Der er en vis kritik i pauserne, hvor personalet ikke er til stede, og især Søren er kritisk over de fysiske øvelser, som han mener, er alt for krævende for fibromyalgipatienter. Da holdet næste gang har Sonja, fremfører Søren, at træningen har givet bagslag for mange af dem, og at de har fået for mange smerter efterfølgende. Han retter ansvaret mod deltagerne selv ved at påpege, at de skal blive bedre til at lytte til deres krop og holder således sin kritik af Sonjas undervisning tilbage.

Sonja beder dem om at lægge sig på madrasserne til afspænding. Hun slukker lyset og går rundt og lægger tæpper over dem. Nogle protesterer, for det er 20-22 grader udenfor, men hun siger, at det er vigtigt, når man skal slappe af, at man ikke spænder pga. træk. Søren nægter dog, og hun undlader at lægge tæppe over ham. Vinduet har stået åben alle dage under hele kurset, fordi Søren sveder så meget, men nu lukker Sonja det.

Søren: "Nej, du skal ikke lukke vinduet, så blir her alt for varmt."

Sonja: "Der er alt for megen larm udenfor, og I har brug for ro."

Søren rejser sig voldsomt, smider sit tæppe, går helt hen til Sonja og siger vredt ned i hendes ansigt: "Din arrogante sæk", hvorefter han forlader kurset for denne dag og smækker med døren.⁵³

I dette lange empiriske feltnotat illustreres det, hvordan patienter styres til selvstyring af en bestemt handlings- og adfærdsstrategi, idet de indtræder i rollen som Den Gode, Kroniske Smertepatient. Det første eksempel viser, hvordan kurserne velvilligt fortæller sig ind i det en-strengede, kronologiske forløb, som hersker i det holistiske behandlingssystem, repræsenteret ved Parabelmodellen og dermed medproducerer de indholdet og forløbet. Kenny illustrerer derimod en modstandsfigur, der ikke evner eller ønsker at lade sig indskrive i denne udviklingsfortælling.

Eksemplet med Søren viser, at selv om man virkelig forsøger at efterleve de etablerede forventninger og krav til korrekt sygdomshåndtering, kan man blive tvunget - af sin lidelse, sin overophedede krop, eller sit temperament - til at gøre modstand og træde ud af rollen som den ideelle patient, "The Successful Ill", som Arthur Frank beskriver,⁵⁴ eller som Den Gode, Kroniske Smertepatient, som det hedder hos Johannesen.⁵⁵

53 Som note 39.

54 Frank 1997.

55 Johannesen 2011.

Diskussion

Vi har vist, at smertebehandlingsområdet opdeler sig i to regimer, hvor det ene bygger på en medicinsk krObjekt-tilgang og det andet på en holistisk subjekt-tilgang. Hvor KrObjekt-tilgangen er funderet i en kartesiansk dualisme mellem krop og sind, repræsenterer den holistiske bio-psyko-sociale tilgang et opgør med denne dualisme, og her argumenteres for en overskridelse af den dikotome tænkning mellem krop og sind. Der viser sig dog også at være en udflydende gråzone mellem de to regimer, og spørgsmålet er, hvilke positioner fx fibromyalgipatienter tilbydes i dette grænseoverskridende felt.

Det instrumentelle behandlingsregime rummer to fløje, som begge bygger på den klassiske dualisme. I den ene anerkendes mennesker med kroniske diffuse smerter slet ikke, fordi deres lidelser ikke kan ses eller måles. I den anden (som også tæller WHO i form af ICD-10 registreringen) anerkendes disse mennesker som patienter i det omfang, man kan måle og dokumentere deres lidelser ved hjælp af måleenheder som Tenderpointtest og AMPS-test. Resultaterne fra disse redskaber betragtes af den anden fløj som pseudo-objektiv og ugyldig dokumentation, og derfor har billedet og italesættelsen af hjernen og centralnervesystemet som patogenetisk fænomen afgørende betydning i anerkendelseskampen i det instrumentelle behandlingsregime. For behandlere med den holistiske tilgang har denne krObjektive diagnosejagt ikke nødvendigvis stor betydning. Ikke desto mindre kommer patienter som regel ofte først til disse behandlere (i smerteklinikker og -centre) efter en lang diagnosesøgende proces hos behandlere, som primært er tilhængere af det instrumentelle regime. Patienter med diffuse, kroniske smerter møder altså højst sandsynligt repræsentanter fra begge regimer samt de to fløje af det instrumentelle regime. Denne pendling mellem forskellige tilgange, ikke alene til behandlingen, men også til lidelsen som sådan, kan være forvirrende for smertepatienter som Rasser, der ikke selv "tror" på diagnosen, fordi den er "så svævende". Derfor bliver det svært for ham både at finde et socialt anerkendende rum til sin lidelse og en aktiv behandlingsretning. Når han taler om en mulig selvbehandling, udtaler han sig i konjunktiv (ønskeform) og siger "ville" og "kunne":

"Men jeg ville da gøre hvad som helst, hvis jeg ku pille nogen af de ting væk, så jeg ku mærke på mig selv, jamen nu får jeg det bedre. Jeg vil sige det sådan, jeg vil kæmpe imod. På den gode måde eller hvad man skal sige, uden at ødelægge mig selv. Jeg er sgu åben over for hvad som helst. Og hvis nogen kommer med nogle ting, jamen så prøver vi det. Og hvis de kan gøre mig rask, jamen så er det perfekt, jo."

Hans egen realitet synes at være at udfolde sig i et felt mellem at "kæmpe" og at "ødelægge", uden særlige mål eller retningslinjer. Derimod retter troen på reali-

stisk behandling sig grammatisk (i nutid) udad mod omverden, "nogen" og "de", som gerne må "komme og gøre ham rask". Rassers forventning til bedring støtter sig altså primært til det instrumentelle behandlingsregime, som ifølge objektiveret medicinsk kropsforståelse burde kunne levere en kurerende behandling. Han er dog "osse åben over for hvad som helst"; han er på kurset for patienter blevet præsenteret for det holistiske behandlingsregime og kender den bio-psyko-socialt tilgang, som anerkender subjektet, men også afkræver dets aktive deltagelse.

For at frigøre sig fra sin lidelse må patienten således indgå i et kontraktliggende forhold til behandleren, som konkret indebærer, at behandleren på den ene side giver patienten redskaber, der muliggør frigørelsen, og at patienten på den anden side tager både ansvar og handling på sig. Den ideelle patient er altså på den ene side objektiveret (som objekt for behandlingen) og på den anden side subjektiveret (som medansvarlig aktør i behandlingen). De smertehygiejniske tiltag kan ses som udtryk for selvteknologier, patienten kan pleje, konstituere og realisere sit selv igennem. Med idéen om, at patienten sandsynligvis kan få det bedre alene ved at ændre sin adfærd, forudsætter det holistiske behandlingsregime ikke alene engagement fra patientens side, men også en bestemt kompetence i behandlingen og i relationen til behandleren. Dette er potentielt ekskluderende, som det ses i eksemplet med Kenny, hvor sygeplejersken Charlotte må irettesætte ham, fordi han udviser *forkert* smerteadfærd. På den ene side tager han udgangspunkt i hjernebilledet, som baserer sig på det instrumentelle behandlingsregime, på den anden side erklærer han sig klar til at manipulere sin egen hjerne, hvilket baserer sig på den holistiske tilgang om subjektive handlingers betydning for smerteoplevelser. Kenny udfører således her en selvstændig fortolkning af de samme informationer, som læreren Charlotte netop har leveret; nemlig at fibromyalgi er en hjernebaseret sygdom (relaterer sig til instrumentel tilgang), men at man med smertehygiejne selv kan manipulere sine smerter (holistisk tilgang). Både Charlotte og Kenny pendler mellem de to behandlingsregimer, men i dette tilfælde opfattes den ene (patientens subjektive opfattelse) som værende "forkert" i forhold til "den rigtige" (krObjektive) behandleropfattelse.

Det holistiske behandlingsregime, som kritiserer KrObjekt-forståelsen for en reduktionistisk dualisme-tænkning og tillader subjektive tilgange og erfaringer, har sin egen diskursive praksis og sit eget værdigrundlag. Her dominerer således en bestemt diskurs om 'hjælp til selvhjælp', hvor patienter styres til selvstyring og praktiserer de ideelle normer, som tilbydes. Den ønskede selvteknologi er en form for selvdisciplinering, der skal få patienter til at udføre objektive former for praksis, og derfor formår det holistiske behandlingsregime heller ikke at løfte sig op over dualismen mellem objekt-subjekt, som dette regime ellers modsætter sig. Samtidig medfører subjektivering af patienten en problematisk inddragelse og ansvarliggørelse i sygdom såvel som bedring, som det ses i eksemplet med Søren Brun-tegneserien.

De to behandlingsregimer virker forskelligt i forhold til et mål om at give patienten *frihed fra* sin smerte eller *frihed til* at realisere sit selv. I det holistiske behandlingsregime er det umiddelbart langt nemmere at italesætte og opnå bedring, fordi smerternes diffuse karakter ikke repræsenterer et definitions-mæssigt og dokumenterbart problem i behandlingen. Det er dog paradoksalt, at patienten kan gives frihed til at realisere sit selv på trods af smerterne, fordi denne frigørelse forudsætter, at patienten samtidig må erkende sine begrænsninger og leve derefter. Smerten og tilknyttede lidelser kan således blive fænomener, der forventes accepteret og integreret i livet, og smerten tillades dermed ikke særlig opmærksomhed. Dette ses fx i den fysioterapeutiske undervisning, hvor en afspændingsøvelse i en særlig udformning opfattes som mere væsentlig end patienternes egne reaktioner og modreaktioner på denne.

Selve kurset kan delvist ses som et eksempel på det samme, da det viser sig, at begge de fulgte patienthold efterfølgende kritiserer kursusforløbet for at være for hårdt og kompakt til, at de kan få fuldt udbytte af det.⁵⁶ Skønt der undervejs i kurset var fuld forståelse for, at personer på grund af smerter eller træthed ind i mellem måtte lægge sig på en briks i hjørnet, afspejler problemet med evalueringen af kurset måske netop dette; at lidelserne på sin vis integreres i denne sygdomsforståelse og "glemmes".

Konklusion

Patienter med kroniske, diffuse lidelser som fx fibromyalgi udfordrer det medicinske behandlingssystem ved at falde uden for gældende kategorier for diagnostisk objektivitet, hvor syge mennesker betragtes som det, vi har kaldt *et medicinsk krObjekt*. Vi har identificeret to behandlingstilgange i smertebehandlingsfeltet; et *instrumentelt behandlingsregime*, som repræsenterer det biomedicinske felt, der fokuserer på krObjektet, og *et holistisk behandlingsregime*, der bygger på en bipsyko-social forståelse af krop og sygdom, og som kritiserer det instrumentelle behandlingsregime for at udspringe af den kartesianske dualisme mellem krop/sind og objekt/subjekt.

Smertepatienterne har vanskeligt ved at finde anerkendelse i det instrumentelle regime, hvor diagnosticering kræver organrelateret, objektiv og synlig eller målbar dokumentation. I det holistiske behandlingsregime anerkendes patienterne med deres smerte som hele mennesker, og behandlingen fokuserer ikke kun på at fjerne smerten men også på at opnå større subjektiv livskvalitet med smertelidelsen.

56 Det skal dog pointeres, at kursisterne i høj grad udtrykte stor glæde og tilfredshed med kurserne; det, at de ikke kunne deltage med fuld opmærksomhed hele tiden udgjorde netop en frustration, fordi de gerne ville deltage.

Ved nærmere eftersyn viser der sig imidlertid at være en gråzone imellem de to behandlingsregimer med overlappende diskurser. Det instrumentelle behandlingsregime deler sig i to fløje, hvor den ene er kategorisk afvisende over for lidelser, der ikke kan dokumenteres som krObjektive sygdomme. I den anden fløj, hvor bl.a. også WHO hører, anerkendes lidelsen med tildelingen af en diagnose, der udføres på subjektivt grundlag, men måles i objektive parametre (Tenderpointtest og AMPS-test). Inden for denne fløj af det instrumentelle regime vurderes objektive kriterier stadig som det væsentligste diagnostiske grundlag, og derfor er *centralnervesystemet* med dets forbindelse til hjernen en ny og lovende patogen (organrelateret sygdoms-) faktor, som sprogligt tildeles en primær plads i sygdomsbeskrivelsen. Diagnosegrundlaget udgøres ikke desto mindre af subjektive faktorer.

I det holistiske behandlingsregime derimod anerkendes patienters subjektive smerter og lidelser, men ofte befinder behandlere med denne tilgang sig i smerteklinikker og -centre, hvor patienter som regel først får adgang, efter at de har tilbragt en del tid og gennemgået mange undersøgelser i det instrumentelle behandlingsregime. I dette behandlingsfelt møder man desuden også behandlere, som tilslutter sig de instrumentelt baserede diagnosticeringsmetoder som videnskabeligt pålidelige og valide. Dermed repræsenterer de holistiske behandlere i et vist omfang også en krObjektiv tilgang til fibromyalgi.

Det samme viser sig at være tilfældet med hensyn til selve det holistiske behandlingsregime, som lægger vægt på subjektiv deltagelse i smertebehandlingen. Det betyder, at patientens subjektive smerteoplevelse anerkendes og accepteres, men behandlere forsøger at tilrette og korrigere kropsopfattelser og adfærdsmønstre, der inden for dette regime betragtes som ”forkerte”. Det vil sige, at patienter subjektiveres som medansvarlige i forhold til deres egen lidelse og dermed tildeles ansvar for egen sygdom og sundhed, samtidig med at de objektiveres og dermed forventes at kontrollere egen adfærd ifølge gældende forskrifter inden for dette behandlingsregime. Dette eksemplificeres med forventningen om at følge et særligt helbreds-narrativ, illustreret ved Parabelmodellen, ved at følge særlige forskrifter for smertehygiejne eller andre gode råd, som fx at dyrke sex, skønt det gør ondt.

Endelig anføres det om det holistiske behandlingsregime, at det med intentionen om at forbedre patientens livskvalitet med smerte ved at *leve med* smerten, i yderste instans risikerer at indebære en forventning om patientens evne til at tilsidesætte smerten, som kan nærme sig den holdning til smerte, der er i det instrumentelle behandlingsregime; nemlig at den er ikke-eksisterende. Eksemplet fra kurset med lidt for store krav til kursisternes formåen illustrerer dette.

De to behandlingsregimer overlapper således hinanden, og dermed overskrides den kartesianske dualisme mellem krop/sind og objekt/subjekt ikke i den bio-psyko-soziale tilgang, skønt det ofte er intentionen. Samtidig karakteriserer de to

regimer nogle markant forskellige holdninger til smertelidelser som fibromyalgi, og de rummer respektivt forskellige handlingsstrategier og -forslag til mennesker, som lider af smerter. Dette afspejler sig i patienternes måde at forholde sig til deres sygdom, når de pendler fra det ene regime til det andet. Først er de tvunget ind i den biomedicinske sundhedsdiskurs pga. sundhedsorganisatoriske krav om diagnosegrundlag for viderebehandling. Dernæst er behandlingsfeltet begrænset til den bio-psyko-sociale sundhedsdiskurs, fordi biomedicinen ikke kan tilbyde smertelindring.

Undervejs mødes de af mange forskellige opfattelser og holdninger, og denne uklarhed afspejler sig i patienternes egen forvirring og usikkerhed om sygdommens karakter og håndteringen af den.

Referencer

- Bartels, Else Marie et al. 2009: "Fibromyalgi, diagnostik og prævalens". *Ugeskrift for Læger*, vol. 171, nr. 49, s. 3588-3592.
- Bendelow, Gillian A. & Simon J. Williams 1995: "Transcending the dualisms: towards a sociology of pain". *Sociology of Health & Illness*, Vol. 17, nr. 2, s. 139-165.
- Danielsen, Rie Lykke 2011: *Ondt i kroppen eller ondt i livet? – Forståelse og behandling af kroniske, diffuse smerter i Danmark*. Unpubl. speciale, Saxo-Instituttet, Afd. for Etnologi, Københavns Universitet.
- Engel, George L. 1977: "The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine". *Science*, vol. 196, nr. 4286, s. 129-136.
- Foucault, Michel 1988: "Technologies of the Self". H. Martin Luther, Gutmand Huck & Patrick H. Amherst Hutton (red.): *Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault*. Univ. of Massachusetts Press, s. 16-49
- Foucault, Michel 2001: *Klinikkens fødsel*. Hans Reitzels Forlag.
- Frølich, Søren 2009: "Kronisk smerte – en skjult lidelse". Susan Schlüter og Vibeke Søndergaard (red.) 2009: *Skjulte lidelser. Om whiplash, kroniske smerter, fibromyalgi med mere*. Dansk psykologisk Forlag (u.s.)
- Grace, Victoria M. 1998: "Mind/Body Dualism in Medicine: The Case of Chronic Pelvic Pain without Organic Pathology: A Critical Review of the Literature". *International Journal of Health Services*, vol. 28; nr. 1, s. 127-151.
- Goldberg, Elkhonon 2005: *Visdommens paradoks. Sådan bliver du mentalt stærkere med alderen*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Hartling, Ole J. 2007: "Sygdomsmagerne har kronede dage". *Kronik i Kristeligt Dagblad*, 7.10.2007.
- Jensen, Uffe Juul 1994: "Sundhed, liv og filosofi". Uffe Juul Jensen og Peter Fuur Andersen (red.): *Sundhedsbegreber, filosofi og praksis*. Philosophia, s. 9-41.

- Johannesen, Nanna 2011: *Smertens socialitet. Bidrag til nye forståelser af det lidelsesfulde i liv med kroniske smerter*. Ph.d.-afh. 2011. Københavns Universitet.
- Kleinman, Arthur 1978: "Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems". *Social Sciences & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, vol. 12, s. 85-93.
- Lakoff, George & Mark Johnson 1980: *Metaphors We Live By*. University of Chicago Press.
- Lægeforeningen 2010: *Ugeskrift for læger*, nr. 24.
- Mik-Meyer, Nanna og Mette Brehm Johansen 2009: *Magtfulde diagnoser, diffuse lidelser*. Samfundslitteratur.
- Netteleton, Sarah et al. 2004: "Enigmatic Illness: Narratives of Patients who Live with Medically Unexplained Symptoms". *Social Theory & Health*, 2, s. 47-66.
- Otto, Lene 2009: "Sundhed i praksis". Stinne Glasdam (red.): *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. NNF, Danmark, s. 31-53 (kapitel 1).
- Rich, Emma & Andy Miah 2009: "Prosthetic Surveillance: the medical governance of healthy bodies in cyberspace". *Surveillance & Society* 6(2), s. 163-177.
- Rørbye, Birgitte 2002: *Mellem sundhed og sygdom. Om fortid, fremskridt og virkelige læger. En narrativ Kulturanalyse*. Anne Leonora Blaakilde (red.). Posthumt udgivet disputats af Birgitte Rørbye. Museum Tusulanums Forlag.
- Scarry, Elaine 1985: *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World*. Oxford University Press.
- Smed, Annelise 2009: "Whiplash". Susan Schlüter og Vibeke Søndergaard (red.): *Skjulte lidelser. Om whiplash, kroniske smerter, fibromyalgi med mere*. Dansk psykologisk Forlag (u.s.).
- Sullivan, Mark 1986: "In what sense is contemporary medicine dualistic?" *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10, s. 331-350.
- Tuxen, Anders 2009: "Medicinsk mode og mysterier". *Ugeskrift for Læger*, 171 (10), s. 828.
- Vallgård, Signild 2004: *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Aarhus Universitetsforlag.

Hjemmesider (alle hentet 30.7.2011)

<http://www.amps-danmark.dk/>
<http://www.denstoredanske.dk/>
<http://www.fibromyalgi.dk>
<http://www.netpatient.dk/>
<http://www.who.int/>

A ChrObjective Disease? Understanding and Treatment of Chronic Diffuse Pains with Fibromyalgia as an Example

The article deals with the disease field chronic diffuse pains, here exemplified by fibromyalgia, where patients are frequently rendered homeless in an objectivity-focused medical treatment system, whose specialities (ideally seen) are mutually exclusive, and where the absence of a diagnosis therefore poses a fundamental problem. In the treatment field there is, however, also a bio-psycho-social approach, and these two treatment regimes are respectively termed as a chrObjective approach and a holistic subject approach.

By empirical examples, from stories by both therapists and patients, the article describes how the actors navigate between the two treatment regimes, to which the patients must necessarily adapt in their wish for acceptance and assistance from both sides. The authors further discuss to which degree the two treatment regimes are actually incompatible. The interviews and observation of participants, which constitute the empirical basis for the article, were carried out among therapists and patients in Denmark in 2010.

Aske Juul Lassen er ph.d.-studerende ved Center for Sund Aldring ved Københavns Universitet, og er cand. mag. i Europæisk Etnologi ved Københavns Universitet. Hans nuværende ph.d.-projekt omhandler fællesskaber og velfærdsteknologier i forbindelse med aktiv aldring.

INSULIN SOM TRICKSTER:

Grænsearbejde i hverdagen med type 2 diabetes

Type 2 diabetes er en del af hverdagen for hundredetusindvis af danskere. Med diagnosen sniger sig en lang række kropslige praksisser ind i patientens hverdag, der forandrer og disciplinerer kroppen. Artiklen fokuserer på insulinens rolle i denne forandring og det problematiske ved insulin som medicin. Hvorfor er insulin så svært at integrere i dagligdagen, at den ofte fremstår mere skræmmende og stigmatiserende end selve sygdommen?

For at analysere denne problemstilling bruger forfatteren tricksterfiguren; en dril-lende, ambivalent og grænsebrydende figur. Insulin som trickster åbner op for en forståelse af insulinindsprøjtningerne som forstyrrende for kroppen som kategori, og som en, der roder med den måde, vi forstår vores krop og vores liv på. Endvidere påpeges det, hvordan sundhedssystemet er med til at understrege det tabuiserende ved insulin ved at oplære diabetikerne i diskretion og isolering i forbindelse med indsprøjtningen.

Artiklen bruger empiriske eksempler fra kvalitative interviews med type 2 diabetikere udarbejdet i løbet af 2010 på Sjælland.



Introduktion

Det antages, at der i dag er 900.000 danskere med diabetes eller forstadier hertil. De 250.000 af disse er konstateret diabetikere, 250.000 antages at have sygdommen udiagnosticeret, mens ca. 400.000 antages at have forstadier til sygdommen.¹ De mest almindelige diabetestyper er type 1 og type 2. Jeg har valgt

¹ Tal fra <http://diabeteskundskab.dk>.

at fokusere på type 2 diabetikere, da det er langt den største gruppe (ca. 90 % af diabetikerne i Danmark).² Type 2 diabetes udgør således en trussel mod en lang række menneskers helbred samt en stor udfordring for sundhedssystemet.

Men hvad betyder type 2 diabetes for den diagnosticerede i hverdagen? Hvordan ændres ens kropsforståelse og kropslige praksis efter diagnosen? Diabetes-skoler, praktiserende læger og diabetesspecialister disciplinerer den diagnosticerede type 2 diabetiker til at forholde sig til sin krop som et biomedicinsk objekt. Diagnosen af type 2 diabetes er for mange diabetikere også det første møde med det indre i deres krop. Det indre, biologiske og organiske tydeliggøres. Hverdag, krop og liv forandres som konsekvens af diagnosen. Igennem oplysning om diabetes forklares kroppens indre som et virvar af insulin- og glukoseagenter. På denne måde kan man sige, at biomedicinen objektiviserer og erobrer kroppen.

Type 2 diabetes forsøges reguleret gennem en række praksisser. I artiklen fokuserer jeg på den forandring, patienten oplever på sin krop, og hvordan der med insulinens konstante penetrering af kroppens overflade stilles spørgsmålstejn ved kroppen som en afsondret enhed. Insulinen leger med kategorier som krop, frihed, sikkerhed og risiko. Hvor går kroppens grænser, og på hvordan kan min krop være naturlig og 'min', når den konstant reguleres af et kunstigt og fremmed hormon? I mødet med sundhedssystemet forklares konsekvenserne ved at have diabetes således, at patienten må vælge enten at forholde sig til sin diagnose ved at ændre sin livsstil eller at gamble med sit helbred og fortsætte mere eller mindre uanfægtet af diagnosen. De fleste forsøger at ændre deres hverdag, men langt størstedelen af danske type 2 diabetikere formår ikke at tilpasse deres livsstil tilstrækkeligt til at kontrollere sygdommen.

Insulin anskues igennem artiklen som en trickster. Tricksteren er en betegnelse for en grænsebrydende figur, der går igen i mange forskellige kulturer.³ For Donna Haraway⁴ er kroppen, hvad hun kalder en *materiel-semiotisk aktør*. Den er et vidensobjekt, som er skabt både diskursivt og materielt, og hvis grænser både materialiserer sig via humane og non-humane aktører. Hun forsøger at forbinde det materielle og det semiotiske med en teori, der konstant forsøger at finde og bryde grænser.⁵ I denne interesse for grænser og bruddet med dem bruger Haraway tricksterfiguren, som er ekspert i grænsebrydning:

“... the trickster crosses both physical and social boundaries – the trickster is often a traveller, and he often breaks societal rules. Tricksters cross lines,

2 Tal fra Diabetesforeningens hjemmeside: <http://diabetes.dk>.

3 Se fx Douglas 1996, s. 80-82; Haraway 1997, s. 262 og 1993, s. 375.

4 Amerikansk filosof og zoolog (f. 1944).

5 Haraway 1992, s. 297-298.

*breaking or blurring connections and distinctions between 'right and wrong, sacred and profane, clean and dirty, male and female, young and old, living and dead.'*⁶

Tricksteren fremkommer i mange former hos Haraway, for hvem den kan være alt fra Michael Jackson til selve verden.⁷ Insulinen er her tricksterfiguren, da insulinen i mine interviews ofte fremstod som denne forstyrrende, drillende, grænsebrydende og ambivalente aktør på rejse inde i kroppen. Tricksteren nedbryder den orden, vi bygger vores verden op med, og efterlader os forvirrede og søgende efter en ny.⁸

Baggrunden for artiklen er mit speciale, som blev afleveret i oktober 2010⁹. I løbet af 2010 interviewede jeg otte diabetikere og tre diabetessygeplejersker, jeg var til tre forsamlings i Diabetesforeningen samt fulgte to diabetesskoler på et hospital og et diabetescenter. Af de otte diabetikere er fem fundet gennem Diabetesforeningens lokalforeninger på Sjælland, mens tre er fundet igennem mit eget netværk. Interviewene varede fra en til fire timer og var semistrukturerede interviews. Syv af diabetikerne har type 2 diabetes. Jane har type 1 diabetes og er taget med i specialet for at forstå, hvordan hverdagen med type 1 diabetes adskiller sig fra hverdagen med type 2 diabetes.¹⁰ Forskellen på de to sygdomme uddybes i det følgende afsnit.

Diabetes, disciplinering og krop

Udbredelsen af type 2 diabetes ses i disse år som en af de største udfordringer for sundhedssystemet. Endvidere medfører sygdommen ofte skyldfølelser og kan ses som socialt stigmatiserende, da den er forbundet med alderdom, overvægt og usund livsstil.

Ved alle former for diabetes har patienten problemer med at få energien fra den indtagne mad ud i musklerne, hvilket indebærer at sukkeret bliver i blodet. For type 2 diabetikeren skyldes det høje blodsukker, at kroppens insulin, der normalt hjælper sukkeret med at trænge fra blodet ind i cellerne, ikke længere virker på cellerne. Det høje blodsukker skaber over tid en række komplikationer såsom nedsat følesans, nyreproblemer, ingen heling af sår, koldbrand, blindhed samt blodpropper. De fleste type 2 diabetikere regulerer i starten af sygdomsforløbet

6 Dette citat er taget fra: <http://faculty.gvsu.edu/websterm/Tricksters.htm> (6/10-10) og stammer fra Hyde 1998.

7 Haraway 1997, s. 262, 1993, s. 375 og 1992, s. 298.

8 Haraway 1997, s. 262.

9 Lassen 2010.

10 Jane er et pseudonym. Alle informanternes navne er ændret af hensyn til deres anonymitet. For oversigt over informanter se under 'utrykte kilder'

deres blodsukker ved hjælp af kost, motion og piller, der enten øger insulinfølsomheden eller sætter bugspytkirtlens insulinproduktion op. Længere henne i sygdomsforløbet vil det dog blive nødvendigt at supplere disse reguleringsformer med hormonet insulin, der skal indsprøjtes op til flere gange dagligt. 80 % af danske type 2 diabetikere har generelt for højt blodsukker, mens de resterende 20 % formår at regulere det gennem kost, motion og medicin. Type 1 diabetes skyldes, i modsætning til type 2 diabetes, ikke livsstil. Hvor type 2 diabetikeren udvikler sygdommen langt oppe i alderen, diagnosticeres type 1 diabetes ofte i barndommen. Type 1 diabetes er en autoimmun sygdom, der medfører at bugspytkirtlen ikke producerer insulin. Således er type 1 diabetikeren afhængig af at indsprøjte insulin på en helt anden måde end type 2 diabetikeren. Hvor type 2 diabetikeren langsomt får mindre og mindre ud af sin insulin, er type 1 diabetikeren slet ikke i stand til at få energien fra maden ud i musklerne. For type 2 diabetikeren er niveauet af kompliance således ofte til forhandling, da det forhøjede blodsukker primært er et problem på lang sigt. Type 1 diabetikeren er derimod tvunget til at være kompliant for at kunne overleve. Det er således to meget forskellige måder at leve med diabetes på, der er på spil i de to diabetesformer, men for begges vedkommende drejer det sig om at regulere blodsukkeret.

Diabetikeren befinder sig i en konstant balanceakt, da det ikke blot handler om at have så lavt et blodsukker som muligt. Mens for højt blodsukker (hyperglykæmi) skaber komplikationer på sigt, indebærer for lavt blodsukker (hypoglykæmi) nogle umiddelbare risici såsom svimmelhed, rystelser, bevidstløshed, hjerne-skader, koma og død. Balanceakten består således i at kunne styre sin krop, så blodsukkeret konstant befinder sig imellem 3,5 og 8 millimol per liter, hvilket den raske krop selv kan kapere. Denne balanceakt kræver en omlægning af diabetikerens livsstil. Man må konstant regulere sin krop og betragte kroppen som et mål for intervention. Kroppen bliver til et biologisk objekt, der skal styres. Udover almene parametre som vægt og blodtryk introduceres diabetikeren til en lang række nye kropslige målbare parametre (fx øjefunktion, fodstatus, glukagon, HbA1c og BG mmol/l), jf. fig. 1. Kroppen er således ikke blot målbar som en del af en befolkning, der kan findes i epidemiologiske statistikker, men diabetikeren oplever ligeledes sin egen krop som et mål for sundhedsregulering. Som informanten Jens beskriver det:

"De måler mig i hoved og røv, men jeg ved jo godt, hvorfor de gør det, det er jo min egen skyld". (Jens)

Type 2 diabetikerne oplæres i, hvordan den diabetiske krop forstås på diabetes-skolerne og i mødet med læger og andre sundhedspersoner. Denne forståelse skal medføre ændringer i patientens livsstil. Oplæringen kan betragtes som en disci-

Type 1		Detailer		RISIKO		Årsak	
Type 2		Høje		Nye		Optimale	
DATE	MM	FAST	SI	HA1C	INSULIN	SI	SI
08/02		56,8	27/71	7,5	4,7	63	4,9
17/6		50,0	15/60		4,7	58	5,8
19/10		57,4	14/60		4,4	65	
09/01/12		56,8	137/16		4,2		4,4
09/17/6		55,7	13/70		4,8	72	1,1
09/21/10		53,6	13/109		4,0	80	2,6
10/17/2		51,8	12/67				3,6

Fig. 1. Informanten Kitts oversigt over hendes diabetespleje. Alle tal skrives ned og sammenlignes over tid. Foto: Forfatteren.

plinerings, inspireret af Michel Foucault.¹¹ Subjektet anskues her som historisk fremkommet. Det subjektiveres, reguleres og disciplineres igennem en abstrakt magt. Magten er en form for blik, der gennemtrænger kroppen, og medicinen er en central del af dette blik. Det medicinske blik påvirker vores måde at forstå kroppen som objekt på.¹² Gennem biopolitikens disciplinering bliver kroppen til en omstridt størrelse.¹³ Den skal beskyttes gennem subjektets sunde liv.¹⁴ Kroppen er ikke en afsondret enhed. Den stopper ikke ved fingerspidserne eller huden, men er en del af sine omgivelser. Den er ikke stabil. Den ses på nye måder, indgår i nye og gamle praksisser og har mange forskellige dybder og agenter i sig. Den er en dyb krop, idet den kan rumme ting under overfladen, der ikke er umiddelbart tilgængelige. Netop denne dybe krop er central for biomedicinen

11 Fransk filosof (1926–1984).

12 Foucault 1973.

13 Biopolitikken er den form for politik, der beskæftiger sig med, hvordan befolkningen lever livet. Ifølge Foucault praktiseres dette fx igennem fokus på sundhed og statistikker (Foucault 1994, s.73). Medicinen og biologien, som de praktiseres i dag, må ses som dele af biopolitikken.

14 Foucault 1994, s.71.

som vidensfelt, da livet her forklares som et resultat af de processer, der foregår i kroppens dybder.¹⁵

Nogle diabetikere erkender i forbindelse med diabetesdiagnosen for første gang i deres liv kroppens og livets skrøbelighed. Diagnosen bliver til et møde med døden og forgængeligheden. De fleste mennesker oplever på et tidspunkt i deres liv at være patienter. De gennemgår en overgangsfase ved indlæggelsen; skifter tøj, får armbånd med navn og cpr-nummer på og får eventuelt indlagt et drop. Med indlæggelsen bliver man til patient, der skal kunne udpeges, beskyttes og kontrolleres. Diabetikeren er ikke konstant indlagt, men er underlagt en konstant livsstilsregulering, som vedkommende selv skal tage ansvar for. Man skal komme til tjek hver tredje måned og stilles her til ansvar for, hvordan man har klaret det i de tre foregående måneder. Man er patient i ens hverdag og virke. Ens patientarmbånd er usynligt, men det er der:

”På en eller anden måde er det offentligt. Jeg kan aldrig have det for mig selv. Alle har en holdning til diabetes (...) Det irriterer mig når alle hele tiden skal være med til at bestemme. Jeg er ikke længere bare Pia, men diabetikeren Pia.” (Pia)

Patientliggørelsen er konstant for type 2 diabetikeren Pia. Type 2 diabetes, som den fremstilles af lægen for den diagnosticerede patient, er irreversibel nedsat insulinfølsomhed. I patientens praksis er type 2 diabetes lig med blodsuktermålinger, insulinindsprøjtninger, kontrol af kost og motion samt konstant balancering mellem nutidige og fremtidige risici. Hvor biomedicinen fokuserer på kroppens dysfunktionelle dybder, er patientens umiddelbare oplevelse af sygdommen forbundet til de ydre kropslige sygdomspraksisser og patientens forhåbninger til livet.

Insulinen som trickster: Et analytisk greb

Igennem mine interviews med diabetesspecialister i sundhedssystemet samt tidligere konsulentarbejde for insulinindustrien havde jeg dannet mig et indtryk af insulin som en problematisk medicin. I løbet af mit feltarbejde blandt diabetikere ændrede dette indtryk af insulin sig. Mange af mine informanter, som enten er på insulin eller forholder sig til en fremtid med insulin, opfatter insulinen som farligere for deres helbred end diabetes. Med andre ord: I deres daglige diabetespraksis frygter de medicinen mere end selve sygdommen.

Insulin er et komplekst og mangesidet hormon, der bærer på mange betydninger og en lang historie. I mine informanters opfattelse af insulin kendetegnes det

15 Biomedicinen bruges igennem artiklen om den praksis og det vidensfelt der forbinder viden om livet, biologi, med lægekunsten, medicin.

ved at være forstyrrende og svært at inkorporere. Netop derfor kan insulin anskues som en trickster. Tricksteren lader sig ikke sætte i en boks. Den skal indsprøjtes i kroppen, men forandrer samtidig kroppen. Man må lære at leve med den, men den er svær at få til at passe ind i hverdagen. Således er insulin noget andet i diabetikerens hverdag end for den sundhedsfaglige person, der introducerer patienten til insulin. Biomedicinen muliggør livet med diabetes, men opstiller en række præmisser, man må følge for at bevare sit helbred og overleve. En af disse er underkastelsen af sin krop til en legende trickster og til et biomedicinsk blik.

Artiklens fokus på insulinens rolle for diabetikeren er et forsøg på at bidrage til en sundhedsfaglig og kulturanalytisk debat om sundhed og medicin. Fokus på sundhed og revolutionerne inden for medicinen forandrer den måde, vi lever med vores kroppe på; eller rettere, det forandrer kroppen og tydeliggør, at kroppen er et plastisk modificerbart objekt i det biomedicinske arbejde med den. Ved at anskue insulinen som en trickster åbnes der op for en forståelse af sammenhængen mellem krop og medicin, der tydeliggør foranderligheden og kroppens modtageligheder for det fremmede. Tricksteren gør kroppen til en kategori, der kan leges med; den er foranderlig og polymorf. Valget af tricksteren er et kulturanalytisk greb, der muliggør mit analysearbejde med kroppen som objekt.

Ligeledes giver blikket på insulin som en trickster en mulighed for at vise insulin som mere end et rent praktisk problem for diabetikerne. Det traumatiserende aspekt ved tricksteren anskues her som en af årsagerne til, at det er så svært at regulere sit blodsukker som type 2 diabetiker. At bryde med kroppens grænser er at bryde med en kategori, der indtil diagnosen blev stillet fremstod hel og naturlig.

Type 2 diabetes er ofte en usynlig sygdom indtil langt henne i sygdomsforløbet. Man ændrer sin hverdag; ikke fordi man nødvendigvis har smerter eller andre problemer, men fordi man får at vide, at det er nødvendigt, hvis ikke man vil have komplikationer senere hen. Insulinen derimod er invaderende og synlig. Når medicinen for nogle diabetikere er mere invaderende end sygdommen, kan det blive svært at følge sit behandlingsregime. Mange patienter opfatter ikke insulin som positiv for organismen, men derimod som skadelig og farlig. Det er dog en nødvendig fare, og dermed må diabetespatienten finde måder at leve med denne fare, bogstaveligt talt under huden på sig selv. På trods af insulinvæskens gennemsigtighed og de mange innovationer, såsom nye former for nåle, nåleskjuilere, penne og insulintyper, der kommer på markedet i disse år, synes insulin forplumret og urent. Men hvorfor er insulinen så svær en medicin at tage, og hvordan udøves insulinproblemet i patienternes hverdag?

Ved hjælp af Mary Douglas'¹⁶ teori om det urene og Georges Canguilhems'¹⁷ teori om det monstrøse beskrives i det følgende afsnit insulinens farlighed og

16 Britisk antropolog (1921–2007).

17 Fransk filosof og biolog (1904–1995).

skræmmende kvaliteter. Herefter vil jeg vise, hvorledes insulinen ikke kun kan opfattes som negativ og monstrøs, men også indebærer en ambivalens. Det er i denne ambivalens, at insulinen anskues som en tricksterfigur, der utæmmelig og drillende forstyrrer selvbilledet, men som i sin leg med kategoriernes og kroppens grænser samtidig manifesterer dem.

Det urene og det monstrøse

Douglas definerer det urene som *matter out of place*.¹⁸ Der er bestemte sociale, videnskæssige og historiske konventioner for, hvor ting passer ind. Det hellige og rene er karakteriseret ved at være adskilt af grænser og systemiseret.¹⁹ Det er, når systemet brydes, at der opstår urenhed og fare. Med dette in mente er der nogle aspekter af insulinen, der forekommer urene. Ifølge Douglas er kropsåbninger ofte det sociales ind- og udgange, og disse er omgærdet af en lang række ritualer og rengøringsprocesser.²⁰ Insulinen kan ikke fungere gennem kropsåbningerne, men tvinger sig vej ved at penetrere huden. Huden brydes, den forplumrede og farlige væske indsprøjtes, og kroppens helhed forstyrres. Biomedicinen og dens farlige fremkomster bliver helt konkret subkutane. Det er *matter out of place*. Insulinen skaber nye, små åbninger i kroppen, der må håndteres med omhu for at undgå infektioner. I en kontinuerlig praksis penetreres huden, og flere af mine informanter bærer på synlige tegn på dette i form af blå mærker og irriteret hud. Det er ikke ren medicin men medicin med et twist, da den bærer en historie og en fare med sig ind i det kropslige system. Insulin synes at bryde med grænserne mellem kroppens indre og ydre.

En anden måde at anskue insulinens urenhed på er via det monstrøse. Monsteret som figur udgør et rum uden for det normale i natur- og humanvidenskabene. Canguilhem beskriver det monstrøses historie, og hvordan det monstrøse har været med til at skabe ideen om det normale.²¹ Det monstrøse er en fejl, som belyser vor egen normalitet, og som skræmmer os, da det stiller spørgsmålstejn ved livets orden og organismens love, som vi selv er underlagt. Det monstrøse er således et åbent spørgsmål til vor egen eksistens og til, hvordan livet på prekær og kontingent vis er i kroppen.²² I Canguilhems teori er monsteret et levende og organisk væsen, der er uden for os, en slags ekstrem anden. Det monstrøse kan dog blive en del af vores egen organisme gennem kroppens fejl. Når man rammes af en kræft- eller HIV-sygdom, overtages ens krop gradvist af fremmede agenter i

18 Douglas 1996, s. 36.

19 Douglas 1996, s. 8.

20 Douglas 1996, s. 4.

21 Canguilhem 2008, s. 136.

22 Canguilhem 2008, s. 134-135.

form af muterede og fjendtlige celler. Fejlen bliver således til en del af kroppen.

Det monstrøse i form af insulin er ikke noget umiddelbart levende men et kunstigt frembragt hormon. Det kunstige hormon er dog ikke kun død og fremmed materie men en levende væske, der regulerer kroppen, arbejder i den og forandrer den. Det monstrøse er her ikke et fremmed væsen men en fremmed væske, man gennem indsprøjtninger må gøre til en del af sig selv. Som type 1 diabetikeren Jane beskriver det:

"Jeg lever kunstigt. Hvis ikke jeg får insulin, så dør jeg, og insulin den er jo fremstillet. Det er jo et kunstigt produkt ikke." (Jane)

Insulinindsprøjtningen er en form for kunstig overlevelse, som foregår på biomedicinens nåde. Den fortæller patienten noget om livets grænse. Livet er via insulinpraksissen løsrevet fra kroppen og opretholdes af en umiddelbart klar, men alligevel forplumret og farlig væske. Livets fortsættelse kommer til at afhænge af insulinens samarbejde med kroppen, hvilket vises gennem en talværdi på et lille måleapparat. Samtidig bliver den kunstigt fremstillede insulin til en del af organismen, der ellers ofte opfattes som naturlig. Insulinen fortæller os således om vores egen påvirkelighed, unaturlighed, foranderlighed og skrøbelighed.

Hvis man anskuer insulin fra denne vinkel - som det kunstiges interaktion med kroppen og den deraf følgende tydeliggørelse af kroppens flydende foranderlighed - synes det klarere, hvorfor insulinen kan kaldes monstrøs. Kroppen må optage fremmed materie for at overleve, uden at denne optagelse fjerner det fremmedes monstrøse karakter. Insulinen er en nødvendig, grænseoverskridende praksis. Man må kæmpe for at bevare sin normalitet og menneskelighed i en praksis, hvor det kunstige, urene og monstrøse konstant må sprøjtes ind, for at ens 'naturlige' og 'rene' organisme kan fortsætte livet.

Insulinens historie er med til at give den sin problematiske og monstrøse karakter. Indtil slutningen af 1990'erne blev insulin kun brugt til type 1 diabetikere, samt når type 2 diabetikeren var langt henne i sygdomsprocessen. Således er insulin for type 2 diabetikeren ofte forbundet med familiehistorier, hvor insulinstart var det sidste stadie inden amputation, kørestol og død.²³ Snarere end at være forbundet med kur eller symptombehandling opfattes insulin af mange type 2 diabetikere som en del af sygdommens sidste stadier. Desuden forbindes insulin for nogen med svineinsulin. Frem til 1980'erne var insulinindsprøjtninger baseret på svineinsulin, hvilket nogle stadig tror, det er. Patienterne tænker over hormonets fremkomst og anskuer ikke væsken som ren eller oprindelig. Insulin er fremstillet i en svært forståelig biokemisk proces. Ligegyldigt om den fremstil-

23 Man må her huske på, at diabetes er en arvelig sygdom, og at mange patienter derfor har familiehistorier om sygdommen.

les af dyr (som i 1970'erne) eller gærceller (som i dag), repræsenterer insulinen et spørgsmålstejn ved menneskets oprindelighed og særegenhed. Den er stadig fremmed for menneskets 'naturlige' krop. Kroppen bliver enten en hybrid mellem menneske og dyr eller mellem menneske og teknologi.²⁴ På denne vis kan kroppens afhængighed af indsprøjtet insulin også blive fortællingen om kroppens falliterklæring: Kroppen kan ikke længere selv. Den *er* fejlende. Der *blev* kæmpet, der *blev* ændret livsstil, men kroppen gav op over for fejlen. For at livet kan fortsætte, har organismen brug for et hormon, der enten er udvundet fra dyr eller fremstillet ved hjælp af gær og teknologi.

Kroppen er på den måde det renes og det urenes, det naturliges og det kunstiges, samt det monstrøses og det menneskeliges mødested. Insulinen er en del af dette møde; en del af kroppen og samtidig fremmed for den. På den vis er insulinen ikke en passiv væske, men en forandrende og handlende aktør, der er med til at forme diabetikeren i hverdagens diabetespraksis. Denne praksis er præget af en vis ambivalens. På trods af den konstante indsprøjtning af det monstrøse var mine interviews præget af en selvopretholdelsesdrift hos alle mine informanter. Der var både risiko og sikkerhed samt frygt og håb at spore. Denne ambivalens forsvinder i monstrøsitetens negativitet, og derfor kan insulinen med fordel analyseres via tricksterens legende ambivalens. Fra det monstrøses manifestation af livets skyggeside og insulinens urenhed vil jeg nu vise det usikre håb, der også knytter sig til fremtiden som diabetiker.

I det følgende er der forskellige eksempler på, hvilke grænser tricksteren leger med. Jeg argumenterer for, at insulinen er en trickster, der både skaber kroppen som objekt og samtidig forandrer dette objekt; skaber kategorierne og viser deres fravær af a priori.

Gift og medicin

Insulin er et hormon, der holder diabetikeren i live, men som samtidig kan slå ihjel meget hurtigere end diabetesen selv. Det er ikke helbredende, men livsforlængende og potentielt dødbringende. Det symptombehandler ved at regulere blod-sukkeret, men kan ikke genindsætte en rask norm i organismen. Således forstyrrer tricksteren balancen mellem medicin, sygdom og sundhed, idet medicinen her er en frygt i sig selv. Tricksteren leger med grænserne for, hvad medicin er:

²⁴ Jeg bruger begrebet hybrid med inspiration fra Haraway (se fx 1993, s. 379), som sammensmeltningen af organisme og teknologi.

"Insulin med tre ord? Jeg kan nøjes med et: gift, sådan føler jeg det. Jeg ville være meget ulykkelig, hvis jeg skulle på insulin. Det ville næsten være det samme som en kræftdiagnose. Men hvis jeg skulle på insulin, selvom jeg havde tabt mig, ville det være noget andet. Så ville jeg vide, at jeg havde gjort, hvad jeg kunne." (Eva)

For type 2 diabetikeren Eva er insulin giftig. Hun forbinder insulin med at give op. Ifølge hende er det kun, hvis man er ligeglad og ikke kan styre sin vægt, at man kommer på insulin. Derfor bliver insulin forbundet med ligegyldighed over for egen krop og liv. Når hun opfatter insulin så negativt, at hun sammenligner det med en kræftdiagnose, hænger det sammen med, at hun opfatter ansvaret for eget liv som centralt. Hun opdeler sine sygdomme mellem de psykiske sygdomme, som hun "ikke kan gøre for", og diabetes, som hun føler, hun via usund livsstil selv er delvist skyld i.²⁵ Når hun selv er skyld i diabetes, bliver det vigtigt for hende at gøre noget ved det. Der følger en form for bemyndiggørende ansvarsfølelse med diabetesdiagnosen. Det er denne ansvarsfølelse, hun mener, at tricksteren ødelægger. Når man er på insulin, lader man tricksteren overtage ens blodsukkerkontrol, i modsætning til når man regulerer kost og motion stramt. Eva kalder tricksteren gift, da kontrol er et nøgleord for hendes diabetespleje. For hende handler det om vigtigheden af at kæmpe for eget liv og sundhed. Således bryder tricksteren grænsen, og viser forbindelsen, mellem gift og medicin.

Livets renhed og kunstighed

"Jeg tror, at jeg adskiller sygdommen og insulin for sig selv. Fordi sygdommen hader jeg, og jeg ville ønske jeg aldrig havde fået den, og jeg synes også, mit liv er blevet forringet med den, ikke. Men insulinen, den har jeg altid taget imod med kyshånd, fordi med den bestemmer jeg selv, hvordan jeg vil have det; med insulinens hjælp." (Jane)

Jane er meget bevidst om at adskille insulinen fra diabeten. Som type 1 diabetiker forsøger hun at distancere sig fra type 2'ernes opfattelse af insulin som noget farligt. Hendes behov for insulin er anderledes end type 2 diabetikernes, da hun slet ikke producerer insulin. Denne distancering fra type 2'erne kan skyldes, at jeg fra start gjorde det klart, at mit projekt omhandlede type 2 diabetes, og at hun var med for at give mig et andet perspektiv på diabetes. Hun synes at skelne mellem insulin og diabetes for at kunne opfatte insulinen som ren medicin. Diabetes

25 Eva har været psykiatrisk patient gennem det meste af sit liv.

lægger bånd på hendes adfærd og udsætter hendes organisme for farer, mens insulinen er det, der giver hende noget af sin tabte frihed tilbage.

Ved at lave denne skelnen gør hun det lettere for sig selv at integrere insulinen i sin hverdag. Dog er der et 'men' i denne adskillelse. Da hun, som tidligere beskrevet, overlever på insulinens nåde, nævnte hun flere gange under interviewet, at hun kan føle det som om, hun lever kunstigt. Med diabetes har hendes organisme og liv mistet en renhed og en autenticitet, som hun mener, hun havde tidligere. Selvom hun opfatter tricksteren som positiv og frihedsgivende, er det på bekostning af hendes organismes autenticitet. Noget er mistet, og tricksteren kan ikke give hende det tilbage, men blot erstatte kroppens egen balance med en kunstig balance. Tricksteren er således som en slags protese, der muliggør en livsførsel med en vis form for frihed men aldrig lader patienten glemme det kunstige ved det nye liv. De konstante målinger og indsprøjtninger gør, at patienten hele tiden mindes om organismens fejl. Tricksteren viser forbindelsen mellem det rene og det kunstige liv.

Tricksteren leger med vores begreber og forestillinger om, hvad livet er, og hvilke kræfter der ligger bag det. Det er biomedicinen, der i dette tilfælde muliggør livet og blotlægger det som en mekanisk balance, man kan opretholde via kunstige hormoner. Tidligere var insulin som nævnt lavet på først okse- og svineinsulin (1920'erne til 1970'erne), siden gærceller, der efterlignede menneskets egen insulin (1980'erne til 1990'erne) til i dag, hvor man har ændret gærinsulinmolekylet, så det virker længere i kroppen.²⁶ Man skal derfor sprøjte sig færre gange i døgnet.²⁷ Insulinen er udviklet som en efterligning af menneskeinsulin, men ændrer sig løbende og bliver mere og mere effektiv. Gennem den øgede manipulation med insulinen i dens 'naturlige' form kan den også opfattes som mere kunstig. Tricksteren viser, hvordan livet for diabetikeren er muliggjort af en kunstighed, der står i modsætning til, hvordan Jane ideelt vil leve sit liv. Samtidig fremhæver hun friheden ved insulinen som positiv, hvilket netop er muliggjort af manipuleringen af insulinmolekylet. Hendes forhold til tricksteren synes mere ambivalent end den "kyshånd", hun siger, hun tager imod den med.

Frihed fra og frihed til

"Det værste er, at friheden er væk i mit liv, og når du skal ind til et møde, skal du huske, hvornår var det nu, du spiste, og du skal have en mad med til ved 4-tiden, ellers bliver dit blodsukker for lavt, og vapidapidap, og så nogle

26 Svansø 2010.

27 Dog vil de fleste insulinbrugende diabetikere med de nyeste insulin typer kun kunne gå fra fx fire til tre indsprøjtninger dagligt. En lille del af diabetikerne, der lige er startet på insulin, vil kunne nøjes med at tage insulin tre gange ugentligt frem for en gang dagligt.

gange tror jeg, at jeg glemmer det [insulinen] med vilje, selvom jeg ved, det er tåbeligt.” (Pia)

Den frihed, type 1 diabetikeren Jane opnår gennem tricksteren, står i skarp kontrast til den mangel på frihed, type 2 diabetikeren Pia pålægges af den. Der er her tale om to forskellige slags friheder i hverdagen. For Jane giver tricksteren hende frihed, da hun med den kan spise mere frit og kan justere insulindosen ud fra, hvor meget hun spiser og dyrker motion. Type 2 diabetikerne Kitt og Carsten understregede ligeledes, at graden af kostfrihed har ændret sig, efter de startede på insulin. Til særlige lejligheder kan de skrue lidt op for dosen og dermed regulere blodsukkeret ud fra mængden af indtaget energi. Carstens hurtigtvirkende insulin til nødsituationer er et godt eksempel på dette. Han har overtalt sin læge til at give ham den, da han vil have frihed til at kunne spise som de andre, når han er ude til en af sine mange forretningsmiddage. Tricksteren giver mulighed for at eksperimentere med madens og hormonets indvirkning på kroppen. Den førhen skjulte madnedbrydningsproces inde i kroppen synliggøres gennem insulinenheder, kulhydrater og blodsukkertal, som bliver målt og noteret.

Denne eksperimenteren skal dog ikke anskues som en fri leg, hvormed patienten leger sig frem til sine tal. Tricksterens frihed er en bunden frihed, der er forplumret og spunden ind i et væv af negative associationer. Både Kitt, Carsten og Pia har det dårligt med at tage insulinen foran ægtefæller såvel som foran fremmede:

“Jeg kunne aldrig finde på at tage det foran andre. Jeg synes, det er noget af det mest. Når folk, de bliver op, og så stikker de. Det ville jeg aldrig kunne (...). Det er for privat, det kan støde folk, når jeg er ude. Jeg ville ikke gøre det i et rum, hvor jeg ikke kunne låse det, og min mand vil heller ikke sidde og se på det. Og folk tænker også; 'sidder de nu og tager noget' [stoffer] ikke.” (Kitt)

Lige som Kitt går også Carsten ind i et aflåst rum for at tage insulin. Han tager kun insulin på toilettet og helst på sit eget toilet. Han tager ofte chancer, når han skal ud at spise ved at tage sin aftendosis hjemme på sit eget toilet og derefter køre til restauranten og håbe på, at han ikke havner i en trafikprop, eller at han skal vente længe på maden. Hvis der går for længe mellem indsprøjtning og måltid, er risikoen for hypoglykæmi stor. Tricksteren skal således helst gemmes væk og ikke være tydelig. Der er en grad af noget socialt stigmatiserende over den. Diabetikeren forsøger at tæmme det farlige ved tricksteren ved at skjule den og ikke udsætte andre for dens farer.

Ifølge Douglas er ritualets funktion at tæmme det urene og farlige ved at skabe og kontrollere oplevelser og sætte dem ind i en social ramme.²⁸ Gennem ritualer

28 Douglas 1996, s. 66.

kurerer man ikke sygdommen, men omskriver oplevelsen af fare. Fx beskriver Douglas, hvordan malariaritualer blandt Dinkaerne i Sudan fejlagtigt er blevet fortolket som forsøg på behandling. Dinkaerne tror ikke, at ritualerne kurerer malaria. Det er derimod en måde, fællesskabet kan håndtere og kontrollere oplevelsen af sygdom.²⁹ Med dette in mente falder det lige for, at det sociale ritual omkring insulin mangler. Der er ikke et ritualiseret fælles sprog og forståelse, der kan kontrollere faren.

Carsten har en fast insulinrutine.³⁰ Hver morgen, når han har været i bad, inden han tager tøjet på, tager han insulinpennen frem på badeværelset. Han siger, han ikke har noget problem med at indsprøjte insulin, men det tager ham alligevel lang tid nogle gange. Han kan godt stå og kigge lidt på pennen, inden han begynder at vende den op og ned for at blande den hurtig- og den langsomvirkende insulin. Han orker ofte ikke at gøre det nok gange, indtil væsken er helt klar og ensartet. Derefter pakker han nålen ud. Når først nålen er på insulinpennen, synes han, det skal overstås hurtigt. Han skynder sig at presse eventuelle luftbobler ud af nålen og stiller den på 18 enheder, hvorefter han stikker nålen i låret. Han siger, at han aldrig ville kunne stikke sig i maven, men at låret er ok. Nogle gange får han store blå mærker af stikket. Nålen skal sidde inde i seks sekunder, men nogle gange tror han, at han kommer til at tælle lidt for hurtigt. Han holder altid vejret, mens nålen sidder i huden. Han kan sjældent mærke, at nålen sidder der, men han synes, det ser mærkeligt ud i spejlet med nålen i låret og prøver at kigge andre steder hen. Rutinen gentages igen om aftenen. Han bryder sig ikke om at gennemføre indsprøjtningen andre steder end på toilettet og ville betragte det som et overgreb på sin kone, hvis hun kom til at overvære det. De eneste tidspunkter på døgnet, der er låst til toilettet, er de to gange, han tager insulin.

Der synes at være en form for tabu over Carstens insulinrutine. Det er en ensom praksis, som han ikke kan inkludere andre i. Netop derfor er hans indsprøjtning en rutine frem for et ritual. Der er ikke noget socialt element over det. Han snakker sjældent om det, og han sikrer sig, at ingen kan afbryde ham i indsprøjtningen. På diabetesskolerne lærer man at måle sit blodsukker sammen i gruppen, mens instruktionen i indsprøjtningens metode er henvist til enkeltkonsultationer. Dette gøres, da man vil sikre sig, at patienten kan tage insulin korrekt grundet dens farlige karakter, og da man antager, at folk ikke vil vise maver og lår i gruppen. Når tricksterindsprøjtningen ikke ritualiseres, når den henvises til toiletter og private rum, fjerner man ikke kun sygdommen fra synsfeltet. Man fjerner også diabetikeren og dennes oplevelse af fare, der ikke omskrives igennem et ritual. Sygdommen og tricksteren kontrolleres igennem isolation frem for ritualisering. Man er som diabetiker henvist til toilettet i en tabubelagt penetrering af kroppen.

²⁹ Douglas 1996, s. 59.

³⁰ Denne beskrivelse af Carstens insulinindsprøjtning er mit subjektive referat af hans måde at beskrive det på. Han ville ikke vise mig indsprøjtningen, hvilket understreger min pointe, men gerne beskrive den i detaljer.

Friheden ved tricksteren er dermed ikke en frihed til at eksperimentere frit i det offentlige rum med kroppe og deres tal, men derimod en skjult praksis, der giver øget kostfrihed og samtidig mindre bevægelsesfrihed og mindre frihed til at være synlig. Der synes at være en frygt for, at andre vil se skævt til en, men også for at man forurener andre gennem en forplumret og farlig insulinpraksis.

For Pia er den øgede kostfrihed ikke lige så vigtig som hendes oplevelse af, at friheden til at leve uden for megen planlægning er mistet. Hun har været vant til et travlt liv, hvor hun har skyndt sig rundt til møder på job og i foreninger. Diabetes har umuliggjort hendes måde at leve livet på. Tricksteren har ikke optrådt som den store befrier, da den mistede frihed ved diabetes ikke var mistet kostfrihed, men mistet frihed til bevægelse, travlhed og spontanitet.

Tricksteren tydeliggør, at der er forskellige frihedsbegreber på spil. Det drejer sig om frihed *fra* og frihed *til*; frihed fra at skulle være gennemreguleret kostmæssigt, eller frihed til at kunne være spontan og travl. Tricksteren muliggør den første slags frihed, mens Pia, i sin søgen efter friheden til at "sprælle med armene og bare gøre et eller andet", må søge forgæves. Tricksteren kan ophæve imperativet om den gennemregulerede kost, men kan ikke genindsætte organismens evne til at tilpasse sig omgivelserne og ens livsførsel. Når tricksteren skuffer Pia, får hun svært ved at følge sin anbefalede behandling. Hun "glemmer" det med vilje", da hun ikke kan se formålet med den begrænsede frihed, hun opnår igennem behandlingen. Hendes krop er begyndt at vise alvorlige tegn på hendes glemsel, men hun nægter at opgive sin frihed til ikke at rette sig efter diabetesrådene. Konsekvenserne viser sig på hendes ben med et åbent sår, som hun har haft siden et cykelstyrt for tre år siden. Hendes høje blodsukker forhindrer heling. Hvis hun kunne få blodsukkeret ned, kunne hun muligvis få sin evne til at cykle og gå ture tilbage, men hendes frihed til bevægelse og spontanitet er allerede mistet gennem de mange regelmæssighedskrav.

Ved at bruge tricksterfiguren håber jeg at have klarlagt nogle af de mange grænseoverskridende, forstyrrende og ambivalente effekter, som insulin har på forståelsen af krop og liv som afgrænsede enheder. Med tricksteren indsprøjter man mere end bare en klar væske. Den bryder ind i praksis, skubber til og overskrider kroppens grænser. Kroppen er ikke bare krop, ligesom frihed ikke bare er frihed, medicin ikke bare er medicin, og liv ikke bare er liv. Tricksteren viser os, at grænserne og kategorierne er ambivalente og kan brydes. Kroppen er både en diskursiv og en materiel størrelse. En materiel-semiotisk aktør frembragt gennem historiens kampe og specificitet, samt videnskabens konstruktioner og objektiverende strukturer³¹. I det følgende beskriver jeg, hvordan denne tricksterfigurs spil også er et spil i tid med sikkerhed og risiko.

31 Haraway 1993, s. 374.

Tricksterens tidsperspektiv: Sikkerhed og risiko eller hypoglykæmi og senkomplikationer

Risiko fylder meget i samfundsdebatten i disse år. En række senmoderne socialteoretikere beskæftiger sig med, hvordan risikohåndtering og sikkerhed er en stor del af det senmoderne menneskes liv.³² Nutidens biomedicin kan anskues som et udtryk for dette, og sikkerheds- og sundhedsdiskurserne, med fokus på alt fra rygestop til brandalarmer og cykelhjelme, kan ligeledes ses som måder at håndtere risiko på. Tricksteren kan i denne sammenhæng bruges til at lege med kategorierne og vise det sammenhængende og modsigende i håndteringen af risiko og sikkerhed.

”Insulin er jo en sikkerhed, men insulin er også en risiko. Det giver jo den sikkerhed, at man kan holde sit sukkerniveau på et normalt plan, eller rimelig normalt i hvert fald. Det er en balance mellem risiko og sikkerhed. Det hele er jo for at holde komplikationerne væk og ikke falde om, mens man gør det.”
(Carsten)

Carsten balancerer sit blodsukker op imod sikkerhed i nutiden og risiko i fremtiden. Tager han for meget insulin, eller spiser han for lidt mad og dyrker for meget motion, bliver hans blodsukker faretruende lavt. Denne tilstand kan som beskrevet føre til besvimelse, koma og død. For at undgå hypoglykæmi må han derfor have et blodsukker, der ikke når under 3 mmol/l. Samtidig forholder Carsten sit blodsukker til sin fremtid. Hvis blodsukkeret ligger højt eller længe over 8 mmol/l, indtræder risikoen for senkomplikationer. Tricksteren regulerer på den vis blodsukkeret på en potentielt farlig måde og forbinder den nutidige sikkerhed med den fremtidige risiko. Tricksteren er farlig og må holdes i ave, ellers slår den hårdt og gør frygten for de fremtidige risici overflødige gennem døden. Dens regulerende og blodsukkernedsættende evne må kontrolleres og overvåges af diabetespatienten og dennes apparater. Ellers udsættes organismen for hypoglykæmi.

Ronald Frankenberg³³ beskriver, hvorledes medicin og sundhedsfremme implicit altid forholder sig til fremtidens håb og risiko. For at vi kan mærke risikoen og fornemme konsekvenserne af manglende sundhed, må vi frygte døden. Medicinens narrativ indebærer nogle årsagskonsekvenser: ”hvis ikke du...”, ”for at...”. Døden optræder på den måde hele tiden som en del af medicinens narrativ.³⁴ Tricksterens farlighed gør, at det ikke kun er den fremtidige død, man må forholde sig til og forsøge at udskyde i behandlingen. Diabetikeren må også, i sin konstante balancesøgen og risikovurdering, veje dette op i mod nutidig sikkerhed.

32 Se fx Giddens 2000 og Beck 1999.

33 Britisk antropolog.

34 Frankenberg 1993, s. 220.

Indsprøjtningen af tricksteren er for mange af patienterne problematisk, hvilket ofte fører til dårlig kompliance på trods af god vilje. Som jeg beskrev i indledningen, er ca. 80 % af danske type 2 diabetikere non-kompliance.³⁵ Alle mine informanter på nær én gik ind i spillet med sundhedssystemet om kost, motion og compliance. De forsøgte at følge rådene, selvom nogle forsøgte mere end andre. I den daglige diabetespraksis integreres rådene til en vis grad, og i denne praksis foretages en kalkulation af risiko, håb, sikkerhed og tidshorisont. Da jeg bad Carsten om at tage et billede af diabetes, var han ikke i tvivl om motivet:

”Det er kanylen du, det er der, hvor man ligesom bliver opmærksom på, at det er noget, at det skal man tage, hvis man ikke vil til at bruge mange flere kanyler på et tidspunkt.” (Carsten)

Carstens compliance forholder sig på denne måde til en fremtid med diabetes. Han tager sin insulin for ikke at skulle tage mere medicin og blive mere syg senere. Tiden bliver således en vigtig faktor. I den regnes potentielle kommende tilstande. På basis af sin hidtidige livsførsel og sin diagnose forsøger Carsten at regne fremtidens risici ud. Fremtiden har en iboende usikkerhed, hvilket synes meget udtalt for diabetikerne, men denne usikkerhed gør samtidig fremtiden nærværende og præsent, idet fremtiden peger tilbage på nutiden gennem risiko.³⁶ De potentielle konsekvenser af sygdom og livsstil kalkuleres og forsøges overført til større eller mindre diabetescompliance. Som jeg allerede har beskrevet, skal nutidens sikkerhed medregnes, da overdreven nedsættelse af blodsukkeret fører til hypoglykæmi. Dette er, med Carstens ord, en ”balance mellem risiko og sikkerhed”. Det høje blodsukker udgør en risiko i fremtiden. Det lave blodsukker udgør en fare i nutiden. Tricksteren fordrer, at man kan håndtere dette regnestykke i tid og krop samt i hypoglykæmi og senkomplikationer.

Carsten har haft flere følinger, som er optakten til hypoglykæmi, om natten. Han ved, han har en føling, når han vågner om natten, og hans syn er for sløret til at se, hvad klokken er. Derefter skynder han sig at få noget hurtigvirkende sukker. Frygten for at sove ind under et alvorligt hypoglykæmianfald gør, at han måler sit blodsukker og spiser hver aften, inden han går i seng. Nogle diabetikere sørger for at have noget juice eller druesukker ved sengen til de natlige følinger, men Carsten stavrer i stedet ned af trapperne til køkkenet, hvor han har alt sit diabetesudstyr (på trods af at han, som beskrevet, tager sine indsprøjtninger på toiletet). Dette gør han, fordi han er fokuseret på at begrænse diabetes og tricksterens fysiske tilstedeværelse i sit hjem. Han balancerer mellem sikkerhed og risiko, men gør det primært på et bestemt sted i huset. Dette kan anskues som et udtryk

35 Tal fra Diabetesforeningens hjemmeside: diabetes.dk.

36 Lind og Arnoldi 2007, s. 171-172.

for hans vilje til at kontrollere sygdommen. I køkkenet kan han inddæmme og kontrollere den samt sørge for, at den ikke fylder for meget. Han forsøger at have diabetesfrie zoner i sit hjem, hvor tricksteren og sikkerhedsteknologierne ikke får plads.

Når Carsten måler sit blodsukker, tager sin insulin og spiser sin mad, gør han det ud fra nogle beregnede risici. Gennem nutidens handlinger påvirker han sit fremtidige sygdomsforløb. I sin diabetespraksis er det en nødvendighed, at han har tillid til de videnskabelige kalkuleringer, der ligger bag de tilrådede handlinger. Carsten anerkender kalkuleringerne, men skaber samtidig bestemte pladser, køkkenet og toilettet, hvor han kan isolere og kontrollere sandsynlighedsberegningernes invadering af sin familie og dagligdag. Hans dagligdag er en lang kamp mod blodsukkeret og tricksteren, og han forsøger at beskytte sig mod det invaderende ved kampen. Sikkerheden er således både en nødvendighed samt en form for kontrol, som Carsten på ambivalent vis både udøver og forsøger at indskrænke.

Pias diabetespraksis synes også at være styret af risiko, men på en anden måde end Carstens balancering. Jeg har allerede beskrevet, hvordan hun med tricksteren har mistet spontaniteten i sit liv. Samtidig ligger hendes blodsukker konstant så højt, at risikoen for en alvorlig hypoglykæmi er meget lav.³⁷ Den risiko hun forholder sig til, er udelukkende senkomplikationerne, som ikke kun griber ind i hendes hverdag gennem potentialitet men også begynder at være fysisk præsent. Den risiko, Pia forholder sig til, er både endnu-ikke-hændelser og de allerede fremkomne komplikationer.³⁸ Pia må således forsøge at foregribe fremtidige, samt tage sig af nutidige, skader. Begge fordrer et lavere blodsukker. Hvad der før blot var fremtidig risiko, er nu også nutidig fare. Derudover er det sværere at styre blodsukkeret pga. det åbne sår på benet, da motion besværliggøres af hendes manglende mobilitet. Risikoen for fremtidige komplikationer er en del af Pias hverdag, ikke blot som en abstrakt frygt for, hvad fremtiden skal bringe, men også som konkret fysisk skavank og kropslig fejl.

For at kontrollere denne fejl forsøger Pia at sætte tal på alle sine diabetesrelaterede kropslige værdier. Hun formår ikke at udføre denne kontrol igennem hele døgnet, men koncentrerer sig om sine tal om morgenen, jf. fig. 2. Hun noterer og sammenligner dagene og viser tallene til lægen, som ud fra dem vurderer, hvordan hun håndterer sin sygdom. Dette fokus på kontrol er opstået, efter hun er begyndt at mærke komplikationerne. Risikoen var førhen for abstrakt til, at hun kunne motiveres til kompliance, mens den nu er blevet alt for præsent til at blive ignoreret. Den risiko, hun er udsat for, er udsigten til forværring. At glemme eller

37 Selvom hendes blodsukker er meget højt, kan hun godt få en føling. Hendes krop har vænnet sig til det høje blodsukker og reagerer, når det falder, ved at hun bliver træt eller aggressiv. Med hendes høje blodsukker kan hun dog ikke få et alvorligt anfald.

38 Beck definerer risiko som en handlingsaktiverende endnu-ikke-hændelse (Beck 1999, s. 46).

SØVN m) BLODSUKKER DOGHPROFILMÅLINGEN																	
DATO	PROVE 1		PROVE 2		PROVE 3		PROVE 4		PROVE 5		PROVE 6		PROVE 7		Morgen	BEMÆRNINGER	
	Kl.	Før morgenmad	Kl.	Tid efter	Kl.	Før	Kl.	Tid efter	Kl.	Før	Kl.	Tid efter	Kl.	Før			BEHANDLING
10/3 9 ³⁰	7,2	8t	16E+Rug													117,3	1130 129-77-67 Følgelse / motion Hælsfølelse, søvne
11/3 8 ³⁰	14,2	7t	16E+Grod			11-12 GYM										118	
12/3 8 ³⁰	10,0	12t	16E+Rug				20 min 5 km									117,2	
13/3 5 ³⁰	12,2	5½	16E+Rug				20 min 6 km	107								118,0	
14/3 8 ³⁰	14,8	12t	16E+Rug				20 min 6 km	127								118,0	
15/3 8 ³⁰	11,7	6t	16E+Rug				15 min 5 km	118								118,0	
5/3 8 ³⁰	11,7	6t	16E+Rug													118,0	

Fig. 2. Pias logbog, hvori hun hver morgen nedskriver dato, tidspunkt, blodsukker, antal timers søvn, antal insulinenheder, morgenmad, motion, puls, vægt og nogle gange blodtryk. Foto: Forfatteren.

benægte det store, smertefulde og iøjnefaldende sår på benet synes umuligt, og risikoen griber således ind i hendes hverdag og gør hende mere kompliant: "Følgesygdommene gør, at jeg forsøger at holde mig på sporet." (Pia)

Ifølge Frankenberg er fremtiden netop en del af praksis gennem risikohåndtering. Sundhedsfremme kan kun tænkes inden for et narrativ, der indebærer en fremtid med forskellige mulige udfald.³⁹ Med de nedskrevne tal kan Pia håndgribelige og kvantificere disse mulige udfald. Tallene gør det muligt for hende at have en målestok, som fungerer som pejlemærke for hendes organismes nutidige og fremtidige sundhedstilstand. Med tallene forsøger hun at kalkulere risikoen. På den måde er både bensår og fremtid en del af hendes diabeteskontrol.

Tankerne om fremtiden i forhold til diabetes er diverse og ambivalente og var hos mine informanter ofte centreret omkring tricksterens leg med risiko og sikkerhed. Blodsukkeret er en umiddelbar indikator for deres krops tilstand, men peger samtidig frem i tiden, da de potentielle skader, det høje blodsukker kan medføre, ikke nødvendigvis opstår hverken i dag eller i morgen. Her forklarer Jane, hvordan hun håndterer tankerne om fremtidens komplikationer:

"Selvfølgelig bekymrer komplikationerne mig lige som alle andre, men indtil videre er alt fint nok, og det er dumt at gå og tage sorgerne på forskud. Så længe jeg lever, så godt som jeg kan. Jeg tror, jeg kan leve livet, indtil jeg bliver 75, så har jeg brugt de penge, jeg har sparet op. Jeg vil leve livet, mens jeg kan. Det har nok noget med sukkersygen at gøre". (Jane)

39 Frankenberg 1993, s. 229.

Jane forsøger således at holde tankerne om fremtidens komplikationer for døren, men forholder sig samtidig til, at hendes alderdom sandsynligvis ikke bliver lang. På samme måde er fremtidens mulige komplikationer en del af Kitts diabetespleje, samtidig med at hun understreger, at de ikke fylder for meget:

"Frygten for komplikationer fylder ikke så meget. Hvis det gjorde det, kunne jeg jo aldrig gå uden for en dør. Men tallene, dem må jeg altså have. Lægen sagde i starten bare, at det så fint ud, men det kan jeg jo slet ikke bruge til noget. Nu beder jeg om tallene, så kan jeg se, hvordan det går med det hele. De der komplikationer skulle jo nødtigt komme snigende, uden jeg ved af det." (Kitt)

Således er der hos både Jane og Kitt en trang til at understrege, at frygten ikke fylder for meget. Samtidig forholder de deres diagnose til både den frygt og det håb, der knytter sig til fremtiden. Med diabetes og tricksteren har de i deres hverdag fået et nyt blik på fremtiden. Det er nu en kamp mod hypoglykæmi og komplikationer, eller for sikkerhed og mod risiko. I denne kamp er det vigtigt at have fornemmelsen af, at der er forskellige muligheder; at tricksteren netop er ambivalent og ikke blot monstrøs. Derfor understreger de, at frygten ikke fylder for meget, og at håbet kan trænge frygten i baggrunden. Både kalkuleringen af resterende leveår og kroppens talværdier er måder at kontrollere fremtiden på. Tricksteren gør fremtiden mulig, men tager sig dyrt betalt i form af den konstante og farlige leg med det kropslige objekt.

Konklusion

Tricksteren viser, hvordan begreber som gift og medicin, kunstighed og renhed, frihed og ufrihed samt risiko, sikkerhed, frygt og håb hænger sammen. Ved at overskride grænserne og lægge sig uden for kategorierne, viser den hvordan forskellige kategorier ikke bare er som sådan, men at de både er sociale og materielle og manifesteres gennem praksis. Som trickster er insulin selv med til at manifestere de grænser, den bryder. Når sprøjten bryder huden, er den samtidig med til at gøre huden til en grænse, der ikke bør brydes. Når medicinen virker mere invaderende end sygdommen, forvandler medicinen sig til en svært håndterbar gift. Når livet muliggøres af kunstig medicin, viser medicinen det kunstige ved livet, men peger samtidig tilbage på en autentisk renhed. Når friheden til at spise hvad man vil, kommer på bekostning af et utal af indsprøjtninger og ens spontanitet og bevægelsesfrihed, stilles spørgsmålstegn ved nytten af den genvundne frihed til at spise, hvad man vil. Når man, for at have sikkerhed i sin hverdag og håb for sin fremtid, må leve med risikoen og frygten for hypoglykæmi og senkomplikationer, anskueliggøres det, at de kategorier, vi bygger vores liv og krop

op med, ikke er så faste, som vi ofte tager for givet. Dette er netop tricksterens kunst: At bryde de grænser, den manifesterer, og manifestere de kategorier, den selv sprænger.

Med dette fokus på tricksteren håber jeg at have tydeliggjort ambivalensen ved insulinpraksissen. Insulin er nødvendigt for overlevelse, men samtidig farligt. Derudover opleves den ofte mere invaderende og skræmmende end diabetes selv. Der er mange grunde til, at det sunde og gode diabetesliv er svært at praktisere. Insulintricksterens grænsebrud er blot en af disse grunde men er ikke desto mindre central for at forstå diabetikerens daglige kamp med blodsukker og livsstil. En frigørelse fra det tabuiserede, ensomme og isolerede rum, hvori indsprøjtningerne oftest foregår, synes at være en måde, sundhedssystemet kan understøtte et bedre liv med diabetes.

Litteratur

- Beck, Ulrich 1999: *Risikosamfundet* (1986). Hans Reitzels Forlag.
- Canguilhem, Georges 2008: *Knowledge of life* (1965). Fordham University Press.
- Douglas, Mary 1996: *Purity and Danger* (1966). Routledge.
- Foucault, Michel 1973: *The Birth of the Clinic – an Archeology of Medical Perception* (1963). Vintage Books.
- Foucault, Michel 1994: “Security, Territory and Population” og “The Birth of Biopolitics”. *Ethics – Essential Works of Foucault 1954-1984 volume*. Penguin Books, s. 67-71, og s. 73-79.
- Frankenberg, Ronald 1993: “Risk. Anthropological and Epidemiological Narratives of Prevention”. S. Lindenbaum & M. Lock (eds.): *Knowledge, Power & Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. University of California Press.
- Giddens, Anthony 2000: *Modernitetens konsekvenser* (1990). Hans Reitzels Forlag.
- Haraway, Donna 1992: “The Promises of Monsters: A Regenerative Politics for Inappropriate/d Others”. Lawrence Grossberg, Cary Nelson & Paula A. Treichler (eds.): *Cultural Studies*. Routledge, New York, s. 295-337.
- Haraway, Donna 1993: “The Biopolitics of Postmodern Bodies. Determinations of Self in Immune System Discourses”. S. Lindenbaum & M. Lock (eds.): *Knowledge, Power & Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. University of California Press, s. 364-410.
- Haraway, Donna 1997: *Modest_Witness@Second_Millennium.FemaleMan@Meets_OncoMouse™*. Routledge.
- Hyde, Lewis 1998: *Trickster Makes This World: Mischief, Myth and Art*. Farrar, Straus & Giroux.

- Lassen, Aske Juul 2010: *At tænke sig at blodsukker kan være skyld i alt det – En etnologisk analyse af type 2 diabetes, disciplinering og insulintricksteren*, cand. mag. speciale. Københavns Universitet.
- Lind, Uffe og Jakob Arnoldi 2007: “Tro, håb og stamceller”. Lene Koch og Klaus Høyer (red.): *Håbets Teknologi*. Munksgaard, s. 157-178.
- Svansø, Vibeke L. 2010: “Slaget om insulinen”, *Berlingske Tidende*, 4/7-2010, 4. sektion, s. 3-4.

Utrykte kilder

Informanter:

- Carsten (11/3-10): 67 år, type 2 diabetes i ca. 10 år, på insulin: NovoMix 30 to gange dagligt og NovoRapid til nødsituationer
- Eva (18/3-10): 63 år, type 2 diabetes i 6 måneder, er på piller: Metformin to gange dagligt
- Jane (17/3-10): 56 år, type 1 diabetes i 11 år, har insulinpumpe
- Jens (5/3-10): 59 år, type 2 diabetes i 11 år, er på piller: Metformin tre gange dagligt
- Kitt (10/3-10): 71 år, type 2 diabetes i 11 år, er på insulin: Lantus en gang dagligt
- Patrick (26/3-10): 62 år, type 2 diabetes i 7 år, ikke medicineret
- Per (25/3-10): 58 år, type 2 diabetes i 1 år, ikke medicineret
- Pia (15/3-10): 60 år, type 2 diabetes i 15 år, er på insulin: Lantus en gang dagligt og NovoRapid tre gange dagligt

Insulin as Trickster: Boundary Work in the Everyday Life with Type 2 Diabetes

The article focuses on the role of insulin in the everyday life of the type 2 diabetic. The diagnosis of type 2 diabetes is not merely the establishment of a chronic disease, it also alters the patient's conception of his own body and his everyday life. For many patients, the diagnosis is their first encounter with the interiors of their bodies. It is attempted to regulate the diabetes by a number of practices; in the article, this is viewed as a bio-medical disciplinization, which deals with the body and life as objects. The biomedicine conquers the diabetic body and becomes part of the diabetic's everyday life. Thereby, the body is problematized as a natural and delimited category. The limits of the body are broken down by the recurring penetration of the skin, when the blood sugar is measured or the insulin injected. Insulin is analysed as a trickster figure which exerts a boundary work on the body, plays with its categories and inverts the relations between poison and medicine, freedom and constraint, artificiality and naturalness, security and risk. Everyday life is changed and future put into perspective by the trickster, which at the same time makes both everyday life and the future possible by its blood sugar reducing properties.

Maja Schøler er cand. mag. i antropologi og europastudier (AU) og ph.d.-studerende ved Center for Sund Aldring og afdelingen for etnologi, Københavns Universitet. Maja Schølers ph.d. projekt handler om livsstilsforandringer, overvægt og kommunal sundhedsfremme. Lene Otto er ph.d. og lektor ved afdelingen for etnologi samt forskningsleder i program 5 ved Center for Sund Aldring, Københavns Universitet. Lene Otto har forsket og undervist inden for feltet Humanistisk sundhedsforskning siden 1990.

MÆND OG MAD

Artikulering af kroppen i borgerrettet sundhedsfremme.

Sunde vaner, vægttab og livsstilsforandringer anses i dag for at være såvel et privat som et offentligt anliggende. Med kommunalreformen i 2007 er det primært kommunerne, som har ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark, og de tilbyder i dag forskellige sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter til borgere, som har behov for og/eller interesse i at arbejde med egen sundhed. I denne artikel ser vi på, hvordan en gruppe af overvægtige mænd forsøger at skabe sig en sundere livsstil som deltagere på et kommunalt organiseret livsstilskursus. Vi undersøger, hvordan de mandlige deltagere igennem kurset præsenteres for forskellige teknikker, som lærer dem at forholde sig til deres krop som et objekt, der skal opdrages og disciplineres, samtidig med at de også undervises i at sanse og fornemme kroppen. Vi diskuterer den konstante vekselvirkning, som finder sted mellem objektivering- og subjektiveringsprocesser, både fra underviserens og fra mændenes side, og argumenterer for, at det netop er dette sammenspil mellem kroppen som objekt og deltagerne som subjekt, der er med til at realisere den enkelte deltagers forsøg på at leve sundere.



Indledning

”Livet er fedt”, ”10 veje til vægttab”, ”Bitz din sundhed”, ”Chris på vægten”, ”Ebeltoft på skrump” er fængende og genkendelige overskrifter fra mediebilledet, som viser, at mange danskere ønsker og arbejder på et vægttab eller en sundere livsstil. Koncepterne, som udbredes af både kommunale og private udbydere, lover enten at guide den enkelte igennem processen mod at opnå en slankere krop og et sundere liv, eller sætter fokus på en gruppe af danskeres kamp mod kiloene. I Danmark anses den enkeltes sundhed for at være et privat såvel som et offentligt anliggende. Overvægt, fedme og livsstilssygdomme er både en byrde for samfundet, der potentielt er voksende i kraft af den demografiske udvikling, hvor flere lever længere, og et anliggende for den enkelte. I forebyggelsens navn er det derfor vigtigt at spore befolkningen ind på en mere sund levevis tidligere i livet, og inden virkningerne i form af sygdom rammer. Som en konsekvens heraf skelnes der i stigende grad mellem patientrettet forebyggelse, som skal sørge for, at patienter undgår indlæggelse, og borgerrettet forebyggelse, som skal fremme livsstilsændringer hos raske borgere. Siden kommunalreformen i 2007 er det de 98 kommuner i Danmark, som står med en stor del af ansvaret for den såkaldte borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme, hvor kommunale institutioner forventes at etablere nye sundhedspædagogiske sammenhænge, hvor de kan møde borgerne individuelt og påvirke dem til at leve et sundere liv.

Udgangspunktet for denne artikel er et sådant kommunalt organiseret livsstilskursus for en gruppe overvægtige mænd, som tager kampen op med – og mod – deres egen krop for sundhedens, udseendets og velværets skyld. På kurset lærer de mandlige deltagere at forholde sig til deres krop som et objekt, der skal opdrages og disciplineres, men samtidig undervises de også i at sanse og fornemme kroppen. I artiklen argumenterer vi for, at der sker en konstant vekselvirkning mellem forskellige objektiviserings- og subjektiviseringsprocesser både fra underviserens og fra mændenes side, og at det netop er dette sammenspil imellem kroppen som objekt og deltagerne som subjekt, der er med til at realisere den enkelte deltagers forsøg på at leve sundere.

Det empiriske materiale er indsamlet i forbindelse med et igangværende feltarbejde på livsstilskurset ”Små skridt”. Kurset er organiseret af en kommune i Storkøbenhavn. Feltarbejdet består primært af deltagerobservation på livsstilskurset, interview hjemme hos de deltagende mænd samt interviews af underviseren på kurset,¹ sundhedschefen i kommunen og en af hovedmændene bag det koncept, som livsstilskurset tager udgangspunkt i. Ligeledes er der foretaget deltagerobservation på et andet livsstilshold kun for mænd i samme kommune,

1 Underviseren er ansat i kommunen.

som allerede var i gang, da feltarbejdet blev påbegyndt. En nærmere beskrivelse af kurset og konceptet følger nedenfor.

Artiklen indledes med en beskrivelse af livsstilskurset og en kort diskussion af, hvorledes forholdet mellem mænd, sundhed og krop tidligere er beskrevet inden for sundhedsfremme og forskning, samt en præsentation af vores teoretiske inspirationskilder. Herefter følger en række forskellige analyser af nogle af de begreber, teknikker og metoder vedrørende krop og spisning, som mændene introduceres for på livsstilskurset og efterfølgende forsøger at anvende i deres hverdag. Analysen afsluttes med en teoretisk perspektivering.

Vane- og livsstilsændring; vejen mod et sundere liv i en kommunal kontekst

Det kommunale livsstilskursus for overvægtige mænd er et tilbud til borgere med en BMI over 25. På holdet er der tolv deltagere, der aldersmæssigt, uddannelses- og professionsmæssigt spænder bredt; håndværker, sælger, ingeniør, politimand, efterløkker, pensionist er nogle af de erhverv, som er repræsenteret blandt deltagerne. Deltagerne er i alderen fra midt 30'erne til slutningen af 60'erne. De har alle kone og børn, der enten bor hjemme eller er flyttet hjemmefra, og de har alle forskellige mål med deres deltagelse på livsstilskurset. Den primære årsag er dog ønsket om et vægttab, men hvor nogle blot ønsker hjælp til at tabe 5-10 kilo, ønsker andre hjælp til et mere drastisk vægttab og til en fundamental ændring i deres livsstil. Mange af deltagerne har prøvet forskellige metoder til at tabe sig tidligere uden det store held, og de har alle selv tilmeldt sig livsstilskurset efter at have set eller blevet gjort opmærksom på et opslag om tilbuddet i forskellige lokale medier.

Livsstilskurset bygger på konceptet "Små skridt", der er udviklet af en ernæringseksperter i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.² Konceptet er baseret på en idé om, at den enkelte person kan opnå et varigt vægttab ved at foretage små gradvise individuelle livsstilsændringer i hverdagen over en længere periode, helst for hele livet. De små skridt skal ifølge konceptet være effektive, realistiske og lystbetonede, dvs. at den enkelte deltager skal være motiveret for at foretage ændringerne, og ændringerne skal passe ind i hans og eventuelt familiens hverdag. Et væsentligt element ved Små skridt-konceptet er ifølge ernæringseksperter, at det ikke er en slankekur, men snarere en integrering af en sundere livsstil ved hjælp af små ændringer som fx at skifte sodavand ud med light sodavand og senere vand.³ Det lille skridt skal kunne tages uden de store ændringer i hverdagen,

2 Per Brændgaard Mikkelsen og Sundhedsstyrelsen 2009.

3 Interview med Per Brændgaard Mikkelsen 2011.



Fig. 1. Bogen, der blev udleveret til deltagerne i begyndelsen af livsstilskurset. Bogen er udgivet af Per Brændgaard Mikkelsen og Sundhedsstyrelsen i 2009.

men giver i sidste ende en effekt. Konceptet skal således fremstå som en direkte modsætning til mange andre former for interventioner rettet mod vægttab, dels fordi der arbejdes med en lang tidshorisont, hvor der er fokus på en individuel tilrettelæggelse af vaneændringerne frem for standardiserede kostplaner, og fordi det eksplicit fremgår, at der ikke er noget, som er forbudt, eller som deltagerne ikke må spise, blot det indtages i passende mængder og ledsages af en refleksion over, hvad det betyder, og hvad han kunne vælge, som bare var lidt sundere.

Kurset foregår over en periode på 15 måneder, og består dels af individuelle samtaler med underviseren, dels af gruppesessioner, hvor også madlavningsaftener indgår. Hver gruppesession er bygget op omkring et udvalgt tema, fx varedeklaration, og består af undervisning, gruppeøvelser, erfaringsdeling og opsamling, samt en bordrunde, hvor hver deltager fortæller om, hvordan det går med at integrere vaneændringer i hverdagen og om den pågældendes tanker omkring forløbet og egen proces. Til madlavningsaftenerne forbereder og smager deltagerne sammen på et antal sunde, nemme retter, som er blevet udvalgt af underviseren. I de første ca. fire måneder er der indlagt undervisning eller samtale hver fjortende dag, hvorefter der er månedlige opfølgninger. Det overordnede mål med kurset er, ifølge underviseren, "at deltagerne får redskaber og viden til at kunne ændre deres livsstil og få et varigt vægttab".⁴

4 Interview med underviser, marts 2011.

Redskaber og viden opfattes i sundhedsfremme ofte som synonyme, men i det følgende undersøger vi, om der snarere er tale om to forskellige men på mange måder også forbundne strategier, hvor *viden* om sundhed formidles til deltagerne med henblik på at gøre dem til reflekterede subjekter, der bedre kan træffe de rigtige, sunde valg, mens *redskaber* tilbydes, så kursisterne lærer at gøre deres krop til et objekt gennem forskellige praksisser. Men inden vi kommer til en konkret beskrivelse af den viden og de redskaber, som tilbydes deltagerne, skal vi lige et smut omkring forholdet mellem mænd, sundhed og krop, og hvordan det tidligere er blevet skildret i sundhedsfremmeforskningen.

Mænd, sundhed og krop

Mænds sundhed og krop er inden for de senere år kommet i fokus i Danmark. Det skyldes bl.a., at mænd i Danmark ifølge flere epidemiologiske studier har en lavere middellevetid end kvinder, og kan forvente at leve næsten fire et halvt år kortere end kvinder.⁵ Årsagerne angives at være, at mænd som en gruppe oftere end kvinder dør af de store folke- og livsstilssygdomme; de drikker mere, ryger mere og spiser mere usundt; og mister oftere livet i trafikulykker.⁶ Et væsentligt dilemma i forsøget på at fremme mænds sundhed og skabe opmærksomhed omkring emnet er ifølge Sundhedsstyrelsen, at mænd, trods deres højere risiko for at dø tidligere end kvinder, generelt føler sig mindre syge og går – eventuelt som konsekvens heraf – tilsyneladende også mindre op i sundhed end kvinder.⁷ Dilemmaet har betydet, at det er en svær opgave for statslige og kommunale sundhedsinstitutioner at nå ud med deres sundhedsbudskaber til den gruppe af mænd, som ikke viser interesse for eget helbred.⁸ Det er bl.a. baggrunden for flere nye sundhedstiltag, som er tilrettelagt specielt for mænd, fx Sundhedsstyrelsens årlige rapport om mænds sundhed⁹ og Men's Health Week, som er en årlig international event med deltagelse af flere kommuner, apoteker og patientforeninger fra Danmark.¹⁰ Også arbejdspladsen trækkes ind som en arena til at skabe opmærksomhed omkring mænds sundhed og krop.¹¹

En af bevæggrundene for den stigende interesse for mænds sundhed og involveringen af forskellige aktører er erfaringen om, at de traditionelle sundhedsbudskaber og kampagner ikke har appelleret til mænd i samme omfang som til kvinder, og det antages, at det bl.a. er derfor, der er en kønsforskel i middellevetiden.

5 Se bl.a. Kjøller, Davidsen og Juel 2010; Cash og White 2003.

6 Kjøller, Davidsen og Juel 2010, s. 7.

7 Sundhedsstyrelsen 2010, seminar om mænds sundhed den 29. november 2010.

8 Sundhedsstyrelsen 2010, seminar om mænds sundhed den 29. november 2010.

9 www.sst.dk, 15. august 2011.

10 www.sundmand.dk, 15. august 2011.

11 Sundhedsstyrelsen 2011, s. 21-23.

Enkelte studier påpeger, at budskaberne i mange sundhedskampagner generelt er centreret omkring varetagelse af egen og andres sundhed, og at det er kvaliteter, der teoretisk og empirisk i højere grad forbindes med den traditionelle kvinde-end manderolle.¹² Den britiske sociolog Sarah E. H. Moore peger i et kritisk studie af sundhed og kønsroller på, at sundhedsbudskaber i vestlige lande henvender sig til kvinder og ikke mænd, fordi de indirekte appellerer til en kropsforståelse, som vestlige kvinder i højere grad end vestlige mænd er i besiddelse af bl.a. på grund af de historiske værdier, der er tilknyttet mandens og kvindens krop.¹³ Ifølge Moore lægges der i sundhedsbudskaberne vægt på den forebyggende praksis som et mål i sig selv; den bevarer og plejer kroppen, og i den tilgang anskues en sundere krop som et mål i sig selv.¹⁴ Den kvindelige krop er historisk blevet set på som et (seksual)objekt, mens mandens krop anerkendes som et instrument til opnåelse af noget andet; fx forsørgelse, og derfor som et middel. Hvor kvinder, ifølge Moore, således har været vant til at skulle pleje deres krop og gøre den til et præsentabelt objekt, har mænd ikke været tvunget til at have fokus på kroppen, så længe den fungerede, hvilket kan have medvirket til en generel øget kropsbevidsthed blandt kvinder i forhold til mænd og et syn på (kvinde) kroppen som et objekt, den enkelte skal arbejde med og kontrollere.¹⁵ Også andre forskere peger på, at mænd eventuelt har en anden tilgang til sundhed end kvinder, og at mænds forhold til deres krop ikke tidligere har været et emne i samfundet eller blandt mænd selv i samme grad som blandt kvinder.¹⁶

En kvalitativ undersøgelse fra Danmark af 13 mænds motivation for og barrierer mod at tabe sig argumenterer for, at væggtab motiveres af udseende, et ønske om at fremstå som attraktiv på arbejdsmarkedet samt sygdomsforebyggelse.¹⁷ Det er specielt ønsket om at være produktiv og funktionsdygtig i en arbejdsmarkeds-sammenhæng, som ifølge studiet motiverer mændene til at tabe sig, og et væggtab handler derfor ikke i alle tilfælde om at leve sundere, men om at opretholde en vis fysik og funktionsevne for fortsat at kunne præstere, hvad andre og de selv forventer.¹⁸ I undersøgelsen gengives således argumentet om, at sundhed og væggtab blandt undersøgelsens mænd snarere anses som et middel til at nå et andet mål, end at det er et mål i sig selv. Det umiddelbare indtryk ud fra analyserne er, at mænd i store træk forventes at have en funktionel tilgang til kroppen, og at de forholder sig til kroppen primært ud fra, hvad den kan, eller skal kunne, bruges til. Det antages at være derfor, mænd har været svære at få i tale med sundhedsbudskaber, der taler til kropsfornemmelser og velvære.

12 Moore 2010; Sabinsky, Toft, Raben & Holm 2007.

13 Moore 2010, s. 111.

14 Moore 2010, s. 110–111.

15 Moore 2010, s. 110.

16 Se bl.a. Simon Sjørup Simonsen 2006; Grogan og Richards 2002.

17 Sabinsky, Toft, Raben & Holm 2007, s. 528.

18 Sabinsky, Toft, Raben & Holm 2007, s. 529–530.

Blandt mændene på livsstilskurset er det også kroppens funktion eller manglende funktion, som har gjort dem opmærksomme på deres krop og helbred. Her er det "smerter i knæene", "en prusten op af trappen" eller "snørebåndene som bliver sværere og sværere at nå ned til og få snøret", der tilsyneladende har fået dem til at reflektere over de ekstra kilo. Kroppens funktionalitet er dog langt fra den eneste grund til deres deltagelse. Motivationen for mændene på livsstilskurset er i høj grad også ønsket om at se børn og børnebørn vokse op, at undgå sygdom og at leve længere. Også erfaringerne med et sygt familiemedlem, en i deres øjne for tidlig død af en pårørende, eller jævnaldrende kollegaer der har fået blodpropper, synes at spille en væsentlig rolle for mændenes interesse i at få en sundere livsstil. Hvor det i nogle studier indikeres, at mænd generelt ikke tænker over egen sundhedspraksis, ser det empirisk anderledes ud for denne gruppe af mænd, som i høj grad synes at reflektere dels over egen sundhed og krop, dels over hvad en sundere livsstil vil betyde for dem på længere sigt. Analysen er således et empirisk bidrag til og en nuancering af den eksisterende viden om mænd og deres forhold til sundhed og krop, idet blikket i vores analyse rettes mod den vekselvirkning, der foregår på livsstilskurset mellem formidling af viden som en pædagogisk sundhedsfremmemetode, der kan siges at være henvendt til deltagerens subjektivitet og selvforståelse, og formidling af redskaber, hvor deltagerne lærer at bruge kroppen som et objekt for sundhedsfremme.

Teoretiske inspirationskilder

Vores skelnen mellem subjektivering og objektivering, hvor vi betoner, at livsstilskurset forsøger at fremme sundhed på to forskellige, men indbyrdes forbundne måder, der gør henholdsvis kroppen og det subjektive selv til sundhedens arnested, henter inspiration fra den franske sociolog Michel Foucaults begreb om subjektivering som en form for kulturel dannelse, der foregår i et samspil med videnskabelige diskurser og institutionelle praksisser.¹⁹ Det er et gennemgående tema i Foucaults værker, at de sandheder, der produceres i videnskabens navn, også forandrer mennesket som subjekt, og det er denne subjektivering, der har Foucaults primære interesse.²⁰ I den forbindelse er det ikke uvæsentligt, at begrebet "subjekt" både kan betyde menneske, person, individ, men også underlagt, underkastet og udsat for. I hans optik tilbydes moderne mennesker en række praktikker og teknikker til at undersøge og afdække sandheder om sig selv, og de bliver herigennem bundet til en bestemt identitet og selvforståelse. Gennem anvendelsen af sådanne nye metoder til at "forstå" kroppen, hvor den gøres til

19 Se bl.a. Foucault 1982, s. 212.

20 Se bl.a. Foucault 1982; 1988.

genstand for analyse, sker der en form for objektivering. I forlængelse heraf ser vi det pågældende livsstilskursus som et tilbud om teknikker, der i en vis forstand gør kroppen til et objekt – en genstand, som subjektet står overfor og skal gøre noget med.

I Foucaults forståelse er denne objektiveringsproces både negativ og undertrykkende, fordi den indebærer kontrol, men også positiv, idet objektiveringen giver plads til en ny identitet, et nyt subjekt. Herigennem skabes en ny og anderledes selvbevidsthed, og mennesket forandres som subjekt. Hos Foucault er denne dannelse, formning og forandring af individet, subjektiveringen, altså samtidig en form for underkastelse.

Når stat og kommune direkte henvender sig til den raske borger for at tilbyde at lære dem at gøre kroppen til et objekt gennem forskellige teknikker, kan man med den engelske sociolog Nikolas Rose gøre gældende, at borgerne gøres til en slags *biologiske borgere*.²¹ Indirekte forventes det, at de iagttagere og håndterer kroppen som et biologisk objekt, der kræver opmærksomhed og beherskelse, men med Foucaults subjektiveringsbegreb er der ikke tale om et deterministisk forhold, snarere en åbenhed over for, at borgerne igennem arbejdet med og på kroppen også skaber sig selv som subjekter. Med Foucault og Rose vil vi derfor vise, hvorledes sundhedsfremme, der bygger på en objektivering af borgernes biologiske kroppe, ikke, som i gængs psykologisk forståelse, er uforenelig med opretholdelse af en egen subjektivitet.

Det er på denne baggrund, at vi analyserer livsstilskurset som en sociomateriel praksis, hvori der produceres nye reflektive subjekter. For yderligere at begrebsliggøre og beskrive den kropslige erfarings- og dannelsesproces, som er omdrejningspunkt i kurset, taler vi om, at kroppene gøres mere 'artikulerede'. Ifølge den franske sociolog Bruno Latour er kropslig artikulation et spørgsmål om gradvist at kunne erfare og erkende stadig flere forskelle, stadig flere nuancer og opnå en stadigt større sensitivitet, som i sidste ende tillader en rigere, mere nuanceret krops- og velværeoplevelse.²² Spørgsmålet er, hvordan kursusdeltagerne anspores til at bruge og udvikle deres krop som et mere fintfølelse instrument, de kan arbejde med, men som også kan guide dem til sundere vaner?

Små skridt og beskedne teknologier

På livsstilskurset er viden om, hvordan man kan ændre sine vaner, i fokus. Helt konkret udmønter det sig i formidling af en formel viden om bl.a. varedeklarerer, og hvordan deltagerne kan forstå dem, om antallet af kilojoule og kalorier i

21 Rose 2008.

22 Latour 2004, s. 209-210.

Indkøbsguide	Anbefalet indhold pr. 100 g af varen	
	Kostfibre	Fedt
Hvedebrød	mindst 5 g	højest 5 g
Rugbrød	mindst 8 g	højest 6 g
Morgenmadsprodukter	mindst 8 g	højest 10 g
Mælk og surmælkprodukter		højest 6,7 g
Ost		højest 18 g/30+
Kød og pålæg		højest 30 g
Fisk (uden påføring)		ingen øvre grænse
Færdigretter, frosne kartofleprodukter		højest 5 g
Dressinger, saucer, pålægssalater		højest 5 g

Fig. 2. Indkøbsguide, udarbejdet af Hjertereforeningen (www.hjertereforeningen.dk/index.php?pageid=474&id=784).

forskellige mad og drikkevarer, og om den enkelte deltagers daglige kaloriebehov. Udover en generel formidling har underviseren især fokus på at give deltagerne små konkrete teknikker, som de kan bruge i deres hverdag, fx kun at spise en portion til aftensmad, lade gryderne stå ude på køkkenbordet, så resterne ikke frister, at spise mellemmåltider og dermed stabilisere blodsukkeret, eller at handle efter den udleverede indkøbsguide, som angiver den anbefalede mængde af fedt, sukker, kalorier mv. i forskellige varegrupper. De konkrete teknikker er en væsentlig del af konceptet "Små skridt". Ifølge ernæringseksperter er det netop igennem de konkrete teknikker, at en livsstilsændring gøres mulig og operationel.²³ Det ligger altså som en forudsætning, at deltagerne skal lære at kontrollere alt omkring deres indtag af mad for at styre vægten og dermed objektivere egen krop.

Et instrument, som underviseren præsenterer for deltagerne, og som fungerer både som formidling af en specifik viden og som konkret teknik til at foretage sundere valg, er en indkøbsguide. Guiden får deltagerne udleveret anden gang, de mødes i gruppen:

"Dagens tema er mellemmåltider, frugt, grønt og groft. Undervejs i undervisningen holder underviseren et oplæg om kostfibre. Alle deltagerne har hørt om kostfibre før, siger de. Underviseren taler om, at mørkt brød er et godt alternativ til lyst brød, fordi der er mere gods i, så de bliver hurtigere mætte. En af deltagerne spørger, om gods er kostfibre. Hun svarer bekræftende. Hun viser også det nye fuldkornsmærke fra Fødevarestyrelsen og spørger, om de har set det før. Nogle af deltagerne siger ja, men at de ikke har tænkt over, hvad det var. En siger, han troede, det var reklame. Hun fortæller, at nøglehulsmærket gør det lettere at vælge det sundeste produkt inden for en bestemt varegruppe,

23 Interview med Per Brændgaard Mikkelsen, april 2011.

og at varer med nøglehullet indeholder mindre og sundere fedt, mindre salt, mindre sukker og flere kostfibre og fuldkorn end andre madvarer af samme type. Syltetøj, slik, is, pandekager, kager, sukkersødede drikkevarer, juice og øl samt sovse og nødder kan ikke få nøglehulsmærket, da det kun er fødevarer, som bidrager til en sund og varieret kost, der kan blive en del af ordningen. Hun forsætter med at sige, at deltagerne kan kigge efter nøglehulsmærket, [når de køber ind], og at det er en anden måde at blive opmærksom på fiberindholdet i forskellige produkter. Der er ikke rigtig nogle af deltagerne, som siger noget. Det ser ud, som om de bare sidder og lytter – de kigger alle på hende. Hun udleverer lidt efter en indkøbsguide til hver af deltagerne. Hun kalder den en guide til varedeklarationer, da hun præsenterer den. Den er fra Hjerteforeningen. Guiden er lamineret og cirka på størrelse med et visitkort, altså 8-9 cm. bred og 5-6 cm. høj. Flere af deltagerne påpeger, at den er lille og handy, hvilket ser ud til at passe dem fint. De taler om, at den lige kan være i pengepungen eller i baglommen.

Indkøbsguiden har tekst på begge sider, og hver side har en farve. Den ene side er gullig, og her er angivet det anbefalede indhold af henholdsvis kostfibre og fedt pr. 100 g af varen. Den anbefalede mængde af kostfibre og fedt er angivet for hvedebrød, rugbrød og morgenmadsprodukter. For mælk og surmælksprodukter, ost, kød og pålæg, fisk, færdigretter, frosne kartoffelprodukter, dressinger, saucer og pålægssalater er kun angivet maks. gram fedt. Den anden side er blå, og her står der med lidt større skrift "spar på sukkeret". Der er en kort tekst med anbefalet mængde af sukker for børn i forskellige aldersgrupper, mænd og kvinder. En rubrik på højre del af den blå side har også en tekst, hvor sukkerindholdet i sodavand, juice og saft samt morgenmadsprodukter er angivet, og hvor der står, at man skal vælge drikkevarer uden sukker til hverdag. På den blå side er der også billeder af nøglehulsmærket og et andet af Fødevarestyrelsen nye mærker; et orange "vælg fuldkorn først".

Underviseren siger, at de med indkøbsguiden kan lade sig inspirere og gå på opdagelse i madvarerne, når de køber ind. Hun taler om, at de kan få en oplevelse med den. En af deltagerne konstaterer, at vi sidste gang hørte om kalorier og hvor mange kalorier, der er i hvilke madvarer, og nu fedt, og han påpeger, at det bliver kompliceret. Flere af deltagerne virker dog til godt at kunne lide den lille indkøbsguide. Da tiden er gået, og der er opbrud i gruppen, spørger en af deltagerne underviseren, om han må få en ekstra indkøbsguide med til sin kone; så har hun også en, når det er hende, der handler. Flere af deltagerne spørger om det samme, og underviseren udleverer guiderne.

Da vi mødes næste gang spørger underviseren, om deltagerne har brugt indkøbsguiden. "Nå, den her", siger en af deltagerne, og hiver guiden op fra skjortelommen. "Ja, den er rigtig god", og "den ligger godt i hånden – ikke et stykke papir, man står og flagrer med". "Den er nem", fortsætter han og siger, at han

”er blevet helt vant til at bruge den”. ”Min kone spørger, hvor jeg bliver af [når vi er ude at handle], og jeg siger, nej vent nu lidt, jeg skal lige... nej højst fem gram fedt, det går ikke”. Mange af de andre deltagere fortæller også, at de bruger den. En fortæller, at han har brugt den ved køb af mysli og påpeger, at når man først har fundet ud af, hvilken to varianter man kan gå efter, så er det nemmere. En siger, at han er blevet overrasket over, hvor mange kulhydrater og energi der er i Solgryn, men om det ikke hænger sammen med fedtindholdet? Underviseren siger, at man kan bruge indkøbsguiden til at gøre det nemmere at overskue, hvor mange kalorier etc., der er anbefalet i en bestemt madvare, så man ikke skal stå og tælle sammen.” (Uddrag af feltnoter)

Eksemplet viser, at underviseren har til hensigt at give deltagerne et redskab eller en teknik til at ændre på nogle af de mere usunde vaner. Man kan sige, at bevidstgørelsen om, hvad sund mad er, foregår ved hjælp af en lille praktisk genstand, som gradvis styrer adfærden i den rigtige retning. Via indkøbsguiden bliver deltagerne mere bevidste om de produkter, de køber og spiser. Med indkøbsguiden i hånden skal de ikke foretage et videnbaseret valg, men kan bare tjekke nogle tal, der siger noget om fedt, sukker eller fiberindholdet i de madvarer, de køber. Mange fortæller, at det tager meget længere tid at handle, fordi de nu tjekker varedeklarationer, og nu er blevet opmærksom på, hvor stort et udvalg af produkter, der egentlig findes i supermarkederne, og ikke længere bare køber det, de plejede. Det er ikke refleksionen, der styrer valgene, men omvendt valgene, der former refleksionen, for det er ikke nødvendigt, at mændene bliver klogere på fødevarernes sammensætning og indhold, da den sundhedsfaglige viden er transformeret til tal og symboler i en lille lommeguide, der kan anvendes som en selvstyringsteknik. Man kan hermed sige, at deltagerne praktiserer de sunde valg, før sundhed er blevet et egentligt formål; dette mål bliver først konstitueret i og med den nye praksis. Det har ellers været almindeligt i den sundhedspædagogiske verden at gå ud fra, at borgeren skulle gøres sundhedsbevidste og have viden om kroppens biologi og kemi for at kunne vælge det sunde frem for det usunde, men tilsyneladende fungerer det også omvendt, således at de sunde valg, selvom de ikke er reflekterede, efterhånden skaber en form for sundhedsbevidsthed blandt deltagerne.

Når underviseren understreger, at det er deltagerens egne valg og egen hverdag, der skal præge mændenes forsøg på at ændre livsstil og dermed de metoder, de vælger at benytte, taler hun til deltagerne som sundhedssubjekter, der skal lade kropsfornemmelser og hverdagsaktiviteter vise vejen til en sundere livsstil. Hun forsøger således ikke kun at sætte fokus på kroppen som objekt, en abstrakt form, der skal kontrolleres rationelt, men også på kroppen som en integreret del af deres subjektive selv, og i den forståelse bliver det kroppen, som skal guide deltagerne i deres valg. De skal vælge aktivt og bevidst via en lytten til kroppen

og hverdagen. Deltagerne derimod tager hellere imod de små teknikker, der fungerer som en slags smutveje til målet, fordi det letter den daglige praksis med at kontrollere kroppen. På en måde erstatter det 'lille stykke teknologi' det bevidste valg, selvom refleksion også anses som centralt for at få en sundere livsstil og tabe vægt, ja, hele konceptet lægger nærmest op til en konstant refleksion over egen praksis, som det også fremgår af devisen: "Hvad kan jeg vælge lige nu og her, som er bare lidt sundere".²⁴ At tage små og sundere skridt, bevidst eller styret, er vejen til målet om at få en sundere livsstil.

Kropsliggørelse og handlingsplaner

Ovenstående analyse viser, at deltagerne tilsyneladende vil gerne styres eller i hvert fald lære lette, konkrete metoder, som de kan implementere i deres hverdag og bruge til at styre sig selv hen imod et ønsket vægttab og en sundere livsstil. En anden af de teknikker, som deltagerne lærer at benytte, er at portionsanrette aftensmaden. Én deltager fortæller, at han tidligere spiste meget hurtigt og derfor fik for meget, fordi han ikke registrerede mætheden, før han var overmæt. Nu er familien begyndt at lade gryderne stå i køkkenet og kun tage en enkelt portion med ind i spisestuen, hvilket har betydet, at han ikke længere spiser for meget:

"Jeg er for doven. Jeg er heldigvis for doven til at gå ud i køkkenet og tage nummer to portion. Min kone spørger, om jeg er mæt, og [jeg] siger, at det er jeg egentlig ikke, men at jeg er for doven til at rejse mig og gå ud og tage noget mere, og så drikker jeg et glas vand mere. Og med tiden bliver jeg faktisk mæt." (interview 10)

Eksemplet viser, at viden kropsliggøres ved at deltagerne påtager sig nye vaner, som promoveres som små tricks, der letter hverdagen. Igennem en kropslig afprøvning af teknikker, underviseren har præsenteret for deltagerne, bliver viden til vane, dvs. integreret i den kropslige praksis og en del af den enkeltes hverdagshandling eller rutine på længere sigt. En øget krops- og sundhedsbevidsthed synes således igen, at resultatet af den nye adfærd og ikke det, der leder til den. Den 'gøren', som deltagerne tilskyndes til på livsstilskurset, er således med til at gøre dem bevidste om deres nuværende mad- og motionsvaner, som de ikke tidligere reflekterede over. Igennem de nye praktikker bringes deltagerens kroppe og kropslige praksis så at sige i tale igen.²⁵ De bliver bevidste om deres kroppe og hvilken indflydelse, mad har på kroppen. Kropsteknikker og øvelser giver en for-

24 Interview med Per Brændgaard Mikkelsen, april 2011.

25 Leder 1990, s. 85.

Min handleplan

Hvilke små ændringer kan du gøre, som vil bringe dig tættere på dit mål, og som du oplever som effektive og realistiske ændringer, og som du har lyst til?

Nuværende vane	Ændring Hvad kan du gøre i stedet for, som er bedre for din vægt?	Prioritet	Gennemført
spiser mindre sød / sød / sød / sød			

Fig. 3. Handlingsplan, som udleveres til mændene ved første kursusgang. Handlingsplanen er udarbejdet af den kommune, hvori feltarbejdet udføres, efter inspiration fra materiale, som underviseren har modtaget på vægtstoprådgiveruddannelsen. Uddannelsen udbydes af Nationalt Udviklingscenter mod Overvægt (NUMO), herunder Per Brændgaard Mikkelsen.

nemmelse af at være til stede i kroppen og være krop frem for at have en krop. De konkrete gøremål og dertil knyttede nye følelser af mæthed og nydelse giver mulighed for at agere i det kaos af muligheder, som en forandringsproces indebærer. Implementeringen af sådanne selvteknikker i forhold til styringen af kroppens krav betyder, at de efterhånden agerer som sundhedssubjekter.²⁶

En tredje metode, som underviseren benytter til at skærpe og fastholde bevidstheden blandt deltagerne, er en handlingsplan. Første gang deltagerne er samlet, udleveres en handlingsplan, som er et skema, der inkluderer plads til at nedskrive sin nuværende vane, den ønskede ændring, hvilken prioritet den pågældende vane har, og starttidspunktet for ændringerne. Ifølge underviseren skal deltagerne fokusere på, hvilke små ændringer de kan gøre, som vil bringe dem tættere på deres mål. Ændringerne skal opleves som effektive, realistiske og lystbetonede. Den enkeltes handlingsplan og hvordan det går med de vaner, deltagerne har valgt at ændre, samt om der er kommet nye små skridt, er et gennemgående tema ved hver kursusgang. Under et interview med underviseren fortæller hun om handlingsplanen:

U: "Vi lærer stadigvæk, at det er vigtigt at holde sig til den handleplan. Det går bedre med det sidste hold her, fordi de får talt frem, at det er den, vi kigger på, hvor det kan hurtigt løbe ud i sandet, at, nåh ja, hvad var det egentlig, jeg [deltagerne] havde besluttet mig for. Så virker det hele bare lidt for uoverskueligt. [...]. Det er det, som Små skridt gør meget i, at det skal være meget konkret. Det kan jeg også mærke nu her på det sidste, de mænd der er i gang, altså det

26 Otto 2003, s. 20.

er svært for dem; "åhhh det var det [skridt] jeg satte for laaaang tid siden". De er [...] ikke blevet fastholdt hele tiden. Så er det frem med planen, og hvor er du så i forhold til det, fordi så blev det også vaner, og så kan man ikke huske det."

I: "Når det er en vane?"

U: "Ja. Fordi så kan man ikke huske lige så tydeligt, at man har lavet den ændring, og sådan er det bare nu." (Interview med underviser, marts 2011)

Handlingsplanen bliver for underviseren et instrument til at fastholde refleksionen i forhold til de ting, deltagerne gør, hvilke vaner de har ændret, og hvorfor. Konceptet for livsstilskurset tilstræber en konstant bevidsthed om kroppen og en reflekteret sundhedspraksis, hvorimod deltagerne synes at ønske at slippe for at tænke og lytte så meget til kroppen ved at gøre de sunde valg til rutiner og vaner. I eksemplet med indkøbsguiden var det fx indkøbene, der blev nemmere, når deltagerne kunne konsultere en facitliste, som ikke krævede, at de skulle forholde sig bevidst til indkøbet. En anden deltager taler om de små skridt, han selv har valgt at indføre i sin hverdag, som på sin vis reducerer behovet for en større tankevirksomhed:

"Den her hvor man ligesom siger, her er det nogle vaner, jeg ligesom skal gå ind og ændre, og på et tidspunkt lykkedes det også at, tror jeg, komme den rigtige vej, og nå helt derhen, hvor jeg gerne vil hen. Men jeg kan se bare sådan noget nu, ligesom vi har været igennem med knækbrød og forskellige ting og sager, jamen det bruger jeg kun til mellemmåltider nu, og den hænger sådan set fast nu allerede, så den er bare naturlig nu og det er sådan en, når det er så let. Jeg skal ikke gøre så meget, kan man sige. Aftensmaden det er stadig; man tænker selvfølgelig stadig, hvad man laver, og jeg ved, at det er en portion, jeg skal have, og så er det ligesom det." (Interview 3)

Senere i interviewet siger deltageren om vaner og sine små skridt:

"Sådan er det med vaner. Man skal ikke kun gøre det en gang eller to gange eller fem gange. Du skal måske op på 20 gange eller 25 gange, før det er ved at være en vane, og det kan jeg mærke. Sådan med knækbrød, det var lidt svært i starten, og alting er jo svært i starten, og [...] nu er det automatisk; det er næsten, ligesom man gør det i søvne." (Interview 3)

Denne deltager ønsker ikke konstant at reflektere over sin praksis, men vil gerne gøre kroppen tavs eller lade den "gå i søvne" ved at naturliggøre de nye sundere skridt.²⁷ I det hele taget virker det, som om kravet om refleksion på bekostning

27 Leder 1990, s. 32.

af kroppens væren skaber et dilemma for mange af deltagerne på livsstilskurset. Konstant at være bevidst om egne vaner synes at besværliggøre deltagerens hverdag, fordi de oplever, at de ting, som tidligere var rutiner, tager meget længere tid, kræver mere af dem, og på sin vis også konstant minder dem om nogle af de ting, de godt kunne lide ved deres gamle vaner.

Mange af deltagerne fortæller, at de rigtig godt kan lide mad, og under gruppesessionerne snakker de tit om retter, de godt kan lide, fx store bøffer med sovs, and hvor "skindet smager jo godt", chokolade, peanuts og rødvin. Ved konstant at være bevidste om ikke at bruge fx fløde i sovsen, bliver de også mindet om, at de godt kan lide fløde i sovsen. De kan føle afsavn, hvorimod de måske undgår at føle manglen på fed mad som et afsavn, når det er blevet en vane at bruge minimælk i sovsen i stedet for fløde og ikke længere tænker over det, men bare gør det. En vane er en rutinepræget og ofte ureflekteret praksis, som dermed kan opleves som lettere at gennemføre i situationer, der ikke er rutineprægede. Vaner kræver ikke valg og stillingtagen.

Sansning og sund fornuft

Selvom refleksion er lidt af et mantra, lægger dette kursus som vist også stor vægt på at formidle praktisk viden; at give deltagerne viden igennem kropslige erfaringer. Underviseren taler til deltagerne som sundhedssubjekter, der både er og har en krop, som de skal kunne fornemme, få i tale og kunne aflytte, så det, den 'siger', kan lede vejen. Én måde at lære kroppen at ytre sig på er at træne den med sanse- og smagsoplevelser. Et gennemgående tema i undervisningen er derfor smagsprøver. Enten i form af at underviseren har forberedt forskellige smagsprøver på sunde snacks og mellemmåltider, eller at deltagerne har forberedt sunde middagsretter og sundere desserter. En eftermiddag var øvelsen, at deltagerne med skridttæller og varmt tøj skulle erfare kropsligt, hvor lang tid det tager at gå et bestemt antal kilometer.

En anden øvelse baseret på sansning, kaldte underviseren "mindfulness" eller "at spise med opmærksomt nærvær".²⁸ Mindfulness har tidligere været en metode, som blev brugt inden for meditation, men som nu er blevet udbredt i andre sammenhænge, og altså også i forbindelse med spisning. Øvelsen, som blev præsenteret på livsstilskurset, går ud på at lære at fornemme grænsen mellem at være sulten, ikke længere sulten og mæt:

"Vi sidder alle rundt om bordet vendt mod underviseren. Vi har lige haft en øvelse, hvor vi to og to skulle tale om, hvor svært det kan være at spise i de

28 Interview med Per Brændgaard Mikkelsen, april 2011.



Fig. 4-6. Retter tilberedt under en madlavningsaften - vietnamesiske forårsruller, en deltager der snitter chili, samt en deltager der forbereder en ret med pølser og grønt. Fotos: Forfatterne.

rette mængder. Øvelsen afsluttes med en runde, hvor deltagerens input til, hvornår det er svært henholdsvis let at spise i de rette mængder, noteres på en planche af underviseren. Herefter fortæller hun, at hun vil introducere os for en øvelse med mindfulness, hvor vi i første omgang skal prøve at definere, hvor sultne vi er lige nu på en skala fra 1 til 10, hvor 1 er slet ikke sulten, og 10 er meget sulten. En af deltagerne fortæller, at han godt kender til det. Underviseren fortsætter og fortæller, at mindfulness handler om at spise med bevidsthed og nærvær, hvilket ifølge hende vil give en større nydelse og større tilfredsstillelse. Med mindfulness er der fokus på at spise, når man er moderat sulten, omkring 7-8 på skalaen, og gøre det til en nydelse, i stedet for at spise når man er oversulten, da det, ifølge underviseren, ikke giver nogen nydelse, fordi man så overspiser. Når man er sulten, skal man ifølge underviseren spise langsomt, men samtidig fortæller hun, at man skal føle sig lidt sulten for at opleve nydelse. Deltagerne sidder alle og ser ud til at lytte. Underviseren fortæller videre, at deltagerne kan træne i at spise med mindfulness. En af deltagerne refererer til brødrene Price, som han mener virkelig praktiserer det at spise med nydelse; det kan man både se og høre. Underviseren lader en

tallerken med mørk og lys chokolade, vingummi og lakrids gå rundt, og hun siger, at det er op til deltagerne selv at vælge, hvilket stykke de vil have. Nogle af deltagerne kommenterer, at det er svært at vælge mellem tingene på tallerkenen. En spørger med smil på læben, om man godt må tage to stykker. Da alle har valgt et stykke, beder underviseren os om at lukke øjnene. Vi skal trække vejret dybt nogle gange, lugte til den ting, vi har taget og fornemme duften, herefter slikke på den. Vi skal tage en bid og fornemme, hvordan smagen er at have i munden, og hvordan den breder sig. Herefter skal vi tage en bid mere, fornemme smagen, og så en bid mere og til sidste spise det hele og fornemme, hvordan smagen dukker op. Jeg har taget en af de cherrytomater, som står i en skål midt på bordet, og som fungerer som dagens snack. I starten får jeg intet ud af at dufte eller slikke på tomaten, de første to bidder kan jeg faktisk heller ikke smage, men den sidste bid begynder at give mig fornemmelsen af at spise en cherrytomat, og jeg kan smage den. Underviseren fortæller, at øvelsen har taget fire et halvt minut. Og deltagerne er overrasket over, at det kan tage så langt tid at spise et enkelt stykke chokolade eller slik. Nogle taler om, at normalt så tager det fire minutter at spise en helt plade chokolade. Inden øvelsen har underviseren sagt til mig, at det er en svær øvelse for deltagerne, men jeg synes, at de fleste af dem virker begejstrede over, at de kan spise et stykke slik/chokolade så langsomt, og at de kan få en nydelse ud af ét stykke frem for at spise en hel plade. De taler om, at de faktisk ikke har behov for at spise en hel plade chokolade, og at de ved at smage på chokoladen bliver mere bevidste om smagen og nydelsen end, når de spiser stykkerne så hurtigt lige efter hinanden, at de faktisk ikke har smagt på dem. Underviseren spørger, om vi nød det, og deltagerne svarer ja og kommenterer, at man ikke behøver at spise en hel skål, og at det smager af meget mere, når man tager sig tid til at spise det. Underviseren taler om, at deltagerne med mindfulness vil kunne opnå samme nydelse med at spise som tidligere, men at de bare ikke får indtaget samme mængde. Og metoden, konkluderer hun, kan de fx bruge ved julebuffeterne og ved slikskålen. En af deltagerne siger; "hvad så med at spise med pinde, er det ikke også en metode?". "Og kun en pind", siger en anden. Deltagerne griner." (Uddrag fra feltnoter)

I første del af øvelsen kvantificeres spisningen og gøres af underviseren til et teoretisk spørgsmål, hvor deltagerne, som rationelle individer, kan kalkulere sulten og derved deres praksis. Der sker altså en objektivisering af kroppen i metoden, hvor værktøjet til kontrol er en rationel kalkule af sult, og hvor underviserens indføring i, hvornår man skal spise eller ikke, bliver et styringsinstrument, som underviseren benytter til at fremme bevidstheden og sundheden blandt deltagerne. Hun lægger samtidig op til, at deltagerne kan bruge dette til at fremme egen sundhed. I anden del af øvelsen, hvor det går ud på at dufte, smage og for-

nemme det, man spiser, og den nydelse, man opnår, er sansningen og kroppen i fokus. Igennem øvelsen og ved at tale til sanserne forsøger underviseren at give deltagerne nogle erfaringer, og i den proces appellerer hun til deltagerne som sundhedssubjekter, der lader sig lede af sanserne frem for af rationelle kalkuler.

Deltagerne dannes som subjekter, som er i stand til at gøre deres kropslige erfaringer til genstand for selvpraksis. Man kan sige, at øvelsen er med til at konstituere den smagende krop, ved at den lærer at blive påvirket af flere og flere smagsnuancer. At "lære at blive påvirket" er Latours begreb for den proces, hvor kroppen bliver til, idet den lærer at skelne mellem forskellige indtryk og påvirkninger. I Latours eksempel er det duftesansen, der er genstand for påvirkning.²⁹ På livsstilskurset er det smagssansen. Pointen er, at læreprocessen også er en kropslig og ikke alene en kognitiv og refleksiv proces. At lære at blive påvirket kræver, at kroppen knyttes sammen med artefakter og teknikker. Smagsnuancerne træder frem som mulige at opfatte og fornemme i øvelserne, hvor deltagerne indgår i et socio-materielt samspil, som beskrevet ovenfor. Kroppen bliver artikuleret, og den artikuleres sprogligt og materielt. Den krop, der er i stand til at smage forskel, er ikke en biologisk krop, men er muliggjort af sammenfildrede kulturelle og materielle processer.

Eksemplet viser den dynamik, der foregår imellem sansningen, hvor man er en krop og den sunde fornuft, hvor man *har* en krop. Der appelleres både med fornuft og følelse til, at deltagerne ikke længere opnår nydelse ved at spise, når de er mætte og derfor ikke registrerer smagen på samme måde. Og mange af deltagerne refererer også til fornuften, når de fortæller, at de godt ved, at de ikke har behov for mere end en portions aftensmad; at de ikke har behov for at gå to gange op til frokostbuffeten på arbejdspladsen; og at de godt ved, de ikke har behov for det slik eller de peanuts, som de godt kan lide. Det sanssemæssige og det fornuftsmæssige er hele tiden på spil, komplementerer og modsiger hinanden:

"Det der med en portion og ikke alt det mælk til mad, det gør jeg bare, fordi det er faktisk rimelig indgroet [...]. Og man har jo ikke behov for det [...]. Det bliver noget nemmere, tror jeg. Det er jo ikke engang sikkert, men det tror jeg bare, jeg vil holde. Hvis der ikke skulle mere til end det, så synes jeg; det er jo ikke et afsavn det andet, det er jo bare lige indtil, man kommer ind i den vane og så undgå at proppe, men det er, fordi jeg spiser for hurtigt. Og jeg synes, jeg har det bedre, man er jo, man er jo ikke – det er det, der er lidt mærkeligt, man er jo ikke rigtig mæt, og jeg synes jo også, at jeg bare bliver hurtigere sulten, og det gør man jo også, men det er jo – man er jo ikke oppustet, hvor man så bare slet ikke kan lave noget efter, så det er jo faktisk en fordel. Men jeg synes, det er mærkeligt, for jeg kan jo godt, det lyder egentlig åndssvagt, men jeg kan

29 Latour 2004, s. 206.

egentlig godt lide at være mæt, men selvfølgelig ikke overmæt, men man er ikke rigtig mæt. Jo selvfølgelig er man mæt eller hvor maven; den ikke skriger på mad". (Interview 10)

Her, som det ofte er tilfældet, forhandler deltageren med sig selv om, hvor meget han skal lade sig lede af en sund fornuft snarere end kroppen i vejen mod en sundere livsstil. Det tidligere citat af den samme deltager, hvor han fortalte, at han var for doven til at rejse sig og tage portion nummer to, og som derfor havde udviklet en selvpraksis for, hvordan han opnår mæthedsgrænsen, så han ikke behøves rejse sig igen, refererer også til en indre fornuft om, at mæthedsfølelsen først indtræder efter et stykke tid, og at han ved bare at vente og eventuelt drikke et glas vand mere, ville blive mæt eller ikke længere føle sult.

Teknikken med at spise langsomt taler som så ofte før i sundhedsfremme til en rationel logik; du er ikke mere sulten, tag et glas vand og vent lidt, mæthedsfølelsen kommer først lidt senere; og metoden bliver en slags hverdagsteknik for denne deltager; drikke vand til maden, lade gryderne stå ude i køkkenet; fordi han ved, at han er for doven til at rejse sig. Der appelleres derved til det rationelle individ, som ikke længere er sulten, men via en irrationel sansende praksis, dovenskab.

En anden deltager eksperimenterer også med sin krop, reflektivt og sanseligt, når han forsøger sig frem og udvikler små teknikker til at få kontrol med nogle af ting, som han mener, han spiser eller drikker for meget af:

"Jeg vil ikke sige, at man lærer at nøjes, men man lærer at trække ud til, hvor man synes, at nu er det der, hvor man er mæt, nu behøver jeg ikke mere. [...]. Altså tidligere har jeg bare spist alt, hvad jeg kunne, kan man sige, og ikke være opmærksom på – jeg har nok været klar over, at det måske ikke var særligt sundt, men har ikke decideret gået ind og taget fat om problemet vel, så jeg har spist alt for meget; 2-3 portioner. Det smager jo godt det her mad, som vi også blev enige om i starten ikke, og det gør det jo stadigvæk. Det gør jo så, at man får for meget mad indenbords ikke. Men til gengæld hvis man sidder og prøver at tage små portioner, og så se er det nok? Så tager jeg lidt vand ved siden af, spiser lidt rugbrød ved siden af, er det så nok? Og så ja nu gik der en halv time, nu er sulten væk. Godt, så var det nok, og så kan man måske tillade sig at tage et mellemmåltid lidt senere, og så igen prøve at være opmærksom på at strække måltidet så langt som overhovedet muligt. Og hvis man ikke er blevet mæt, så prøve at tage nogle af de ting, som ikke er så fedende og supplere med vand, for ligesom at nå den her mæthedsfølelse, så man ikke spiser for meget. Man kan jo sagtens nå den her mæthedsfølelse, hvor man så har spist for meget, så har man spist for meget. Det har jeg også prøvet, og sige åh nej nu spiste jeg igen for meget. Så hellere den anden der". (Interview 8)

Der er i eksemplet tale om en læreproces, hvor deltageren forsøger at lære at fornemme, hvornår han ikke længere er sulten. Man kan altså sige, at han agerer som sundhedssubjekt, der fokuserer på følelser og fornemmelser som en form for kontrolteknik frem for kun en direkte kontrol via viden eller fornuft. Han prøver at lytte til kroppen, frem for kun til fornuften, men i processen er det stadig fornuften, som han forsøger at få til at styre, ligesom det er en lytten til kroppen, som gør, at han til tider alligevel spiser for meget, fordi kroppen ikke altid sanser mætheden, så snart bevidstheden eller hjernen mener, mæthedsgrænsen er nået.

Sundhedsfremme

Livsstilskurset, som her er blevet analyseret, er ikke enestående, men et eksempel på de nye relationer mellem sundhedsvæsen og borger der etableres aktuelt, ikke mindst inden for den sfære der benævnes sundhedsfremme og forebyggelse. De sundhedspolitiske strategier handler om at finde måder at mobilisere og motivere borgernes selvomsorg på, og det sker i stigende grad i form af individuelt rettede tiltag. Livsstilsændring er dermed blevet et grundprincip, som spiller en vigtig rolle i omorganiseringen af sundhedsvæsenet i en mere liberal brugerstyret retning, hvor alle borgere, ikke kun de syge, er brugere af sundhedsydelser. Der stilles pædagogiske praksisser til rådighed, som kan hjælpe den enkelte til at ”opdage” deres krop og dermed styrke deres velvære og selvværd og realisere sig selv; borgeren skal ikke bare påvirkes til at gøre det rigtige, men skal (overtales til at) *føle*, at de gør det rigtige. Kroppen skal fortælle, hvad der er rigtigt og sundt. I den proces bliver den sundhedsprofessionelle ekspert en slags konsulent eller coach, som står til rådighed for at vejlede borgerne om ændringer af vaner og tilbyde ”redskaber” til den enkeltes arbejde med kroppen, som vist i analyserne ovenfor. Målet er selvrefleksive, kropsbevidste og fremtidsorienterede borgere, som ser deres egen krop som et instrument til et godt og langt liv. Det er således ikke kun borgernes kroppe og biologiske liv, som er genstand for sundhedspolitik, men også borgernes subjektivitet, deres tilfredshed med egen krop og med livet i det hele taget.

Afslutning

I artiklen har vi undersøgt de objektiverings- og subjektiveringsprocesser, der foregår på et livsstilskursus for overvægtige mænd. På kurset lærer de mandlige deltagere at forholde sig til deres krop som en genstand, de kan kontrollere og styre, opdrage og disciplinere. De lærer at betragte deres kroppe som nøglen til

at forandre livsstil. Gennem forskellige kropsteknikker, som ikke omfatter de traditionelle løsninger som motion eller slankekure, genopdrages kroppen, så den efterhånden reagerer på en sund måde. I analyserne argumenterer vi for, at deltagerne på kurset undervises i at objektivere kroppen samtidig med, at underviseren appellerer til dem som sundhedssubjekter eller mennesker, hvis handlinger styres af et sundhedsrationale. I kurset er der således en konstant dynamik mellem objektivisering og subjektivisering. Deltagerne bliver sunde subjekter, der kan mærke eller fornemme, hvordan kroppen har det, men det er en tilblivelsesproces, som kun kan foregå ved, at kroppen gøres til genstand for intervention og refleksion. Denne tilblivelsesproces eller bevidstgørelsesproces kan ses som en subjektivisering som mand-med-en-sund-livsstil, der realiseres igennem en objektivisering af kroppen. Objektiveringen sker ved hjælp af teknikker, som deltagerne udøver for at lære kroppen af kende og dermed få magt over dens gøren og laden.

Med analysen ønsker vi at vise, at livsstilskurser og objektiviseringsteknikker ikke kun skal betragtes negativt som disciplineringsredskaber, men at de også skaber rum for nye kropspraksisser og nye former for selvforståelse og erfaring af kroppen. Der foregår en form for styring, hvor den enkeltes ønske om vægttab formes og forstærkes. Reguleringen sker dog ikke kun som diktater "fra oven", men i en proces, hvor den enkelte borger tilegner sig og på egen krop erfarer de nye idealer og frivilligt underkaster sig nye vaner. Deltagerne på livsstilskurset vejledes og påvirkes, og deres værdier, vurderinger, ønsker, følelser og fornemmelser forsøges formet ved, at de introduceres for ny viden og tilbydes nye, sundere ritualer og en dertil forbundet identitet. Der foregår med andre ord en dynamik mellem underviserne på livsstilskurset, som formidler viden, erfaringer og oplevelser til deltagerne for at gøre dem til sundhedssubjekter, der selv ønsker at varetage egen sundhed og derfor selv udvikler praksisser til det formål, og så deltagerne, som til tider gerne bare vil "glemme sundheden", så de sunde vaner og valg ikke er nogle, de skal tænke over, men snarere blot er blevet en del af deres hverdagspraksis. Sundheden skal "ligge på rygraden" men det kræver netop en proces, der involverer en opmærksomhed på og en målrettet træning af kroppen og dens sanser.

Vi argumenterer således for, at mændene formes som sundhedssubjekter i og med, at de får et nyt sprog for deres kropserfaringer og nogle redskaber til at forøge deres trivsel i hverdagen. Det er netop deltagelse i livsstilskurset, der medvirker til at omskabe fornemmelser og instinkter til egentlige kropserfaringer og en sundhedsbevidsthed og dermed udvide mændenes repertoire af kropsfornemmelser. Via kurset får deltagerne en mere artikuleret krop, som Latour ville sige.

Artiklen giver med andre ord et indblik i de kropslige formningsprocesser, hvor biologi og kultur sammenvæves, således at kroppen på én gang er kulturelt produceret og personligt erfaret. Abstrakt taler man om processen som "embodiment", men vi har forsøgt at vise, hvordan den levede oplevelse af kroppen

også konkret er afhængig af kulturel viden, metaforer og ritualer. Alle kropslige bevægelser, det sprog mændene formulerer sig i om egne kropsfornemmelser, de fysiske fornemmelser de registrerer som behagelige eller det modsatte, er alle sammen afhængige af de kulturelt konstruerede billeder af kroppen, som produceres i kulturen såvel som af kulturelle teknikker og artefakter. Dermed er artiklen et lille bidrag til den kulturhistoriske forskning om, hvordan den videnskabelige medicinske viden former os som mennesker ved, at vi tager nye videnskabeligt begrundede rutiner og kropslige teknikker til os og gør dem til en del af vores kropslige væren. Med andre ord viser den, hvordan forskellige teknikker bliver en del af os, og noget vi gør naturligt for vores egen sundheds skyld.

Litteratur

- Foucault, Michel 1982: "The Subject and Power: Why Study Power – The Question of the Subject & How is Power Exercised?". H.L. Dreyfus & P. Rabinow: *Michel Foucault – Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Harvester.
- Foucault, Michel 1988: "Technologies of the Self". Martin, Gutman, Hutton (eds.) *Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault*. University of Massachusetts Press.
- Cash, Keith & Alan White 2003: "A report on the state of men's health across 17 European countries". *The European Men's Health Forum*, Leeds Metropolitan University.
- Grogan, Sarah & Helen Richards 2002: "Body Image: Focus Groups with Boys and Men". *Men and Masculinities*, Vol. 4, No. 3, side 219-232.
- Kjøller, Mette, Michael Davidsen og Knud Juel, Knud 2010: *Mænds sundhed. En oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder*. Sundhedsstyrelsen. Rosendahls-Schultz Distribution.
- Leder, Drew 1990: *The Absent Body*. The University of Chicago Press.
- Latour, Bruno 2004: "How to talk about the Body. The Normative Dimension of Science Studies". *Body and Society*, Vol. 10, No. 2-3, side 205-229.
- Mikkelsen, Per Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009: *Små skridt til et vægttab – der holder*. Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Moore, Sarah E.H 2010: "Is the Healthy Body Gendered? Towards a Feminist Critique of the New Paradigm of Health". *Body & Society*, Vol. 16, no. 2, side 95-118.
- Otto, Lene 2003: "Foucaults "governmentalitetsteori". Styringsteknologi og subjektivitet". Arbejdsrapport, 1. udkast.
- Rose, Nikolas 2008: *Livets politik – Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*, Dansk Psykologisk Forlag.
- Sabinsky, MS, U. Toft, A. Raben og L. Holm 2007: "Overweight men's motivations

and perceived barriers towards weight loss". *European Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 61, side 526-531.

Simonsen, Simon S. 2006: *Mænd, sundhed og sygdom. Ronkedorf-fænomenet*. Forlaget Klim.

Sundhedsstyrelsen 2010: *Seminar om mænds sundhed*, den 29. november 2010.

Sundhedsstyrelsen og Cowi 2011: *Mænds sundhed. Eksempler fra kommunerne*. Inspirationshæfte. Sundhedsstyrelsen. Rosendahls-Schultz Distribution.

Utrykte kilder

Interview med Per Brændgaard Mikkelsen, april 2011.

Interview med underviser på livsstilskursus, marts 2011.

Interviews med deltagere på livsstilskursus, december 2010-marts 2011.

Deltagerobservation på livsstilskursus, 2010-2011.

Websteder:

www.sst.dk, 15. august 2011.

www.sundmand.dk, 15. august 2011.

www.hjerteforeningen.dk/index.php?pageid=474&id=784, 17. oktober 2011.

Men and Food. Articulation of the Body in Citizen-directed Health Promotion

Healthy habits, weight loss and changes in life style are today considered public as well as private matters in Denmark, and after the municipal reform in 2007 it is primarily the municipalities that are responsible for health prevention and health promotion in Denmark. Put together they are today one of the largest suppliers of health promoting and preventive activities to those citizens who need to look after their own health or have an interest in doing so. The present article examines how a group of overweight men try to adopt a healthier life style through participating in a municipally organized life style programme. We focus particularly on the processes of objectivization and subjectivization and their interaction. We discuss how the men, through different body techniques, which differ from the traditional methods such as exercise and slimming, are taught to objectivize the body – to make the body an object of discipline, in order to make it react in a healthy way – at the same time as the teacher appeals to them as health subjects or individuals, whose actions are guided by a health rationale. Through the analysis we demonstrate that there is a constant dynamic between the processes of objectivization and subjectivization, and that these processes are a necessary prerequisite for the actual realisation of a change of life style in everyday life. Through the programme, the participants become healthy subjects who can feel or sense the state of their bodies; but it is a creative process that can only take place by making the body the object for intervention, reflection and education of the body and its senses.

Brigitte Dragsted, Mette Marie Kristensen, Tjanna Liv Pauli, Anja Steinmejer, Sofie Nielsen og Bjarke Oxlund

De fem førstnævnte forfattere er studerende ved Institut for Antropologi, Københavns Universitet. Postdoc Bjarke Oxlund arbejder med forebyggende sundhed i forhold til aldring og har været de studerendes underviser i medicinsk antropologi og vejleder på et større studieforløb om forebyggelsesprojektet 'Krop & Kontor'. Efter studieforløbets afslutning har forfatterne i fællesskab udvidet den antropologiske undersøgelse af projektet, analyseret det nye interviewmateriale og skrevet denne artikel.

BEVÆGELSE SOM UNIVERSALLØSNING

En antropologisk analyse af arbejdsmiljøprojektet Krop & Kontor

Krop & Kontor er en del af et større statsfinansieret projekt kaldet 'Sund Arbejdsplads', som beskæftiger sig med sundhedsfremme i kontorsektoren. Gennem en objektivering af kontoransattes kropslige hverdagspraksis er det Krop & Kontors formål at bringe bevægelse ind i ellers stillesiddende kontorarbejde. Projektaktiviteterne består primært af bevægelsesøvelser og aktivitetsdage ledet af eksterne bevægelseseksperter.

Denne artikel fokuserer på implementeringen af Krop & Kontor på Rigshospitalets Udviklingsafdeling, hvor forløbet var forbundet med en række udfordringer i form af fysiske forhold samt forskellige forståelser af kroppe og bevægelse. I forbindelse med projektets indledende sundhedstjek blev en stor gruppe medarbejdere desuden kategoriseret som overvægtige, hvilket fik dem til at danne en 'Sorggruppe'. Senere ændrede gruppen navn til 'Entusiastgruppen', idet medlemmerne havde taget bevægelsesbudskabet til sig om end i en modereret form og besluttet sig for at motionere sig ud af overvægten. Analysen af projektets implementering på Rigshospitalet viser, at Krop & Kontor medfører en problematisering af kropslig inaktivitet, der gør bevægelse til universalløsning og imperativ, imens det, der står ufortalt tilbage, er de praktiske, sociale og moralske implikationer. Imidlertid viser artiklen også, at mennesker ikke blot er passive objekter i en sådan proces, men at nye former for socialitet og identiteter kan opstå på



Fig. 1. En person hænger i en ribbe på kontorgangen på Rigshospitalets Udviklingsafdeling.
Foto: Katja Anna Frederiksen og Sara la Cour Nielsen.

baggrund af den objektivering, som de udsættes for.



Den politiske, den individuelle og den sociale krop

De senere år er der sket en udvikling i definitionen og forståelsen af begrebet arbejdsmiljø. Fra at handle om nedslidning og korrekte lys-, støj- og sikkerhedsforhold, er der sket en bevægelse hen imod et fokus på forebyggelse og generel sundhedsfremme. Projekt Krop & Kontor er et eksempel på en statsfinansieret sundhedsintervention, hvor arbejdspladsen bliver arena for sundhedsfremme. Implementeringen af Krop & Kontor og forløbet med Sorggruppen, der blev til Entusiastgruppen, vil vi i denne artikel undersøge ud fra tre forskellige og dog sammenhængende analytiske niveauer. Vi begynder med at anlægge et Foucault-inspireret, magtkritisk perspektiv på hændelsesforløbet, hvor vi udover Foucault selv¹ inddrager blandt andre den medicinske sociolog Deborah Lupton² og antropologen Nanna Mik-Meyer.³ Det magtkritiske perspektiv gør det muligt at se på Krop & Kontor som en sundhedsintervention, der problematiserer deltagernes kroppe i kraft af deres egenskab som stillesiddende. Imidlertid sluttede

1 Foucault 1997; Foucault 2000.

2 Lupton 1995.

3 Mik-Meyer 2008.

historien om Krop & Kontor ikke med en problematisering af deltagernes kroppe, og således kalder forløbet med Sorggruppen, der blev til en Entusiastgruppe, på flere analytiske dimensioner end det magtkritiske perspektiv alene kan indfange. Vi har derfor valgt også at orientere os mod et analytisk perspektiv på menneskers individuelle kropsbilleder, og ud fra dette perspektiv at undersøge, hvordan projektdeltagerne tog projektets problemdefinition på sig uden dog at gøre brug af de projektaktiviteter, som de fik tilbudt. Derefter bevæger vi os fra det individuelle niveau til et fokus på de sociale relationer på arbejdspladsen. Med henvisning til Paul Rabinows begreb biosocialitet⁴ undersøger vi, hvordan Krop & Kontors objektivering af medarbejdernes kroppe kom til at fungere som et kollektiviserende moment, der forbedrede afdelingens sociale krop. I denne bevægelse mellem tre analytiske niveauer er vi inspirerede af de medicinske antropologer Nancy Scheper-Hughes og Margaret Lock,⁵ som i 1987 definerede det, de kaldte ”de tre kroppe”: den politiske krop; den individuelle krop; og den sociale krop.⁶

Rent materialemæssigt er artiklen baseret på en analyse af alle projektets forskellige dokumenter inklusiv midtvejsevaluering og slutevaluering, og derudover på individuelle etnografiske interviews med fire medarbejdere, besøg på Rigshospitalets Udviklingsafdeling, samt samtaler og elektronisk brevveksling med flere aktører, der var centrale for implementeringen af projektet.

I det følgende afsnit beskrives projektdesignet for Krop & Kontor, hvad der skete, da projektet skulle implementeres på udviklingsafdelingen, og endeligt hvordan Sorggruppen opstod, og hvordan den blev til en Entusiastgruppe.

Sundhedstjek, sorg og entusiasme på udviklingsafdelingen

I samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, kørte Branchearbejds miljøråd for Finans, Offentlig Kontor & Administration (BAR FOKA) i 2009 projektet Krop & Kontor som pilotprojekt på fire forskellige arbejdspladser i Danmark. Interventionen var begrundet i en iagttagelse af, at kontorområdet i stigende grad præges af stillesiddende arbejde. I projektets fondsansøgningsdokumenter er det blandt andet statistisk fremstillet, hvordan kontormedarbejdere oplever ”en signifikant større forekomst af EGA (Ensidigt Gentagende Arbejde) i

4 Rabinow 1996.

5 Scheper-Hughes & Lock 1987. Det er væsentligt at påpege, at de forskellige perspektiver på kroppen naturligvis er samtidige og overlappende og derfor ikke reelt kan eller bør tænkes som adskilte.

6 Scheper-Hughes og Locks egen udlægning dækker betegnelsen individuel krop det enkelte menneskes kropsbillede og erfaring, mens den sociale krop forstås som socialt symbol, og hvor forholdet mellem magtudfoldelse og krop udgør den politiske krop. Vores brug af den sociale krop afviger herfra, da vi snarere undersøger den sociale krop i en praktisk og faktisk forstand med inspiration fra nyere teorier om kroppen som udgangspunkt for socialitet, eksempelvis Rose 2007.

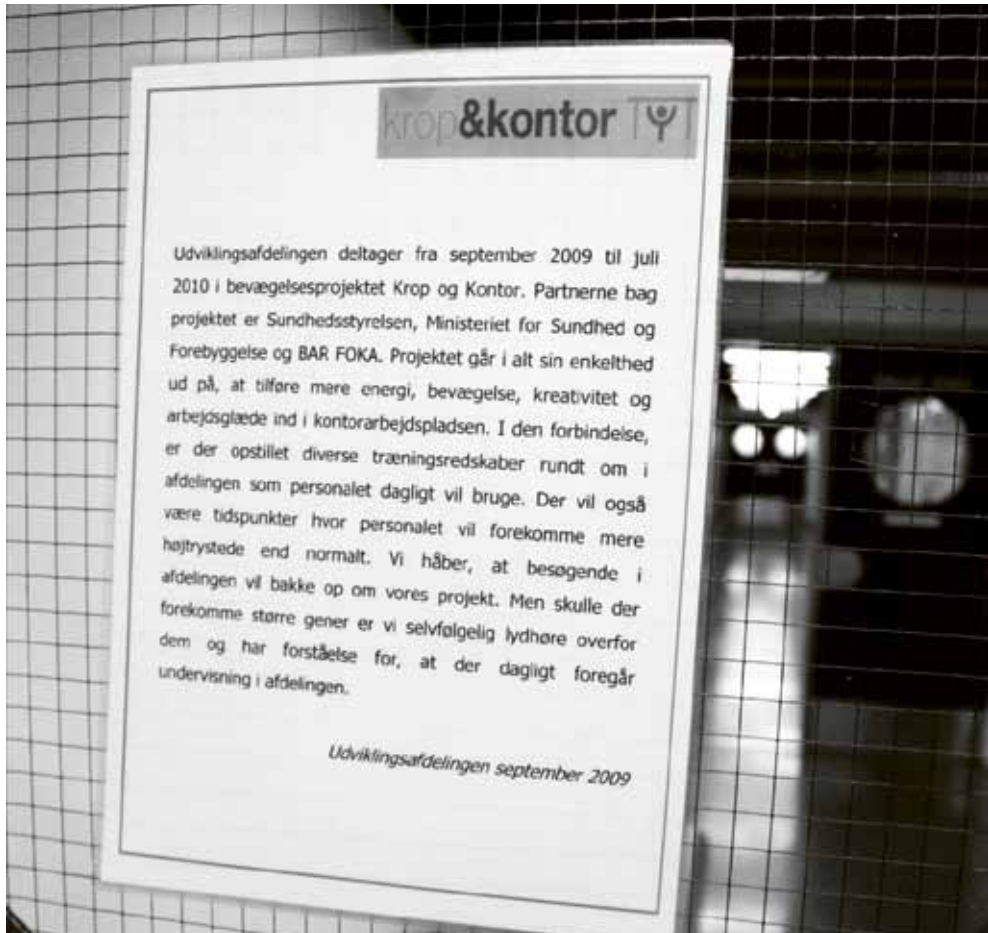


Fig. 2. Opslag om Krop & Kontor på en svingdør på Rigshospitalets Udviklingsafdeling.
Foto: Katja Anna Frederiksen og Sara la Cour Nielsen.

forhold til landsgennemsnittet for det danske arbejdsmarked”.⁷ ”Men vores krop er bygget til bevægelse, og det stillesiddende arbejde har derfor nogle uheldige konsekvenser i form af øget udbredelse af livsstilssygdomme”, hedder det i den pressemeddelelse, der introducerede projektet tilbage i 2009.⁸

Den bagvedliggende idé var derfor, at bevægelse skulle ”integreres i arbejdet” som modsætning til, hvad projektet omtaler som ”motion for motionens skyld”. Dette skulle blandt andet opnås gennem udførelsen af tre minutter lange øvelser af ni omgange i løbet af en normal arbejdsdag, men også gennem særlige aktivitetsdage.⁹ Det forventede udkomme af at integrere bevægelse på arbejdspladsen var beskrevet i termer som energi og kreativitet for medarbejderne, og effektivitet

7 BAR FOKA 2009, s. 1.

8 Krop & Kontor 2009.

9 BAR FOKA 2009, s. 6.



Fig. 3. En person benytter muligheden for at sidde på en pilatesbold frem for en stol i et mødelokale på udviklingsafdelingen. Foto: Katja Anna Frederiksen og Sara la Cour Nielsen.

og positiv omtale for arbejdspladsen.¹⁰

Krop & Kontor blev implementeret af to bevægelseseksperter, der repræsenterede forskellige tilgange til bevægelse.¹¹ Mads Andreasen, som repræsenterede en ”naturvidenskabelig, evidensbaseret” tilgang, stod blandt andet for at tilbyde alle projektdeltagere et individuelt sundhedstjek ved projektets begyndelse. Gennem målinger af fedtprocent, BMI og blodtryk, samt test af kondition, muskelstyrke og smidighed blev medarbejdernes kroppe her gjort til genstand for en særlig opmærksomhed.¹² Martin Spang Olsen, der repræsenterede en ”holistisk, alternativt inspireret” tilgang, arbejdede ud fra konceptet ’Kvalitativ Bevægelse’, som går ud på, at alle bevægelser skal være ”naturlige og organiske” og ”skabe direkte forbindelse mellem krop og psyke” ved at tage ”udgangspunkt i øjeblikkets behov”.¹³ Martin Spang Olsen stod blandt andet for at designe de tre minutter lange øvelser, som skulle udføres ni gange dagligt på arbejdspladsen.

Således abonnerede Krop & Kontor i sit udgangspunkt på flere forskellige forståelser af de kroppe, som projektet skulle sætte i bevægelse, hvilket i sig selv er interessant. I denne artikel ønsker vi imidlertid ikke alene at belyse, hvilke divergerende forståelser af kroppen, der ligger til grund for Krop & Kontors tilgang til bevægelse, men også at undersøge hvad der rent faktisk skete, da projektet objektiverede levende kroppe på kontor.

Projektets indledende sundhedstjek affødte et uventet resultat i form af en

¹⁰ Ibid.

¹¹ BAR FOKA 2009, s. 5.

¹² Sund på Job 2011.

¹³ Olsen 2011, s. 7.

'Sorggruppe' af overvægtige medarbejdere. En af deltagerne, Flemming, beskriver det sådan her:

"Vi fik at vide per mail, at der var sundhedstjek indenfor [...] et par uger. [...] Det var ligesom at gå til lægen, ikke? [Latter] Og så var der nogle øvelser, man skulle igennem. Man skulle op på en kondicykel. Man fik målt blodtryk. Man blev interviewet om forskellige motionsvaner og forskellige sundhedsting. [...] Der kom en sundhedsprofil på et stykke papir med nogle af de ting, der var blevet testet. [...] Det blev vurderet om man lå for højt i forhold til fedtprocent og i forhold til vægt. [...] Der var nogle, der lå for højt, og så blev der dannet det vi kaldte en 'sorggruppe'."

En anden medarbejder, Kirsten, fortæller en tilsvarende historie:

"Det indebar, at man blev målt og vejede og kondien blev testet. [...] Det var kun til én selv. Og det affødte så en undergruppe, fordi vi var nogle stykker, der fik at vide, at vi var overvægtige. Og det blev vi jo ret kede af. [Latter] Og så lavede vi sådan en gruppe. Først kaldte vi os en 'sorggruppe', altså s-o-r-g. Og så syntes vi, at det var s'gu for trist at være en sorggruppe, altså 'come on'. Så vi døbte os om til 'entusiasterne' – og den kører faktisk stadigvæk. Altså – hvor vi så har lavet alle mulige tiltag og støttet hinanden og sådan, for at det skulle være lidt sjovere."

Kirsten fortæller videre, at entusiasterne er blevet ved med at arrangere fælles udflugter og cykelture, udveksle madopskrifter, besøge hinandens fitnesscentre, og fortsætte med at måle og veje forandringer i kroppen i fællesskab:

"Altså – vi har jo grinet meget, og med det her projekt hørte jo nogle penge, hvor vi har købt sådan en elektronisk vægt, hvor man kan måle fedtprocent og alt sådan noget. Det har vi enormt meget sjov ud af. Vi sidder sådant offentligt og med hinanden og smider tøjet og [har] bare tæer, [kommer] op på vægten, og [får] tallene, og laver skemaer. Vi har det sjovt!"

Så populær er gruppen blevet, at selv Tina, der bemærker, at hun "heldigvis" ikke tilhører gruppen af overvægtige, alligevel har søgt om optagelse blandt entusiasterne af ren og skær lyst og interesse. Dette stemmer overens med Kirstens iagttagelse af, at medarbejderne har reageret på sundhedstjekket på tre forskellige måder:

"Dem, der ved, at de er i totalt god form og er tynde, som bare siger: "Det er fedt!" [...] Så er der dem, der er totalt imod, at man bliver målt og vejede og nedgjort, og der slet ikke vil det og ikke kan snuppe sådan noget. Og jeg tilhører måske [de...] nysgerrige. [...] Jeg synes – Gud – det er sgu' da sjovt. At jeg så

får at vide – uhhh – jeg vejer for meget, det er sådan lidt. Jeg ved godt, hvad jeg vejer, så der er jo ikke noget nyt i det.”

Det er desuden ikke alle medarbejdere på afdelingen, som er gået ind i Sorg-/Entusiastgruppen. Kirsten peger på, at de kolleger, der vejer alt for meget, ikke er at finde i gruppen og formentlig ingenting foretager sig i motionsmæssig forstand. Ligeledes kan hun berette om en kollega, der blev så pikeret over sundhedstjekkets udkomme, at hun i ensomhed gik på en drastisk kur med fire gange ugentlig cykeltræning og tabte seks kilo. Reaktionen på sundhedstjekket har således ikke været entydige, men har i form af Sorg-/Entusiastgruppen fået et uventet udkomme, der kan fungere godt som øjenåbner i forhold til de implikationer af både positiv og negativ karakter, som arbejdspladsbaserede sundhedsfremmeprogrammer kan have for medlemmer af målgruppen.

I løbet af Krop & Kontors implementering viste det sig derudover, at mange af de planlagte aktiviteter var svære at integrere i udviklingsafdelingens fysiske og sociale rammer. En af projektdeltagerne, Kirsten, redegør i citatet nedenfor for følelsen af at skulle hænge i en ribbe eller udføre strækøvelser foran travle kursister eller spisende kolleger således:

”Normalt er der omkring 300 – eller sådan noget – på en uddannelse, så det der med at stille sig op åbent, altså – det er også grænseoverskridende på en én eller anden måde. [...] Vi skulle gøre det én gang i timen. Det var oplægget, men det fik vi slet ikke gjort. I starten prøvede vi at sige to gange om dagen, og så i stedet [...] gøre det ude i køkkenet, hvor vi har det for os selv, men der var nogen, der ikke ville spise imens, der syntes at det var grænseoverskridende – altså: ”Her spiser vi og har fred – og ikke det der pis, vel! Det må I gøre et andet sted.” Så det var lidt blandet.”

Hanne, Kirstens kollega, beretter ligeledes om en mellemlider, der udtrykte ubehag ved massageøvelserne:

”Jeg bryder mig ikke om at skulle stå og massere en kvindelig kollega. Jeg er egentlig hendes chef, døren er åben, der går studerende ude på gangen, der kommer ledere ovre fra huset. Hvad er det for signaler? Hvad er signalværdien her?”

Efter et par måneder besluttede afdelingslederen på opfordring fra en række medarbejdere, at Krop & Kontors projektaktiviteter på afdelingen i højere grad skulle være af traditionel, fitness-lignende karakter, hvorved man fravalgte de holistisk orienterede øvelser. Entusiastgruppen er ligeledes et eksempel på, hvordan medarbejderne søgte en fitness-lignende form for bevægelse – det, som projektet kalder ”motion for motionens skyld”. I analysen vil vi undersøge nogle af de dynamikker, der lå bag dette ønske.



Fig. 4. Køkkenet på udviklingsafdelingen. Foto: Katja Anna Frederiksen og Sara la Cour Nielsen.

Politiseringen af kroppe på kontor

I første omgang interesserer vi os for, hvorfor Sorggruppen opstod med Krop & Kontors indtog på udviklingsafdelingen. Som en offentligt finansieret sundhedsintervention, der blandt andet har Sundhedsministeren som medlem af sit udvælgelsespanel, inviterer Krop & Kontor på det nærmeste til en kritisk læsning af, hvordan den magtfulde stat gør kroppe på kontor til genstand for en magtudøvelse. Den franske tænker Michel Foucault har skrevet om, hvordan kroppen udgør en politisk arena for udøvelse af magt. Med begreberne biomagt og biopolitik har Foucault præget socialvidenskabelig tænkning i retning af at være opmærksom på, hvordan statens udfoldelse af magt i den moderne nationalstat er skiftet fra et voldsmonopol til en regulering af befolkningen gennem et fokus på kroppe.¹⁴ I hjertet af denne udvikling findes en implicit forståelse af, at biopolitik handler om beskyttelsen af liv snarere end om truslen om død, hvilket ligger fint i tråd med den politiske formålstænkning, der kan spores i projektdokumenterne for Krop & Kontor.

Her skal inaktive kroppe netop sættes i bevægelse for at forlænge deres levetid (og forøge deres effektivitet). Samtidig vækker billedet af kontoransatte, der hænger i ribber på gangen eller ruller på pilates-bolde i kontoret, mens de udfører bevægelsesøvelser, mindelser om de auto-regulerede og auto-korrigerende selver, som Foucault beskrev i sit omfattende arbejde om *governmentality* og selvteknologier.¹⁵ I forhold til en forståelse af projektet Krop & Kontor er det desuden

14 Foucault 1991, s. 265.

15 Foucault 2000; Foucault 1997.

relevant at inddrage Foucaults arbejde om problematisering. Foucault beskriver, hvordan et aspekt af det menneskelige liv, der før forekom at være en helt naturlig del af livet, kan blive problematiseret og derved afklædes sin naturlighed. Ifølge Foucault bliver en problematisering ofte til gennem et samspil mellem politiske, videnskabelige og moralske processer, der tilsammen konstituerer et problem på samfundsmæssigt niveau.¹⁶ I forhold til det konkrete projekt kan man derfor spørge: Hvornår og hvordan blev kroppe på kontor til et problem, der kunne retfærdiggøre en større projektintervention? Med sit fokus på kropslig bevægelse som løsning, afspejler Krop & Kontor en væsentlig problematisering af kropslig inaktivitet. Dette kommer helt konkret til udtryk i projektets konstituering af stillesiddende arbejdere som en risikokategori, der kalder på en intervention.

I en Foucault-inspireret tekst om løsningsmodeller og sociale teknologier, interesserer antropologerne Steffen Jöhncke, Mette Nordahl Svendsen og Susan Whyte (2004) sig for, hvilke praktiske konsekvenser det medfører, når et område bliver problematiseret. I deres optik indeholder et konkret projekt eller intervention altid henholdsvis en løsning og et problem.¹⁷ Antropologernes overraskende iagttagelse er imidlertid, at det ofte er løsningen, der definerer problemet, og ikke omvendt. På samme måde kan man se Krop & Kontor først og fremmest som en løsning, bevægelse, hvorved de udvalgte arbejdspladser blev antaget at besidde det specifikke problem, inaktivitet, i løbet af arbejdsdagen. Løsningen gik altså forud for definitionen af deltagerens problem: Først blev Krop & Kontor designet, og derefter blev et vurderingspanel sat sammen for at lede efter virksomheder, der kunne have brug for den løsning, som projektet bygger på.¹⁸ Flere af udviklingsafdelingens medarbejdere har imidlertid peget på, at arbejdet i afdelingen måske slet ikke er stillesiddende nok til at kvalificere til projektets løsning, hvilket Martin Spang Olsen også har fremhævet i et skriftligt interview. Hanne forklarer:

”Hele afdelingen adskiller sig fra de andre ved, at vi helst ikke skal være så meget på vores pind. [...] Så folk skal helst ikke være her; de skal allerhelst være på farten og have travlt, og der er gang i butikken [...]. Så er folk væk, de er ude at undervise, de er ude at holde uddannelsesforløb, de er ovre i huset og coache og vejlede, [...] så når de sidder her, er det primært for at forberede.”

Kirsten er inde på en lignende tankerække, da hun overvejer, om udviklingsafdelingen er ’fejlcasset’ i forhold til projektets målgruppe:

”Vi er jo valgt, fordi vi har stillesiddende arbejde, men mange af os har ikke stillesiddende arbejde, for vi fiser jo rundt ovre i huset eller gør noget andet. Så

16 Foucault 1991, s. 385.

17 Jöhncke et al. 2004, s. 386-387.

18 Cf. Jespersen 2010, s. 2.



Fig. 5. Udviklingsafdelingen består af fire gange af omtrent samme længde som den på billedet. På højre side ses døre til kontorer. Foto: Katja Anna Frederiksen og Sara la Cour Nielsen.

jo; vi har en kontorarbejdsplads, men vi er faktisk ikke så stillesiddende som de andre [arbejdspladser], der var med i projektet. [...] Så på den måde er vi måske fejlcastet. [Men] vi har jo fået meget andet ud af det, så det ved jeg ikke.”

Som de ovenstående citater indikerer, var udviklingsafdelingen i visse henseender ikke problematisk på den særlige måde, som projektets løsning forudsatte. Dog kan sundhedstjekket forstås som et projektredskab, der gjorde deltagerne om end ikke inaktive på arbejdspladsen så i hvert fald overvægtige og dermed problembærere, for hvem bevægelse er en løsning. I en radikal læsning af projektets implementering på udviklingsafdelingen kan man forstå det sådan, at deltagerne gennem sundhedstjekket blev defineret som overvægtige og kropsligt problematiske for på denne vis at kunne passe til løsningen bevægelse.

Løsninger, i form af interventioner, vil ifølge Jöhncke, Svendsen og Whyte ofte blive formet ud fra allerede eksisterende viden indenfor et felt og tidligere afprøvede måder at håndtere lignende problemer på. Dermed er det ikke den aktuelle situation, der definerer, hvad der er problemet, og hvad der er løsningen, men

hovedsagligt en række andre aspekter såsom politisk kontekst, viden på området og erfaringer fra tidligere interventioner. Det følgende citat fra Hanne indikerer, at Krop & Kontors særlige løsningsmodel er formet ud fra erfaringer på en bestemt type arbejdsplads, nemlig åbne kontorlandskaber på SAS, hvor Martin Spang Olsen tidligere har implementeret projektmodellen:

”Vi havde en forventning om, [...] at der ville blive taget udgangspunkt i: Hvad er det her for en afdeling? [...] Og så kom Martin, og han havde [...] en pakke, der var færdig. Den havde været afprøvet på SAS, og det havde fungeret, så den skulle også implementeres og fungere her. Men det er bare to vidt forskellige arbejdspladser. SAS er store kontorfællesskaber, hvor der ikke kommer gæster på samme måde, som der kommer her. Og de har mere plads.”

Jöhncke et al. beskriver yderligere, hvordan problemer indenfor sundhedsforebyggelse ofte dannes gennem risikovurderinger: Hvis et forhold identificeres som en risiko, som det er muligt handle på, forvandler forholdet sig til en *nødvendighed*, uagtet at de mennesker, der placeres i denne risiko-gruppe, ikke nødvendigvis selv oplever at have et problem.¹⁹

Den medicinske sociolog Deborah Lupton (1995) har også vist, hvordan sådanne risikoforståelser omsættes til et moralsk imperativ, hvorved folkesundhedsinterventioner bliver gjort nødvendige. Lupton påpeger i den forbindelse, at folkesundhedsvidenskabens objekt ikke er den enkelte krop, men i stedet udgøres af kroppe, der multipliceres og derved bliver til aggregater,²⁰ eller hvad man kan kalde aggregerede kroppe. Det at være overvægtig eller have forhøjet blodtryk er ikke i sig selv kropslige tilstande, der nødvendiggør intervention. De er først og fremmest kvantitative variationer, der kun igennem en problematiserende statistisk objektivisering af kroppe forvandler sig til moralske imperativer. Imidlertid orienterer næsten alle forebyggende og sundhedsfremmende indsatser sig mod afvigelserne fra det, der defineres som normalområdet.²¹

Dette er også tilfældet for Krop & Kontors såkaldte naturvidenskabelige del, der qua sundhedstjekket indebar allehånde målinger af den enkelte, som derefter blev holdt op imod de respektive normalværdier, der sidenhen dannede grundlag for lægehenviisninger. Ud fra en evidensbaseret optik opnår projektet således en høj grad af legitimitet, såfremt en stor del af medarbejdernes kropsvægt falder udenfor det etablerede normalområde.

Denne legitimering er imidlertid betinget af den historiske bevægelse, der skete i løbet af det 20. århundrede, hvor man gik fra en logik baseret på at kurere og håndtere sygdom til en logik baseret på at fremme sundhed, og hvad der der-

19 Jöhncke et al. 2004, s. 387.

20 Lupton 1995, s. 2.

21 Canguilhem 1989, s. 42; Lupton 1995, s. 79–80.

med impliceres at være det gode liv.²² Allerede Oplysningstidens videnskabelige landvindinger i det 17. og 18. århundrede havde gjort det muligt at kontrollere epidemier gennem rational handling og statslig tvang,²³ men det var først i starten af det 20. århundrede, at man begyndte at orientere sig mod oplysning og uddannelse som den rette vej til god hygiejne og folkesundhed.²⁴ På længere sigt indebar dette skift også, at sygdom og sundhed som domæne ikke længere var forbeholdt læger og sygeplejersker på klinikker og hospitaler, men at sundhedsfremme skulle foregå multisektoralt, hvilket bl.a. ville sige på skoler, i indkøbscentre og på arbejdspladser.²⁵ Krop & Kontor er således et interessant eksempel på, hvordan en arbejdspladsbaseret sundhedsintervention byder sig til som vejen til sundhed og det gode liv gennem aktivisering af stillesiddende kroppe.

Lupton advarer i den sammenhæng imod, hvad hun kalder en æstetisering af sundhed, fordi overvægt, dårlig kost eller rygning derved risikerer at blive forvandlet til et spørgsmål om (dårlig) smag,²⁶ hvor de, der ikke følger forskrifterne for den sunde livsstil anses for irrationelle eller viljessvage.²⁷ Dette er lige præcis, hvad sociolog og antropolog Nanna Mik-Meyer i sin forskning har fundet var udkommet af arbejdspladsbaserede indsatser i forhold til overvægt. I artiklen *Managing fat bodies* beskriver hun, hvordan personaleledere på den ene side finder det problematisk at gribe ind overfor overvægtige medarbejdere, fordi det føles som at overskride grænsen mellem den offentlige og den private sfære,²⁸ mens de på den anden side oplever det som en moralsk nødvendighed, fordi overvægtige medarbejdere ubevidst konstrueres som viljessvage og ude af stand til at tage vare på egen sundhed.²⁹

Både Lupton og Mik-Meyer er repræsentanter for en (ofte Foucault-inspireret) socialvidenskabelig tradition for at kaste et magtkritisk blik på, hvordan sundhedsinterventioner omsætter kropslige forhold til moralske kategorier, der bliver til væsentlige determinanter for det enkelte subjekts mulige positioner. Som en statsligt initieret sundhedsintervention kan man ligeledes analysere Krop & Kontor ud fra en magtkritisk analyse, der gør det muligt at se følgende: Objektiveringen af den enkelte medarbejders krop definerer ikke alene det gode liv som værende lig med en sund og aktiv krop, men implicerer samtidig sin definitive modsætning – nemlig det dårlige liv nu forstået som en usund og inaktiv krop, der falder udenfor normalværdierne, når man måler på den. Dannelsen af Sorggruppen kan ud fra dette perspektiv forstås som et resultat af, at deltageres

22 Elsass og Lauritsen 2006, s. 38.

23 Lupton 1995, s. 21.

24 Ibid., s. 45.

25 Ibid., s. 51.

26 Ibid., s. 70.

27 Ibid., s. 90.

28 Mik-Meyer 2008, s. 20.

29 Ibid., s. 29–30, se også Lupton 1995, s. 75.



Fig. 6. En medarbejder på udviklingsafdelingen. I forgrunden ses en af de ribber, som blev sat op i forbindelse med Krop & Kontor. Foto: Katja Anna Frederiksen og Sara la Cour Nielsen.

kroppe blev kategoriserede som usunde gennem sundhedstjekket. Endelig kan et sundhedsfremmende projekt som Krop & Kontor, i kraft af at blive implementeret på arbejdspladsen, være med til at skabe nogle uheldige og stigmatiserende forståelser af, hvem der udgør de mest effektive, produktive og værdifulde medarbejdere.

Målingen af den individuelle krop

Som gennemgangen af medarbejdernes oplevelse af Krop & Kontor viser, stoppede historien ikke med projektets objektivering af medarbejdernes kroppe og diskursive placering af et flertal af dem i en risiko-kategori som værende overvægtige. Både individuelt og i fællesskab var der medarbejdere, der gjorde noget kreativt i forhold til det mulighedsrum, som projektet var med til at skabe, også selvom det ikke nødvendigvis var i fuld overensstemmelse med projektets intentioner og målsætninger. I forsøget på at forstå, hvordan sundhedsinterventioner interagerer med eller påvirker deres målgruppe, kan vi således ikke nøjes med at se på den politiske krop, men må gøre os ligeså umage med at begribe den individuelle krop og se på, hvorfor medarbejderne ikke ville acceptere den løsning, som projektet tilbød.

Projekt Krop & Kontor indeholder en intention om at være holistisk, eller helhedsorienteret, i sin tilgang til kroppen. Indledningsvis påpegede vi derfor, det interessante i, at projektet abonnerer på en dobbelt epistemologi, hvor man både vil give plads til det *alternative* og til det *evidensbaserede* gennem inddragelsen

af de to forskellige bevægelseseksperter. Martin Spang Olsens erklærede målsætning om at forene krop og psyke må ses som et eksplicit brud med den vestlige videnskabsstradition, som har rødder tilbage til Descartes' dualistiske menneskesyn, hvor krop og sind defineres som to adskilte størrelser.³⁰ Sundhedstjekket synes derimod på flere måder at ligge helt logisk i forlængelse af en sådan forståelse af kroppen, hvor der nærmest bliver tale om en maskine, der i stil med en bil skal vedligeholdes gennem regelmæssige tjek, hvilket i en vis forstand gør sundhedspersonalet til ingeniører eller mekanikere, som kan vejlede med den rette tekniske viden.³¹ Sundhedstjekket har således klare reminiscenser af en objektivisering af en delvis løsrevet krop, idet tjekket sigter mod at producere en viden om kroppen, som den enkelte derefter forventes at agere på som udkomme af en øget bevidsthed. Det pudsige er i den forbindelse, at medarbejderne netop syntes at være glade for det gængse sundhedsvidenskabelige perspektiv udgjort af sundhedstjekket og "motion for motionens skyld", som projektdokumentet ellers havde skrevet sig op imod. Hvor projektdokumenterne lagde op til, at bevægelse skulle blive til en integreret del af de kollektive arbejdsgange, endte det på udviklingsafdelingen med, at medarbejderne forfulgte perspektivet på den individuelle krop udenfor arbejdet. Målsætningen, om at medarbejderne i fællesskab skulle udføre øvelser ude på gangen flere gange dagligt, blev ganske enkelt ikke indfriet, og den endelige evaluering af projektet forklarer da også delvis Krop & Kontors manglende succes på Rigshospitalets Udviklingsafdeling med medarbejdernes ønske om og behov for individuelle løsninger.³²

Man kan sige, at medlemmerne af Sorggruppen identificerede sig med deres kategorisering som inaktive problembærere, ligesom de havde et ønske om at bevæge sig, men den holistiske integration af krop og sind, som projektet også promoverede, fandt imidlertid aldrig fodfæste. Flemming beretter om, hvordan nogle medarbejdere faktisk selv insisterede på et eksklusivt fokus på kroppen, når de blev præsenteret for Martin Spang Olsens helhedstænkning:

"Det er bare ikke alle, der køber den [tilgang]. Jeg tror, der er mange, der har det sådan, at: Han skal ikke ind og rode i mit hoved – det her det handler om kroppen, ikke! [...] Vi havde jo alle sammen troet, at det der, det var noget fysisk træning, ikke? Så kom han med noget mere, og det var man ikke klar til modtage."

Hvor vi i det forudgående afsnit argumenterede for, at Krop & Kontor på et overordnet niveau introducerer bevægelse som universalløsning på et problem (inaktivitet), bliver det i citatet her klart, at projektet faktisk tilbød mere og andet, end hvad mange medarbejdere havde forventet og ønsket. I denne sammenhæng er

30 Scheper-Hughes & Lock 1987, s. 9.

31 Lupton 1995, s. 45.

32 Jespersen 2011, s. 21.



Fig. 7. Yoga-måtterne på billedet er anskaffet i forbindelse med Krop & Kontor. Foto: Katja Anna Frederiksen og Sara la Cour Nielsen.

det ikke uvæsentligt, at mange medarbejdere på Rigshospitalets Udviklingsafdeling i kraft af deres uddannelse og professionelle virke selv har en sundhedsvidenskabelig baggrund med fokus på medicinske og kropsobjektiverende tilgange og i et vist omfang kan antages at tænke med - og ikke imod - krop-sind dualismen. Hanne kunne også berette om medarbejdere, der var blevet pikerede over forskellige udtalelser, fordi – som de sagde – ”det er fysiologisk [...] og anatomisk [...] ukorrekt.”

Ved at starte ud med sundhedstjekket af medarbejdernes individuelle kroppe havde projektet delvis skabt en problemdefinition, som umiddelbart kaldte på et individuelt træningsprogram snarere end en holistisk tilgang med kvalitative bevægelser. I den forstand var der ikke fuld overensstemmelse mellem problemdefinition og løsningstilbud i den færdige pakke, som udgjorde Krop & Kontor. Denne uoverensstemmelse eller flertydighed går igen i Flemmings karakteristik af sundhedstjekket i citatet nedenfor:

”Altså – jeg synes det har haft stor betydning. Det er noget af det der har været vigtigt i projektet, det dér sundhedstjek. Det har i hvert fald sat noget i gang. Det har motiveret folk til at gøre noget, ikke? Men det har så bare ikke været så meget – altså hér, altså i projektet, at folk er begyndt at dyrke motion. Det er mere noget med, at folk er kommet i gang med privat at lave forskellige ting.”

Vi hæfter os ved, at det individuelle Sundhedstjek således har været katalysator

for en udvikling hen imod et større fokus på motion og kost blandt nogle af medarbejderne, selv om hverken forløb eller udkomme er kongruente med projektets mål eller delmål. I de forskellige interviews fortæller medlemmerne af Sorggruppen ikke uddybende om den følelse af stigma og skam, som sundhedstjekket indledningsvis afstedkom, og som fik dem til at betegne sig som værende i sorg. Dette kan skyldes, at de er mere ivrige efter at fortælle historien om, hvilke aktiviteter de satte i værk, da de en måned senere forvandlede sig til en Entusiastgruppe. Hvis vi holder fast i, at dannelsen af Sorggruppen – til trods for det humoristiske og ironiske islæt – også er udtryk for, at sundhedstjekket implicerede en negativ moralsk vurdering af den enkelte, så kan deltagernes reaktion forstås indenfor konteksten af det kropsideal der dyrkes i den vestlige del af verden. Schepers-Hughes og Lock beskriver:

*"In our own increasingly 'healthist' and body-conscious culture, the politically correct body for both sexes is the lean, strong, androgenous, and physically 'fit' form through which the core cultural values of autonomy, toughness, competitiveness, youth and self-control are readily manifest. [...] Health is increasingly viewed [...] as an achieved rather than an ascribed status, and each individual is expected to 'work hard' at being strong, fit, and healthy. Conversely, ill health is no longer viewed as accidental, a mere quirk of nature, but rather is attributed to the individual's failure to live right, to eat well, to exercise, etc."*³³

På sin vis forholder medlemmerne af Sorg-/Entusiastgruppen sig over tid til dette sundhedsideal ved i fællesskab at dyrke den individuelle krop, såsom det fornemmedes ovenfor i Kirstens beskrivelse af, hvor meget sjov gruppens medlemmer har ud af at veje sig og måle fedtprocent i al offentlighed. Navnlig i interviewet med Flemming fremgår det også tydeligt, at medlemmerne af gruppen ikke var så interesserede i de kvalitative bevægelser, som Krop & Kontor promoverede i løbet af arbejdsdagen, som de var i at bruge hinanden til at holde et fokus på de individuelle mål og planer samt enkeltstående fællesaktiviteter:

"Jeg tror nok, at dem, der er i Entusiasterne, har været mest sådan OBS på at komme i gang med noget motion – og snakke om det indbyrdes. [...] Det blev meget hurtigt det, som man sådan personligt gjorde, synes jeg. Det havde også det dér personlige fokus: Kommer du videre?"

Vi har set, hvordan det indledende Sundhedstjek, hvor den individuelle krop blev målt og vejnet op imod forskellige normalværdier defineret på populationsniveau, havde stor betydning for, hvordan hele projektet blev modtaget på indi-

33 Schepers-Hughes & Lock 1987, s. 25.

viduelt plan. Som flere af de tidligere citater antyder, hang deltagernes modvilje mod projektaktiviteterne også sammen med en række andre forhold såsom de fysiske omgivelser på udviklingsafdelingen samt deltagernes følelse af at blive præsenteret for en færdig pakkedløsning. Uden at underkende vigtigheden af disse forhold ønsker vi imidlertid her at pege på det interessante i, at den objektivisering af deltagernes kroppe, som fandt sted gennem sundhedstjekket, producerede dem som en udpræget individualiseret form for problembærere – som indehavere af en krop, der afviger fra normalværdierne - hvilket førte til, at de mere holistiske og alternative intentioner med projektet ikke blev modtaget af deltagerne som en løsning på deres problem.

Forbedringen af den sociale krop

Hændelsesforløbet på udviklingsafdelingen er imidlertid ikke udelukkende et eksempel på individuel ansvarliggørelse for egen krop. Ud fra en pudsigt og omvendt logik forvandlede det individuelle Sundhedstjek sig til et kollektiverende moment, idet alle medarbejderne gjorde sig denne erfaring på samme tid og sted. Sociologerne Nikolas Rose og Carlos Novas (2005) har beskrevet, hvordan kropslige og biologiske forhold i nyere tid har dannet grundlaget for en ny form for borgerskab – det biologiske – som ofte skabes gennem forskellige former for støt-tegrupper og patientforeninger:

”Such citizens use biologically colored languages to describe aspects of themselves or their identities, and to articulate their feelings of unhappiness, ailments, or predicaments. For example, they describe themselves as having high levels of blood cholesterol, as being vulnerable to stress, as being immune-compromised, or as having an hereditary predisposition to breast cancer.”³⁴

Disse biologiske borgere udgør de mere virkelige Sorg-/Entusiastgrupper så at sige, men det er naturligvis ikke tilfældigt, at skiftet fra sørgende til entusiast på udviklingsafdelingen i så slående grad minder om skiftet fra en identitet som aids-smittet til en identitet som Positiv. Bevægelsen fra Sorg- til Entusiastgruppe er nemlig også virkelig, og Rose og Novas beskrivelse af de biologiske borgere ræsonnerer fint med Flemmings beskrivelse af, hvordan han oplever sig selv og de andre medarbejdere som udsatte:

”Jeg havde faktisk personligt nogle stressproblemer, så jeg lå dér, hvor man skulle snakke med en læge. Så gik jeg til lægen og snakkede med ham, og det var

34 Rose & Novas 2005, s. 445.



En person strækker ud på gangen på udviklingsafdelingen. Foto: Katja Anna Frederiksen og Sara la Cour Nielsen.

ikke så galt, som det så ud. Men det har da gjort, at jeg har fået fokus på det. Jeg har stadigvæk fokus på [...] den der sammenhæng mellem stress og motion, og hvordan man kan holde stressen nede ved at dyrke motion. Vi er sådan en medarbejdergruppe, som alle sammen har så meget at lave, at vi sagtens kan blive stressede. [...] Vi er udsatte, kan man sige.”

Udviklingsafdelingens medarbejdere har muligvis haft særlige forudsætninger for at indskrive deres nye biologiske status i et univers af foreninger og støttegrupper for særligt udsatte, fordi denne organisationsform er dem særligt velkendt fra hverdagen på Rigshospitalet.

Rose og Novas bemærker, hvordan den sprogbrug, som kommunikeres gennem sundhedsoplysning og lægelig rådgivning, er med til at forme borgerens selvforståelse.³⁵ Dette forhold fremgår af Flemmings citat, og af en række andre citater i denne artikel, men den biologiske orientering kan også føre til et kollektiverende moment – eller hvad antropologen Paul Rabinow (1996) betegner

35 Rose & Novas 2005, s. 446.

biosocialitet.³⁶ I det følgende citat fortæller Flemming, hvordan projektdeltagerne reagerede på sundhedstjekket, hvor mange var blevet fundet overvægtige. Det interessante er her, at deltagerne besluttede sig for i fællesskab at gøre noget for at handle på deres nye status som usunde:

"Jeg kan ikke huske, hvem der sådan fik idéen. Der blev snakket sådan om det over frokost. [...] 'Vi må gøre et eller andet!' [Latter] 'Vi må...' 'Ja. [...] Jeg tror bare, der blev skrevet rundt, at der ville være sådan et møde for dem, der var interesserede."

På mødet blev 'Sorggruppen' dannet. I sin oprindelse var Sorg-/Entusiastgruppen altså et fællesskab, som opstod, fordi en gruppe medarbejdere fik en ny status som indehavere af usunde kroppe og besluttede sig for at gøre noget ved det sammen, hvorved de påtog sig et nyt biologisk borgerskab. I det følgende citat beskriver Flemming, hvordan nogle medarbejdere på afdelingen allerede var i gang med motion, og derfor ikke havde behov for at blive medlemmer af gruppen:

"Jeg tror måske, at dem der ikke er med, de har ligesom været i gang med en eller anden motionsaktivitet i forvejen, som har kørt – i årevis, måske. De har ikke haft behov for at bygge noget ovenpå."

Sorg-/Entusiastgruppen fremstilles her som noget, man har behov for at være med i, hvis man ikke er i fysisk god form. Dette minder om Kathleen LeBescos beskrivelse af, hvordan overvægtige kan forbedre den status som svage, der følger med deres kropslige egenskaber som overvægtige, ved at antage en ny status som 'overvægtige, der forsøger at slanke sig'³⁷ Imidlertid lader det til, at Entusiastgruppen kan mere end bare tilbyde en identitet som slanke-villig overvægtig til medarbejdere med store kroppe. Flemming fortæller her om en kollega, der valgte at blive medlem, selvom hun er i god form:

"Der er i øvrigt, skal jeg lige sige, der er faktisk én af entusiastene, som faktisk er i rigtig god form, men som er med fordi hun synes det er sjovt at være med i gruppen. Altså det sociale. [...] hun har i hvert fald ikke behov for at være med i sådan en sorggruppe. [Latter]."

Kirsten fortæller ligeledes om en kollega, der bliver i gruppen for det sociale sammenhold:

36 Rabinow 1996.

37 LeBesco 2010, s. 75.

”Vi starter jo altid med at blive vejret og sådan noget. Der er en af dem, som er med, han har tabt sig sådan at han egentlig ikke kan optages mere, vel? [Latter] Men han fortsætter jo med at være med i den [...] Fordi det er hyggeligt, ikke?”

Her beskriver Tina – en af Entusiastgruppens veltrænede, normalvægtige medlemmer – hvorfor hun blev interesseret i at slutte sig til gruppen:

”Men det lød også rigtig hyggeligt. Selvom de skulle tabe sig, var det sådan noget med lækker mad og sådan noget. Det var ligesom i gamle dage – der var det altid rygerne, der stod og hyggede sig [Latter].”

Som Tina påpeger, begyndte Sorggruppen i takt med, at de skiftede navn til Entusiastgruppen, også at orientere sig mod almen kollegial hygge, til trods for deres sundhedsfokus. Flemming forklarer:

”Vi begyndte at snakke om alle de ting vi godt kunne tænke os at lave og fik alle mulige idéer. Og vi har også lavet nogle sociale ting på den måde, at vi har cyklet ud til Dyrehaven [...] og hygget os derude. Hvor sundt det har været, ved jeg faktisk ikke, for så har vi haft noget mad med – og noget vin. [Latter]. Det har nok været psykisk sundt. [Latter]. Jeg ved ikke, om det har givet så meget på den fysiske sundhed i virkeligheden, men det har været rigtig hyggeligt.”

Kirsten beskriver i øvrigt, hvordan gruppen har forbedret sammenholdet ikke bare indbyrdes, men på hele afdelingen:

”Jeg tror det har gjort noget ved sammenholdet! Det er rart. Altså – selv om man kan sige, at den der Entusiastgruppe jo bare er – jeg ved ikke – ti mennesker eller et eller andet, så er det fordi vi har de her aktiviteter, som andre kan komme på.”

Der går således en rød tråd fra sundhedstjekkets objektivisering af kroppen til god vin og mad i Dyrehaven og et forbedret sammenhold – i hvert fald blandt nogle medarbejdere - på Rigshospitalets Udviklingsafdeling. Her bevæger analysen sig ud over bevægelsen som universalløsning og viser, hvordan det at blive objektiviseret og stigmatiseret som inaktiv kan føre til overraskende og kreative reaktioner hos de mennesker, der udsættes for interventionen. Rabinow beskrev biosocialitet som et fællesskab, der opstår blandt mennesker, som deler en somatisk eller genetisk status.³⁸ Dermed kan Entusiastgruppen i sin oprindelse – Sorggruppen - beskrives som et biosocialt fællesskab omkring en gruppe medarbejders fælles diagnose som overvægtige, der desuden kan udlægges som et eksempel på diskrimination og stigmatisering. En vigtig pointe i denne artikel er imidlertid, at historien om Entu-

38 Citeret i Rose 2007, s. 134.



Fig. 8. Rigshospitalet set fra Tagensvej. Foto: Katja Anna Frederiksen og Sara la Cour Nielsen.

siastgruppen også peger i retning af, at mennesker har muligheder og handlerum. Ikke alene omdefinerede medarbejderne projektpakkens aktiviteter, men gruppen udviklede sig også til en kærkommen anledning for flere af medarbejderne til at styrke deres kollegiale relationer. Dette førte til en forbedring af afdelingens sociale krop, forstået helt enkelt som de sociale relationer mellem kolleger. Entusiastgruppen handler dermed om bevægelse – men også om, hvordan man kan vælge en identitet som entusiast, ligesom den handler om kollegialt sammenhold.

Entusiastgruppens udvikling vidner om, at netop disse medarbejdere var handlekraftige individer, der formåede at vende en svær situation til et konstruktivt udkomme for sig selv. Det ville ikke nødvendigvis være sket for alle medarbejdergrupper, og det kunne således være interessant at sammenligne hændelsesforløbet på Rigshospitalet med implementeringen af Krop & Kontor på de tre andre arbejdspladser (Bornholms Borgerservice, Aalborg Universitet og SAS). Derudover kunne det være interessant at undersøge fremtidige Krop & Kontor-projekter ved at bedrive deltagerobservation under selve projektimplementeringen, hvilket desværre ikke var muligt i forhold til implementeringen på Rigshospitalet.

Hvis vi returnerer til Schepers-Hughes og Locks tredelte perspektiv på kroppen, kan man opsummere hændelsesforløbet på følgende vis: A) Gennem projekt Krop & Kontor blev medarbejdernes kroppe gjort til genstand for udøvelsen af en politisk magt i deres arbejdssfære, og i kraft af sundhedstjekket blev medarbejdernes kroppe objektiveret gennem målinger og tests, der placerede dem i en stigmatiseret kategori af overvægtige. B) Med blik for deltagerens individuelle

kropsopfattelse kan man se, at den objektivering, der fandt sted gennem sundhedstjekket, gav deltagerne et behov for løsninger, som gik ud over hvad projektet Krop & Kontor kunne tilbyde dem. C) Blandt andet derfor gik nogle af deltagerne således sammen om deres egen løsning, hvilket igen dannede grobund for et kollektiverende moment, hvorved afdelingens sociale krop blev forbedret.

Konklusion

Historien om Krop & Kontors implementering på Rigshospitalets Udviklingsafdeling vil af nogle kunne læses som historien om en fejlslagen intervention, eftersom projektet uden held søgte at integrere bevægelse i de daglige arbejdsgange i modsætning til, hvad projektdokumentet omtalte som motion for motionens skyld. På paradoksalt vis synes motion for motionens skyld nemlig at være lige præcis, hvad en stor gruppe af medarbejdere efterspurgte. I den endelige evaluering skriver projektets evaluator således:

”Når det ikke umiddelbart gik så godt med projektet, synes det imidlertid først og fremmest at hænge sammen med, at Krop & Kontor projektet ikke var tilstrækkeligt tilpasset de jobmæssige og fysiske rammevilkår i udviklingsafdelingen, samtidig med at mange af medarbejderne havde mere individuelle ønsker og behov end først antaget.”³⁹

Det er i den forbindelse tankevækkende, at den såkaldt holistiske tilgang til bevægelse på arbejdspladsen ikke havde blik for, hvilket arbejde medarbejderne udførte, eller hvilket fysisk rum de udførte det i. På den baggrund er det ikke helt urimeligt at hævde, at den holistiske tilgang til trods for sit navn ikke havde blik for helheden.

Slutevalueringen vidner imidlertid om, at man havde større held med at implementere projektet i dets færdigpakkede form på de tre andre arbejdspladser, hvor det blev gennemført, og det er derfor sandsynligt, at én anden og mere strømlinet historie og entydig analyse ville kunne fremskrives, hvis vi havde haft ét af de andre steder som genstand for vores analyse. Men med henvisning til antropologen Max Gluckmans definition af analyseværdige situationer, er det nu engang mest interessant at kigge på begivenheder, som gennem udfoldelse af modsætningsforhold og konflikter fører til nye situationer og forståelser.⁴⁰ Så alt imens implementeringen af Krop & Kontor på udviklingsafdelingen i et evalueringsperspektiv fremstår som delvis forfejlet, er det i en analytisk forstand en historie om dobbelte epistemologier, moralske kategoriseringer og nye former for socialitet, som alle

³⁹ Jespersen 2011, s. 21.

⁴⁰ Kapferer 2006, s. 125.



Fig. 9. En person laver pilatesøvelser foran kaffeautomaten på gangen. Foto: Katja Anna Frederiksen og Sara la Cour Nielsen.

bliver bragt i spil på grund af et sundhedsfremmeprojekt af begrænset omfang. Analysen af projekt Krop & Kontor indeholder således flere væsentlige indsigter i forhold til en forståelse af de mangfoldige implikationer af praktisk, social og moralsk karakter, som sundhedsfremmeinitiativer kan have for de mennesker (og kroppe), der gøres til genstand for en projektintervention på deres arbejdsplads.

De fysiske forhold på udviklingsafdelingen gjorde, at medarbejderne følte sig intimiderede, når de skulle udføre bevægelsesøvelser i (og på) deres arbejds gange, ligesom der var andre væsentlige praktiske udfordringer at slås med i selve projektimplementeringen. Sådanne forhold kan synes mondæne og banale, men som beskrivelsen af medarbejdernes oplevelser viste, kan de være af allerstørste betydning i de lokale verdener, hvor folkesundhedsprojekter objektiviserer konkrete menneskers kroppe. Hvis man i forståelsen af folkesundhed alene fokuserer på den magt, der udøves fra centralt (statsligt) hold uden blik for, hvordan projektinterventioner forløber lokalt, giver man sig selv ringe mulighed for at begribe, hvilken betydning interventionen har for de objektiviseredes hverdag og liv både individuelt og kollektivt.

Med inspiration fra analyser af sociale teknologier og Foucault-inspirerede analyser af sundhedspolitik som magtudøvelse demonstrerede vi, at projekt Krop & Kontor indeholder en forholdsvis fastlåst definition af både problem (inaktivitet) og løsning (bevægelse), der havde både sociale og moralske implikationer for de deltagende medarbejdere. Dette kom klarest til udtryk i dannelsen af Sorggruppen som reaktion på sundhedstjekkets skabelse af en stor gruppe medarbejdere som overvægtige, hvilket stemmer overens med de teoretikere, der hævder, at sundhedsprogrammer stigmatiserer mennesker, som falder udenfor normalværdierne. Medarbejdernes identifikation med problemkategorierne stillesiddende og overvægtige, som projektinterventionen Krop & Kontor og i særdeleshed sundhedstjekket placerede dem i, inviterer til en magtkritisk analyse. Deres kreative omformning af projektets bevægelses-løsning fra tre-minutters øvelser til fællesskab og fitness udenfor arbejdstiden kalder imidlertid på andre perspektiver.

Projekt Krop & Kontor var naturligvis udtryk for, at nogen ville noget med nogen. Således blev medarbejderne og deres kroppe udsat for en magtudøvelse, men over tid forvandlede medarbejderne projektet til det, som de selv ønskede det skulle være. I skiftet fra Sorggruppe til Entusiastgruppe ligger således kimen til en forståelse af, at objektiviseringen af den individuelle krop meget vel kan føre til et kollektiviserende moment og dermed til en ny form for socialitet. Samtidig giver det også mulighed for at tage medarbejdernes oplevelse af deres egen krop alvorligt, eftersom de fleste har et ønske om at være sunde. Selv om de overvægtige medarbejdere var kede af at blive stemplet som overvægtige, betød det ikke nødvendigvis, at de var imod sundhed, sådan som det polemisk er formuleret i en nylig udgivet antologi.⁴¹ Hvis artiklen har vist, at bevægelse gennem Krop & Kontor blev indstiftet som universel løsning (på snart sagt alt), så var den virkelighed, som projektet skulle implementeres i, langt fra universel. I den meget partikulære virkelighed, som Rigshospitalets udviklingsafdeling udgør, blev bevægelse *på* arbejdspladsen i stedet til bevægelse *udenfor* arbejdspladsen – men i et nyt og socialt samspil med kolleger *fra* arbejdspladsen.

Endelig skal man heller ikke underkende betydningen af, at medarbejdere kan opleve eksternt finansierede projekter som en velkommen form for opmærksomhed. Kirsten opsummerer dette aspekt meget rammende, når hun fortæller:

”Måske er det, fordi man er offentligt ansat. Vi får jo ikke engang frugtkurv, vel! Vi får jo ikke noget. [...] Vi får ikke julegave eller højere løn. Så det der med den opmærksomhed, det synes jeg da var en gave.”

Historien om Kirsten og hendes kolleger i Sorg-/Entusiastgruppen kan således tjene som en understregning af, at det i socialvidenskaberne ikke er tilstrække-

41 Metzl & Kirkland 2010.

ligt at analysere på den politiserede krop, hvis vi skal forstå den betydning, som sundhedsinterventioner har i folks hverdag og liv. På baggrund af denne artikel vil vi foreslå, at et eksplicit fokus på, hvordan den individuelle og den sociale krop påvirkes af sundhedsfremmeprogrammer over tid, er et godt sted at begynde den udvidede analyse.

Utrykte kilder

- BAR FOKA, 2009: "Ansøgningsmateriale"; den samlede ansøgning for de fire forsøgsprojekter i Krop & Kontor til Forebyggelsesfonden.
- Jespersen, Eigil 2011: *Evaluering af Krop og Kontor forsøgsprojekter*. Odense: Institut for Idræt og Biomekanik.
- Krop & Kontor 2009: Pressemeddelelse - "Forsøgsprojekter om at integrere fysisk aktivitet i kontorarbejde".

Litteratur

- Canguilhem, Georges 1989: "*The normal and the pathological*". Zone Books.
- Elsass, Peter & Peter Lauritsen 2006: *Humanistisk sundhedsforskning*. Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, Michel 1991. "Polemics, Politics, and Problematizations: An interview with Michel Foucault. Paul Rabinow (ed.): *The Foucault Reader*. Penguin Books, s. 382-390.
- Foucault, Michel 1997: "Technologies of the Self". Paul Rabinow (ed.): *The essential works of Foucault, 1954-1984*. The New Press, s. 223-252.
- Foucault, Michel 2000. "Governmentality". James D. Faubion (ed.): *Power*. The New Press, s. 176-200.
- Jespersen, Eigil 2010: "Midtvejsevaluering for Krop & Kontor": <http://kropogkontor.dk/~media/Finans%20Offentlig%20Kontor%20og%20Administration/kropogkontor/midtvejsevaluering.ashx>. Besøgt den 7. oktober 2011.
- Jöhncke, Steffen, Mette Nordahl Svendsen & Susan Whyte 2004: "Løsningsmodeller: Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt". Kirsten Hastrup (red.): *Viden om verden. En grundbog i antropologisk analyse*. Hans Reitzels Forlag, s. 385-408.
- Kapferer, Bruce 2006: "Situations, crisis, and the anthropology of the concrete: The contribution of Max Gluckman". Terry M. S. Evens & Don Handelman: *The Manchester school. Practice and ethnographic praxis in anthropology*. Berghahn Books, New York and Oxford, s. 118-158.

- LeBesco, Kathleen 2010: "Fat panic and the new morality". Jonathan Metzl & Anna R. Kirkland (eds.): *Against health: How health became the new morality*. New York University Press.
- Lupton, Deborah 1995: *The imperative of health: public health and the regulated body*. Sage Publications, London & Thousand Oaks, Californien.
- Metzl, Jonathan & Anna R. Kirkland 2010: *Against health: How health became the new morality*. New York University Press.
- Mik-Meyer, Nanna 2008: "Managing fat bodies: Identity regulation between public and private domains". *Critical Social Studies*, 2, s. 20-35.
- Olsen, Martin S. 2011: "Alt er bevægelse". *Politiken*, Kultur d. 18. marts, s. 7.
- Rabinow, Paul 1996: "Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality". *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton University Press.
- Rose, Nikolas 2007: "*The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*". Princeton University Press.
- Rose, Nikolas & Carlos Novas 2005: "Biological citizens". Aihwa Ong & Stephen J. Collier: *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Blackwell Publishing, s. 439-463.
- Scheper-Hughes, Nancy & Margaret M. Lock 1987: "The Mindful Body": A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), s. 6-41.
- Sund på Job 2011: "Sundhedstjek" <http://sundpaajob.dk/?type=kategori&id=3&menuItemId=0>. Besøgt den 7. oktober 2011.

Movement as the Magic Bullet. An Anthropological Investigation of the Workplace Health Project 'Body & Bureau'

The article investigates the implementation of the workplace health project 'Body and Bureau' at the Department of Development at the Copenhagen University Hospital. The project attempted to intervene with the daily routines of staff members, who were believed to be bodily inactive while performing their daily tasks. In seeking to add movement and exercise to the daily routines of staff members, 'Body & Bureau' was understood to promote a new pattern of behaviour in the office that would help avoiding life style conditions such as overweight, hypertension, pre-diabetes and increased levels of cholesterol, generally considered to expose office workers to increased risks of poor health. The article addresses the ways in which the bodies of staff members were objectified by the project and the ways in which it influenced their everyday lives, and how it became a catalyst for new modalities of social relations within the office. Subsequent to individual health tests being performed, a number of staff members were classified as being overweight, which led them to form what they ironically dubbed 'The Group of

Mourners' in order to cope with their sense of sadness. About one month later, however, the group decided to become 'The Group of Enthusiasts', thereby taking on the tasks of changing the way they perceived of themselves and developing into an exercise support group. While the project had set out to promote movement as integral to the work routines, which was set against an undesirable notion of exercise for its own sake, the staff members ended up by pursuing the latter rather than the former. While the authors acknowledge the importance of tracing how bodies become objects of political power in the Foucauldian sense, they underscore that the nitty-gritty details of how projects play out in local social worlds such as the Development Department will eventually shape the trajectory of the intervention. Taking their cue from anthropologists Nancy Scheper-Hughes and Margaret Lock, the authors argue that a good starting point for the analysis of how a bodily objectifying project like that of 'Body & Bureau' intervenes in the social reality of an office is to pay equal attention to the political body, the individual body, and the social body. Similarly, these three perspectives on the body are used to explain how the state sponsored intervention politicizes the body of office workers, which leads to the testing and measuring of individual bodies, which finally becomes a collectivizing moment for staff members, because they eventually chose to socialize around their common condition of overweight, thereby producing new ways of relation in the office. The article thus concludes that although political power is definitely exercised in health promotion schemes, it is important not to forget the agency exercised by the people who make up the objects of such intervention.

Astrid Pernille Jespersen er ph.d. og adjunkt i etnologi ved Københavns Universitet. Hendes forskning er koncentreret om medicinske og sundhedsmæssige problemstillinger, jf. ph.d.-afhandlingen *Engagement i arbejdet? Konsultationsprocesser hos danske praktiserende læger*, men forsker herudover i konsumtion og brugerdreven innovation. Astrid P. Jespersen er desuden tilknyttet Center for Sund Aldring med et tværdisciplinært projekt om overvægt og fysisk aktivitet (FINE).

KROPPE I LABORATORIET

– Individuelle kroppe, forsøgskroppe og samfundskroppe i kliniske forsøg med overvægt

I det kliniske forsøg, som beskrives i denne artikel, er overvægtige kroppe genstand for intens opmærksomhed samt en omfattende mængde af aktiviteter og interventioner. Forsøget har blandt andet til formål at undersøge en række forskellige variabler: insulinfølsomheden hos de deltagende moderat overvægtige mænd, effekterne af fysisk træning på en række metaboliske parametre, og appetithormonernes respons på det øgede aktivitetsniveau.

For at indfri disse formål bliver kroppene italesat og materialiseret på en række forskellige måder. Den overvægtige krop indgår nemlig ikke blot i én ganske bestemt form i forsøget, men konfigureres og re-konfigureres i så forskellige former som fx del af en samfundskrop (en overvægtig befolkning), den individuelle personlige krop, og forsøgskroppen. Artiklen undersøger, hvordan kroppene skabes i krydsfeltet mellem laboratoriepraksis, individuelle forsøgspersoner og en global fedme epidemi, som har stor politisk bevågenhed, og som det kliniske forsøg forsøger at give sit bidrag til løsningen af.



Indledning

I de senere år har der været talt og skrevet meget om en global fedmeepidemi. WHO lancerede termen 'globesity' i 2001 som led i organisationens indsats på området, og ifølge WHO er der tale om et åbenlyst paradoks, idet fedme og

overvægt sammen med underernæring udgør to af de største sundhedsrisici mod verdens befolkninger.¹ I Danmark alene skønnes 30-40 procent af den voksne befolkning at være overvægtige eller svært overvægtige, og det tal forventes at stige. De aktuelle tal over antallet af overvægtige og fede beregnes ud fra Body Mass Index (BMI udregnes som vægt i kg divideret med højde i anden). Har man en BMI på over 25, er man overvægtig, og er ens BMI på over 30, er man pr. definition fed. Er man stærkt overvægtig, er der en forøget risiko for en lang række af følgesygdomme, såsom diabetes 2, hjerte-kar sygdomme, en række kræftformer, gigt, infertilitet mm.² Sygdomme, der rammer den enkelte hårdt, men som også koster samfundet dyrt. Overvægt og fedme betragtes i disse år som en af de største trusler mod den danske befolknings sundhed, og det forventes, at fedmerelaterede sygdomme indenfor få år vil blive en uoverskuelig belastning for det danske sundhedsvæsen. Den overvægtige krop er derfor i fokus i mange forskellige sammenhænge såvel politiske, økonomiske, kulturelle, som videnskabelige, hvor der i øjeblikket er et stort antal forskningsprojekter vedrørende årsager til overvægt, forebyggelse samt effektive måder til skabelse af varigt vægttab.

I denne artikel vil jeg beskrive et dansk klinisk forsøg med moderat overvægtige mænd. Forsøget hedder FINE, og tager udgangspunkt i den danske sundhedsstyrelses anbefaling om 30 min. fysisk aktivitet om dagen. Forsøget undersøger de effekter motion har på den overvægtige krop, med den ambition at bidrage med ny og mere præcis viden, som kan bruges til nye og bedre anbefalinger.

Afsættet for projektet er den aktuelle fedmeepidemi, men projektets specifikke fokus ligger på en undersøgelse af de kropslige forandringer, der sker, når fysisk inaktive personer gøres aktive. Kropslige forandringer undersøges både hvad angår forholdet mellem fedt og muskler og hvad angår de metaboliske forandringer, der kan observeres, såsom produktionen af insulin og mængden af fedt i blodet. Formålet med det kliniske forsøg er således flerfold: Et formål er at undersøge insulinfølsomheden hos deltagerne. Et andet formål er at undersøge effekterne af forskellige doser af fysisk træning på en række metaboliske parametre fx mængden og sammensætningen af forskellige fedttyper i blodet; endvidere er der en undersøgelse af appetithormonernes respons på det øgede aktivitetsniveau, og endelig er der en kulturanalytisk undersøgelse af forsøgspersonernes oplevelser og erfaringer under og efter deres deltagelse i forsøget. Det sidste kulturanalytiske

1 <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>.

2 <https://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/Fysiske%20foelger%20af%20overvaegt.aspx>.

delprojekt har jeg sammen med en forskningsassistent haft ansvaret for.³ Ud over vores fokus på forsøgspersonernes oplevelser og erfaringer under og efter forsøget har vi haft mulighed for at følge de andre forskeres arbejde i det laboratorium, der har været projektets primære base.⁴ Materialet i artiklen stammer således dels fra de kvalitative interviews, vi har foretaget med forsøgspersonerne og forskerne, dels fra det etnografiske materiale, dvs. observationer og fotos, vi har genereret i forbindelse med vores tilstedeværelse i laboratoriet.⁵ Vi har dermed både haft fokus på forsøgspersonernes deltagelse og på forskernes arbejde i laboratoriet.

I denne artikel vil jeg fokusere på de forskellige versioner af kroppen, der italesættes og materialiseres igennem forsøgets mange forskellige heterogene elementer.⁶ Den overvægtige krop indgår nemlig ikke blot i én ganske bestemt form i forsøget, men konfigureres og re-konfigureres fx som del af en samfundskrop, som den individuelle personlige krop og som forsøgskrop. I artiklen vil jeg beskrive de mange forskellige greb, procedurer og teknologier, der tages i brug i forsøget på at få disse mange kroppe til at hænge sammen og give (videnskabelig) mening. Det drejer sig specifikt om overgangen fra samfundskrop til forsøgspopulation, fra hverdagskrop til forsøgskrop, fra forsøgskrop til resultater og fra resultater til samfundskrop.

Artiklen er således en undersøgelse af, hvordan en videnskabelig version af den overvægtige krop dannes i krydsfeltet mellem laboratoriepraksis, individuelle forsøgspersoner og et befolkningsproblem med stor politisk bevågenhed. De kroppe, der indgår i laboratoriet skal dermed ikke forstås uafhængigt af hinanden, men er snarere en sekvens af forskellige versioner, der indgår og håndteres igennem laboratoriets praksisser.⁷ Før jeg ser nærmere på laboratoriets praksisser, vil jeg imidlertid give et kort rids af den fedmediskurs, som forsøget kan siges at være en del af.

3 Sammen med forskningsassistent Julie Bønnelycke har jeg fulgt FINE-projektet i de seneste halvandet år. Vores deltagelse har både været i form af et selvstændigt delprojekt om hverdagslivets udfordringer for livsstilsomlægninger, men samtidig har vi haft mulighed for at følge de andre delprojekter gennem et etnografisk feltarbejde. Se endvidere: Jespersen, Bønnelycke og Henriksen (under udgivelse): Care work in the laboratory. Collateral benefits in clinical trials as vital means in health promotion; Jespersen, Bønnelycke og Andersen (under udgivelse): Synergy and some less misleading terms to characterize interdisciplinary collaboration.

4 Forsøget har sin base på Biomedicinsk Institut, Panum, KU. Vi havde dog også mulighed for at følge de test, der blev foretaget andre steder end på Panum. På Rigshospitalet, hvor der blev taget biopsier og foretaget PET-CT scanning, på Institut for human ernæring på Life, hvor appetitforsøget blev udført, samt på Glostrup Hospital, hvor der blev lavet MR-scanninger.

5 Materialet består af feltnoter og fotos fra i alt 23 observationsdage samt 24 interviews (herunder 2 gruppeinterviews) med såvel forsøgspersoner, som det videnskabelige personale. Herudover er der indsamlet materiale fra de forskellige møder og seminarer, der har været afholdt i projektet.

6 Denne måde at forstå laboratoriets praksis trækker på en analytisk optik, som den franske filosof Michel Foucault omtaler som *dispositiver* eller *apparatuses*. Et dispositiv beskrives som samlinger af heterogene elementer, der tilsammen danner et system, fx et laboratorium. Studier af dispositiver handler om at undersøge de forbindelser, der skabes mellem de heterogene elementer, og som producerer både viden og institutioner (jf. fx Foucault 1980).

7 Se fx Mol 2002; Jespersen 2007.

Fedmediskursen

Overvægt og fedme er på ingen måde et nyt fænomen, og der er heller ikke noget nyt i, at den overvægtige krop er genstand for diskussioner, både videnskabelige, politiske og populære. Som forfatteren til bogen *Obesity. The biography* skriver, så er fedme en medicinsk kategori, der kan findes i selv de ældste medicinske tekster:

*"Indeed, in the West there seems to be no medical system that did not and does not include obesity as either disease or symptom and no medical system that does not offer some type of intervention from dieting to exercise to psychological or moral treatment to 'cure' obesity."*⁸

Der er således ikke noget nyt i, at der er fokus på den overvægtige og fede krop, og der er heller ikke noget nyt i at betragte den fede krop som usund og som værende en tilstand, der skal enten kureres eller forebygges. Ikke engang de mest anbefalede kure – diæt og motion – er nye opfindelser. Hvis der er noget nyt at spore i diskussionerne af overvægt og fedme, er det dels i antallet af aktører, der er involveret, dels i den centrale plads overvægt har fået som samfundsøkonomisk problematik.⁹ Samtidig med at denne artikel blev skrevet, kørte avisen Politiken en sommerkampagne, 'Politiken undersøger', om fedme og overvægt.¹⁰ I kampagnen kunne man både følge en person med svær overvægt og hans daglige kamp mod kalorieindtag og stigmatisering, man kunne læse om, hvordan fedme allerede nu belaster sundhedsvæsnets økonomi, hvordan fede patienter både fylder i antal og rent fysisk, så senge, kørestole og hospitalsstuer enten må gøres større eller udsættes for et pres, de knap kan holde til, samt at vores sundhedsminister er ganske fortvivlet over udviklingen. Politikens læsere blev desuden spurgt om deres meninger, og der udspandt sig en livlig debat, især om hvem der bærer skylden. Politikens kampagne berørte således alle de elementer – individuelle, materielle, politiske, økonomiske, moralske, sociale, kulturelle – som den aktuelle fedmediskurs rummer.

Kritikere af fedmediskursen har peget på, at der alt for ofte skabes en uproblematiseret sammenhæng mellem vægt og sundhed, hvor den overvægtige krop sættes lig med det usunde liv og en syg krop. Fedmediskursen tenderer iflg. kritikerne en moralsk panik, der kan sammenlignes med HIV-panikken i 1980'erne¹¹, og som fører til en stigmatisering af den overvægtige krop og person, samt til en

8 Gilman 2010: xiv.

9 Evans 2006; Monaghan 2005; Jutel 2005; Monaghan et. al. 2010; Saguy & Almeling 2008.

10 Kampagnen startede d. 10. juli, med en leder d. 13. juli og gav anledning til en vidtforgrenet debat.

11 Jf. fx Gilman 2010.

medikalisering af kropstørrelser.¹² Alene det, at der tales om en *fedmeepidemi* indikerer at fedme opfattes ikke blot som en sygdom, men også som smitsom. Kritikken peger endvidere på, at overvægt og fedme er blevet *big business*, og at aktørerne i fedmediskursen, herunder også forskere, ofte er blevet entreprenører for denne virksomhed, hvor kostråd går hånd i hånd med fødevarerindustrien, og hvor gode råd om motion skaber grobund for en fitnessindustri.¹³

Diskussionen om overvægt og fedme, samt den overvægtige krop er således et sammensat og komplekst fænomen. Den rejste kritik er væsentlig og er med til at problematisere og debattere den måde, hvorpå overvægt og fedme italesættes og håndteres. Ikke desto mindre er overvægt og fedme et alvorligt problem for mange mennesker, et højaktuelt politisk tema, samt en udfordring for videnskaben. Og i centrum for det hele står kroppen.

Overvægt i en laboratoriepraksis

FINE-projektet er en aktør i den aktuelle fedmediskurs i kraft af projektets ambition om at bidrage med nyttig viden, der på sigt kan medvirke til en 'sunder', dvs. en mindre fed, befolkning.

I min analyse af kroppen i FINE projektet, er jeg inspireret af de såkaldte laboratoriestudier, som er en klassisk tradition inden antropologiske og sociologiske studier af videnskabelig praksis.¹⁴ Laboratoriestudierne er kendetegnet ved tætte beskrivelser af 'real-time' processer i laboratorier, hvor endnu ikke færdig viden gennem en lang række af aktiviteter og teknikker ender med at fremstå som færdige og sande. Det er således mikroprocesserne i produktionen af videnskabelige kendsgerninger, der har laboratoriestudiernes interesse: Hvordan bliver viden til viden, og hvad og hvem indgår i denne proces?¹⁵ En del af vores involvering i FINE har netop været at foretage en sådan tæt beskrivelse af laboratoriets aktiviteter og processer for at undersøge, hvordan den viden, der kommer ud af et sådant laboratorium, bliver til. Mit ærinde her er ikke at diskutere projektets resultater. Jeg er derimod interesseret i at forstå det omfattende arbejde, der sker med kroppen igennem projektet. Et arbejde som gør det muligt for de videnskabelige resultater at blive til, men som også danner baggrund for en væsentlig fortælling om relationen mellem overvægt, videnskab og krop.

I den følgende analyse af FINE-projektet følger jeg på samme tid interventionsforsøgets faser og kroppenes transformering. Først beskrives udvælgelsen og prætesten af forsøgspersonerne, som skaber overgang fra samfundskrop til

12 Jf. fx Evans 2006; Gard & Wright 2005; Monaghan 2005.

13 Jf. fx Monaghan et. al. 2010.

14 Tidlige laboratoriestudier se fx: Latour og Woolgar 1979; Knorr Cetina 1981; Lynch 1985; Traweek 1988.

15 Knorr Cetina 1995.

forsøgspopulation. Dernæst redegøres for selve interventionen på 12 uger, hvor der dels er forsøgsdage i laboratoriet og dels træning og monitorering, som skal passes ind i forsøgspersonernes hverdag. I denne fase skabes der forbindelser og overgange mellem hverdagskroppen og forsøgskroppen. Analysen slutter med en beskrivelse af forsøgets sidste fase, hvor forsøgspersonerne forlader forsøget, og hvor forskerne i laboratoriet sidder tilbage med fragmenter (væv og målinger) af kroppen, som skal analyseres og omdannes til videnskabelige kendsgerninger og i sidste ende til generelle anbefalinger til befolkningen. I denne fase transformeres forsøgskroppene til resultater, som derefter bliver transformeret til anbefalinger rettet mod samfundskroppen.

Fra samfundskrop til forsøgspopulation: Udvælgelse og prætest

På hjemmesiden www.forsogsperson.dk kunne man i foråret 2010 finde følgende annoncetekst:

Er du ham, vi leder efter?

Vi søger raske overvægtige og inaktive mænd til et træningsforsøg. Formålet med projektet er at undersøge dosis-virkningsmekanismer ved fysisk aktivitet.

For at deltage i projektet kræver det, at:

- Du ikke træner eller motionerer regelmæssigt.
- Du er let overvægtig (BMI: 25-30, kg/m²), BMI = Vægt (i kg) divideret med højden i anden (m²).
- Du er 20-40 år.
- Du er rask, dvs. at du ikke har fået konstateret kronisk sygdom eller anvender medicin jævnligt.
- Se de detaljerede kriterier for at deltagelse.

Grupper og periode

Som forsøgsdeltager i projektet fordeles du ved lodtrækning i én af tre grupper: Høj-dosis fysisk aktivitet (cirka 60 min. dagligt), moderat-dosis fysisk aktivitet (cirka 30 min. dagligt) eller kontrolgruppe. Forsøgsperioden strækker sig over cirka 15 uger, men selve træningsinterventionen varer 12 uger. Undervejs skal du periodevis registrere din kost, og vi vil måle dit aktivitetsniveau.

Før og efter forsøget vil der være én lang forsøgsdag på Rigshospitalet og fire korte forsøgsdage på hhv. Institut for Human Ernæring (Frederiksberg) og Panum Institutet. Forsøget vil omfatte udtagelse af blod-og vævsprøver.

Ved forsøgets afslutning vil du modtage et vederlag på 7.000 kr. for din forsøgsdeltagelse.

Annoncen var et led i FINE-projektets rekrutteringsstrategi og blev annonceret på forsøgets hjemmeside¹⁶ samt i dagspressen og via opslag på udvalgte uddannelsesinstitutioner i København.

Annoncens formål var at lave en første selektion af potentielle forsøgspersoner ud fra ovennævnte inklusionskriterier og var således den første indsnævring

16 <http://fine.ku.dk/>.

af den overvægtige befolkning (samfundskroppen) til en specifik forsøgspopulation, som det var muligt for laboratoriet at arbejde med. For kliniske forsøg er det helt almindelig praksis at arbejde med en ret snæver forsøgspopulation, også selvom forsøgets målsætning er tænkt langt bredere.¹⁷

Ud af de mange danskere, der iflg. statistikkerne er overvægtige eller fede, søgte annoncen altså kun efter raske, inaktive mænd med en BMI mellem 25-30 (dvs. moderat overvægtig) i alderen 20-40 år. Disse selektionskriterier indikerer, at det ikke er alle overvægtige eller fede kroppe, der egner sig til den type forskning, som FINE-projektet ønskede at lave. Kvinder dur fx ikke. Forklaringen er iflg. forskerne, at kvinders fluktuerende hormoncyklus forstyrrer målingerne af kroppen. Personer med en BMI over 30 bliver heller ikke inkluderet, selv om det er dem, der har de største risici for at få følgesygdomme. Forklaringen er igen, at deres kroppe med alt for megen fedt også kan hindre gode målinger, samt at de effekter, man i projektet ønskede at opnå gennem træningen, kunne risikere ikke at nå at vise sig indenfor forsøgets tidsramme på kroppe med en alt for høj BMI. Tilsvarende argumenter er der for alle kriterierne. Hensigten med at inkludere nogle kroppe og dermed ekskludere andre er at muliggøre laboratoriets arbejde med kroppene.

Interesserede deltagere til forsøget henvendte sig til laboratoriet via e-mail eller telefon, og baseret på en første e-mail eller telefon screening blev de forsøgspersoner, som virkede 'lovene', inviteret ind til en prætest.

I prætesten, som foregik i laboratoriet, skete der en yderligere selektering. Formålet med prætesten var at screene og godkende de rigtige forsøgspersoner og de rigtige kroppe, hvilket skete gennem en række forskellige undersøgelser og målinger. De 'lovene' forsøgspersoner blev i denne fase vurderet som potentielle forsøgskroppe. Til prætesten skulle deltagerne møde fastende fra midnat og medbringe en urinprøve. Der gennemførtes en antropometri, dvs. måling af højde, vægt, livvidde, inkl. blodtryksmåling, samt en DXA scanning, der kan vise fordelingen af muskelvæv og fedtvæv i kroppen. Hvilestofskiftet blev målt, og der blev målt sukeroptag gennem indtagelse af glukoseopløsning, samt udtagning af 4 x 2 blodprøver. Endelig blev der udført en konditest. Den potentielle forsøgskrop skulle i prætesten således måles på kryds og tværs.

"MR beder Andreas om at tage tøjet af og stille sig på vægten, hvor han også får målt sin højde. Den er på 178 cm, og Andreas mener ikke, det kan passe, og beder LU om at måle én gang til. Denne gang er den på 179½ cm, og LU siger, det ikke er den bedste målestok, de har her. Andreas spørger, om de ikke kan kalde det 180 – det lyder så kedeligt at være lige under – og LU skriver 180 cm på arket. Han måles om hofter og mave 3 gange, og LU skriver alle 3

17 Se fx Epstein 2004.

tal ned. Derefter bedes Andreas lægge sig på scanneren. MR forklarer, hvad der skal ske, mens han lægger puderne under Andreas' arme, og samler hans fødder. (...) Efter scanningen beder han Andreas blive liggende og tager hans blodtryk. Andreas spørger til, om de også måler stofskifte, for det har han altid godt kunne tænke sig at vide - hvordan hans eget ligger. Fordi Andreas ligger og snakker, bliver blodtryksmålingen for høj, og MR beder ham om ikke at snakke, mens han måler igen. Han måler i alt 3 gange.” (Observationer screening 02.02.10)

Gennem prætestens forløb blev der skabt en situation, hvor forsøgspersonens individuelle, sociale og kulturelle identitet og særtræk blev sat til side, for at kroppen som *videnskabeligt objekt* kunne træde frem og indgå i laboratoriets videnskabelige praksis. Når Andreas i citatet taler for meget, forstyrrede det målingen af hans blodtryk, og han blev bedt om at tie stille. På den anden side blev der tilladt en 'forhandling' om højde, hvilket dels angiver at højde (og dermed BMI som mange forskere ikke anser som den mest præcise angivelse af overvægt) ikke var afgørende målinger for forsøget, og dels åbnede for en dialog mellem forsøgsperson og forsker. I citatet er det tydeligt, at det videnskabelige fokus var på kroppen som objekt, men da kroppen tilhørte en person, som deltog i forsøget ud fra individuelle bevæggrunde, måtte laboratoriet og dets forskere udvikle forskellige strategier, der kunne rumme objektgørelsen af kroppene og samtidig håndtere alle de mange subjektive og personlige forhold, der blandede sig. Dette forhold vender jeg tilbage til.

Prætestens objektgørelse af forsøgspersonernes kroppe i laboratoriets praksis skete desuden for, at kroppen kunne sammenlignes med de andre forsøgskroppe. Kroppene selekteredes gennem mål og vejning og bestemmelse af livsstil for at sikre ensartethed, og for at der ikke var faktorer tilstede, der kunne forstyrre målingerne og resultaterne. I kliniske forsøg skal kroppene være (læs: gøres) nogenlunde homogene, før forskerne har et videnskabeligt objekt, dvs. en forsøgskrop, der kan give dem adgang til de data, de skal bruge i deres analyser. Det, forskerne i dette forsøg primært var interesseret i, var at få adgang til målinger af bestemte kropsværdier, samt til dele af kroppens væv og væsker.

I denne indledende fase blev de individuelle og personlige særtræk ved kroppene forsøgt skubbet til side, kroppene homogeniseredes gennem selektionen for at muliggøre de videnskabelige målinger, og dermed skabtes en sammenlignelig forsøgspopulation. Forsøgspersonen, som inden forsøget var del af 'den overvægtige population' blev gennem laboratoriets procedurer og praksisser omdannet til en forsøgskrop, der kunne indgå i selve forsøget.

Fra hverdagskrop til forsøgskrop: Interventionsfasen

Den midterste og mest omfattende del af FINE forsøget var en 12 ugers interventionsfase med et fast træningsregime, indrammet af 5 forsøgsdage op til de 12 uger (inkl. prætesten) og af 5 forsøgsdage efter de 12 uger. De indrullerede forsøgspersoner/kroppe blev randomiseret i tre grupper. En 0-gruppe, hvor deltagerne skulle fortsætte en inaktiv livsstil og fungere som kontrolgruppe. En 30 min.-gruppe, hvor deltagerne skulle træne 30 minutter dagligt, eller det der svarer til 300 kcal om dagen, og endelig en 60 min.-gruppe hvor deltagerne skulle træne 60 minutter dagligt svarende til 600 kcal.

En central praktisk udfordring for FINE-projektet var dermed, at en stor del af forsøget foregik uden for laboratoriets fysiske rammer. De 12 ugers træning skulle integreres i forsøgspersonernes hverdagspraksis. En hverdagspraksis som iflg. inklusionskriterierne inden deltagelse i forsøget ikke havde indeholdt fysisk aktivitet på det niveau, som 30 min. og 60 min. gruppen skulle i gang med. Dette forhold gav anledning til en lang række af strategier fra forskernes side, som skulle motivere og sikre at træningsregimet blev overholdt, og som skulle sikre at laboratoriet fik en vis kontrol med forsøgskroppene i en hverdag, hvor kroppen (som regel) er alt andet end et videnskabeligt objekt.

En måde, hvorpå laboratoriet forsøgte at skabe en kontrol med hverdagspraksisserne, var, at sende genstande fra laboratoriet med forsøgspersonerne hjem. Genstandene skulle primært bruges til at indhente de målinger og materialer, laboratoriet havde brug for, men de blev også brugt til at sikre, at forsøgspersonerne hele tiden var mindet om, at de også var forsøgskroppe. Forsøgspersonerne skulle således forholde sig til urinprøver, actigraph, blodtryksmålinger, forsøgs-kost og kostregistrering, samt holde fast i deres træningsregime i de 12 uger træningsdelen af forsøget stod på.

"LQ giver ham termotasken til urinopsamling, og han kommer med et "for helvede!". Han skal have gæster, og det passer ham ret dårligt at skulle gå og tisse i en flaske. LQ giver ham instruktionerne i, hvordan det skal gøres, og hun spørger, om han har forstået det. "Forstået! Det er modtaget", siger han med eftertryk. Hun giver ham døgnblodtryksmåleren på og forklarer, at den går i gang kl. 14 i dag og måler i de næste 24 timer. Han spørger, om han skal have den på til træning, og har flere andre spørgsmål, så han til sidst er lidt forvirret over de forskellige instrukser, så LQ skriver ned på en seddel, hvornår han skal tisse i urinflasken, hvor længe døgnblodtryksmåleren kører, og hvornår han skal ind igen, samt træne. Hun understreger, at han skal træne tirsdag, selvom han skal ind til belastningstest onsdag. Han spørger, om han også skal være fastende der. Det bekræfter hun, og det passer ham tydeligvis heller ikke, nu han skal have gæster. Især at han ikke må drikke alkohol fra

kl. 20:00 aftenen før. Han spørger, om han gerne må drikke vand, og da svaret er ja, forsøger han at få sneget alkohol med ind under vand, men MR siger nej – det går ikke.” (Observationer post OGT ULRA, ALMA, JECH 10.05.2010)

Som det fremgår af citatet kolliderede forsøgets krav om målinger og træning ofte med hverdagslivets aktiviteter. Dette er forhold, som forskerne i forsøget kendte til, og som de på alle mulige måder forsøgte at indarbejde i planlægningen af forsøgets forskellige processer og procedurer. Forskerne forsøgte eksempelvis at etablere en god dialog med forsøgspersonerne, indlevelse samt en munter omgangstone, som ikke blot skabte en god stemning i laboratoriet, men også var vigtige arbejdsredskaber og strategier for forskerne, som skulle holde forsøgspersonerne motiverede for deltagelse i forsøget.

”MB [forskeren] viser, at han har en liste med forsøgspersoner, som han ringer op hver dag for at holde styr på, om de får trænet. Han ringer og spørger, om de har fået trænet i dag, hvad deres intensitet og kalorieforbrug var, og det virker rent faktisk. Det er noget, han har fundet ud af hen ad vejen. Han viser mig ULRA’s og flere andres træningslog, og man kan tydeligt se, hvilke dage MB har ringet til dem. De andre dage er der ikke blevet trænet. De får det simpelthen bare ikke gjort. Lige så snart MB har en fridag, er der huller i træningsloggen. (...) Derfor besluttede MB, at det var nødvendigt at skruе bissen på og opdrage sine forsøgspersoner lidt, og derfor gør han nu meget ud af at følge op på dem, og fortælle dem hvor vigtigt det er for projektet, at de udfylder deres del, og at de får trænet og møder op til forsøgsdagene som aftalt. (...) Der er således rigtig meget af engagementet med forsøgspersonerne, der foregår udenfor laboratoriet. Det er påmindelserne pr. mail og sms, der bliver sendt ud før forsøgsdage, mailkommunikation og opringninger, samt hyppige pulsur aflæsninger, der sikrer forsøgspersonernes kontinuerlige engagement.” (Feltnoter post belastningstest ALMA & JECH 12.05.2010)

I citatet fremgår det, at en anden vigtig strategi i forsøget var at holde en jævnlig kontakt med forsøgspersonerne. De skulle mindes om, at de var del af et videnskabeligt forsøg, der afhang af, at de fik trænet det, de skulle. Det interessante er, at laboratoriet for at kunne ’vedligeholde’ forsøgskroppene hele tiden måtte håndtere forsøgspersonernes individuelle praksisser. Den objektgjorte krop kan kun holdes som en sådan, hvis det individuelle og personlige gives opmærksomhed. At udstrække laboratoriet til forsøgspersonernes hjem og hverdagsliv gennem at sende genstande med hjem fik dermed den dobbelte funktion at generere data til laboratoriet og samtidig minde forsøgspersonerne om, at de også er forsøgskroppe. Påmindelse sker desuden gennem en nøje overvågning og opfølgning gennem opringninger, etablering af træningslogs etc., og endelig blev forsøgspersonerne

holdt motiverede gennem etablering af en god dialog imellem dem og forskerne.

Nedenstående citat giver et indblik i, hvordan strategierne samt forsøgets planlægning til stadighed blev diskuteret og vurderet. Citatet viser, hvordan rækkefølge, tidspunkter og ansvar tages op til vurdering for at optimere forsøget. Det er et uddrag af et projektmøde, hvor man diskuterede udfordringerne i at håndtere de målinger, som skulle varetages af forsøgspersonerne i eget hjem. Udfordringen for forskerne var at forhindre alle de individuelle vaner og særheder, som potentielt ville skabe uensartede og dermed ubrugelige resultater:

”Endnu engang bliver diskussionen om placering af kostregistrering og døgnblodtryksmåling taget op. Spørgsmålet er igen, hvorvidt det er en god ide at lægge registreringen over weekenden, som det er nu, men man beslutter alligevel at fortsætte, så det passer ind i den hidtidige rytme. Blodtryksmålingernes nøjagtighed diskuteres også; døgnblodtryksmåleren skulle gerne opveje den white coat-effekt der gerne finder sted, når blodtrykket skal måles på laboratoriet, hvilket automatisk sætter blodtrykket lidt op.

Effekterne af kostregistrering blev også diskuteret. Det er et velkendt fænomen, at registreringen ofte skaber en underrapportering, eller at folk ubevidst sætter madforbruget ned, fordi det så bliver nemmere at registrere. For mange bliver kostregistreringen desuden en øjenåbner, der får dem til at indse, hvor usunde deres kostvaner egentlig er.” (Feltnoter FINE arbejdsgruppemøde 18.3.2010)

Det er to forskellige hjemmemålinger, der diskuteres i citatet. Den første er en døgnblodtryksmåling, og som det fremgår af citatet, var der en vis usikkerhed blandt forskerne om, hvorvidt det var en god idé at have den liggende over en weekend. Weekender byder ofte på afbrydelser af hverdagens rutiner (fest, sove længere o.lign), som potentielt kan få indflydelse på målingerne. På den anden side var hjemmemålingerne vigtige, idet de måske kunne give et mere præcist billede af blodtrykket, når det ikke foregik inden for laboratoriets rammer under det, der kaldes for white coat-effekten. Den anden måling, der diskuteres i citatet, hænger sammen med det appetitforsøg, der også var en del af FINE. I en periode op til de 12 uger træningsregime og i en periode lige efter fik forsøgspersonerne udleveret alle måltider i 4+4 dage. Kosten, de fik udleveret, var i fire af dagene med et højt kalorieindhold og i andre fire dage med et lavt kalorieindhold.¹⁸ Formålet var at undersøge, hvad aktivitet gør for appetitten, dvs. hvilken slags mad man får 'lyst' til, når man går fra inaktiv livsstil til aktiv. Forsøgspersonerne skulle derfor, som led i dette, registrere hvornår og hvor meget de spiste

18 Kosten i de to perioder på hver fire dage har et henholdsvis højt og lavt indhold af kulhydrat. Kosten med det høje indhold af kulhydrat indeholder 65 % kulhydrat, 15 % protein og 20 % fedt, og kosten med det lave indhold af kulhydrat indeholder 35 % kulhydrat, 15 % protein og 50 % fedt. Se endvidere: <http://fine.ku.dk/forsogspersoner/forsogperiode/opstart/>.

af kosten, og al overskydende mad skulle indsamles og afleveres til laboratoriet. Kostregistreringen kunne dog sætte et antal uhensigtsmæssige processer i gang, idet forsøgspersonerne fx kunne bruge det som anledning til at ændre på deres kostvaner, hvilket helst ikke måtte ske.

Forsøgspersonerne måtte således konstant mindes om reglerne og procedurerne, og som jeg har beskrevet, blev der taget en lang række af mulige strategier i brug for at holde dem i gang – med påmindelser pr mail, sms og telefonisk, med personlige fremmøder og kontroller, og med et stadigt optimeringsprojekt mht. forsøgets praktiske gennemførelse. Når først forsøgspersonernes kroppe er etableret som forsøgskroppe, er der et konstant arbejde fra forskernes side for fortsat at holde dem i den tilstand. På trods af forskernes ihærdige arbejde for at etablere gode forsøgskroppe, var der alligevel særlige tilfælde eller undtagelser, som viser, hvordan laboratoriets praksis og hverdagslivets praksis ofte følger helt forskellige logikker. Blev forholdet mellem hverdag og laboratorium for konfliktfyldt, i den forstand at hverdagen fik overtaget i forhold til forsøget, forhindrede det forskerne i at få de målinger, de er så afhængige af, og forsøgspersonen vil i grelle tilfælde blive ekskluderet.

”De snakker lidt om de forskellige udfordringer, der har været med nogle af forsøgspersonerne, blandt andet er der kommet én (...) som er lidt af en udfordring pga. sit forhold til tid. Han kommer aldrig til tiden, og har præsteret at komme op til 1½ time for sent uden at give besked, foruden at have et afslappet forhold til det, han får besked på at lave. Han droppede f.eks. at lave kostregistrering, fordi han skulle babysitte, og tog næste dag på stor druktur, som han godt nok registrerede inkl. alle sine drinks, så skemaerne blev mere og mere svært læselige, som aftenen skred frem. Til gengæld gjorde han, hvad han skulle med blodtryksmåleren, som han havde på, mens han øvede med sit band, så hele bandet måtte stoppe op, hver gang måleren gik i gang. En anden forsøgsperson havde ikke fundet ud af at slå pulsurets bippende lyd fra, så han havde gennemført adskillige holdtimer med et meget støjende pulsor på.”
(Feltnoter FINE arbejdsgruppemøde 18.3.2010)

Kroppene i laboratoriet er således delvis uregerlige. Flere forskellige versioner sameksisterer, nogle gange i delvis harmoni, andre gange konfliktfyldt. I FINE forsøget var forskerne derfor tvunget til at udvikle og justere strategier, der kunne håndtere forskellen mellem hverdag og laboratorium. Strategierne skulle dermed både motivere forsøgspersonerne, og fastholde dem som forsøgskroppe, når de var uden for laboratoriet, uden dog at overtage hverdagen mere end højst nødvendigt. Disse vanskelige arbejdsbetingelser gjaldt imidlertid kun i de 12 uger af projektet, hvor hverdagens og laboratoriets praksisser kørte parallelt. I den del af forsøget, der kaldes forsøgsdage blev den for forskerne så besværlige hverdag reduceret bort, og laboratoriets logik blev bestemmende.

Den kontrollerede forsøgskrop: Forsøgsdage

Inden de 12 ugers træningsregime blev sat i gang, var der fem omfattende forsøgsdage (inkl. prætesten), som blev gentaget efter de 12 ugers træning. Herudover var der i 2. og 6. uge af træningsdelen en kontroltest. Forsøgsdagene foregik alle i en laboratorie-sammenhæng, enten på Panum, på Rigshospitalet, på Life (KU) eller på Glostrup Hospital. På forsøgsdagene var det laboratoriets rationaler og praksis, der tog over. Hverdagen blev skubbet til side, og forsøgspersonerne måtte lade sig underkaste laboratoriets blik, hvor de først og fremmest var videnskabelige objekter gennem at være forsøgskroppe.

Første forsøgsdag (dvs. prætesten i forsøgets begyndelse) varede ca. fire timer og foregik på Panum. Anden forsøgsdag foregik ligeledes på Panum og var en fysisk belastningstest, som varede ca. tre timer. Tredje forsøgsdag foregik på Rigshospitalet, varede ca. 10 timer, og indebar måling af sukkerstofs-kifte, muskel og fedt biopsier, samt en PET-CT scanning, der kan måle sukkerstofs-kifte i musklerne. Fjerde forsøgsdag var en måltidstest, som indledte kostudleveringen. Denne forsøgsdag varede ca. fire timer og foregik på Life. Endelig var der en femte forsøgsdag, der foregik på Glostrup Hospital, hvor indholdet af fedt i mave og lår bestemmes vha. en MR-scanning. Denne forsøgsdag varede ca. to timer.

For alle forsøgsdagene gjaldt det, at der var en række forholdsregler, som forsøgspersonerne skulle indordne sig under:

”Inden alle eksperimentelle dage gælder følgende forholdsregler:

- du skal afholde dig fra alkohol og medicin i de sidste 24 timer før forsøget.
- du må ikke have dyrket hård fysisk aktivitet 36 timer forud for hver forsøgsdag. Dette kan dog være ændret for visse forsøgsdage i slutningen af forsøgsperioden.
- du skal afholde dig fra mad og anden væske end vand i 11,5 time forud for hver forsøgsdag (dvs. fra kl. 20.30 aftenen før). Du skal dog indtage en ½ liter vand mellem kl. 20.30 og 24.00.
- du skal møde frem til undersøgelse uden at have brugt nævneværdig energi. Du skal derfor transportere dig selv ved enten rolig gang, offentlige transportmidler eller i bil.

<http://fine.ku.dk/forsoegspersoner/forsoegesperiode/opstart/>”

Forholdsreglerne sikrede, at hverdagens vaner og uvaner bortfaldt op til forsøgsdagene. Forsøgspersonerne skulle således følge et bestemt, standardiseret livsmønster i et halvt døgn før de (igen) kunne fungere som forsøgskroppe. Kroppen (dvs. blodet) måtte ikke indeholde for store rester af mad, alkohol og medicin, og den måtte ikke have været udsat for fysisk belastning. Kroppen skulle være renset og genetableret som ’rent’ videnskabeligt objekt for, at de videnskabelige test kunne komme til at virke og producere de rigtige data.

Selve forsøgsdagene var stramt timede og koreograferede. Når kroppen ikke fysisk blev belastet, fx ved konditest, skulle den helst holdes i en ganske bestemt

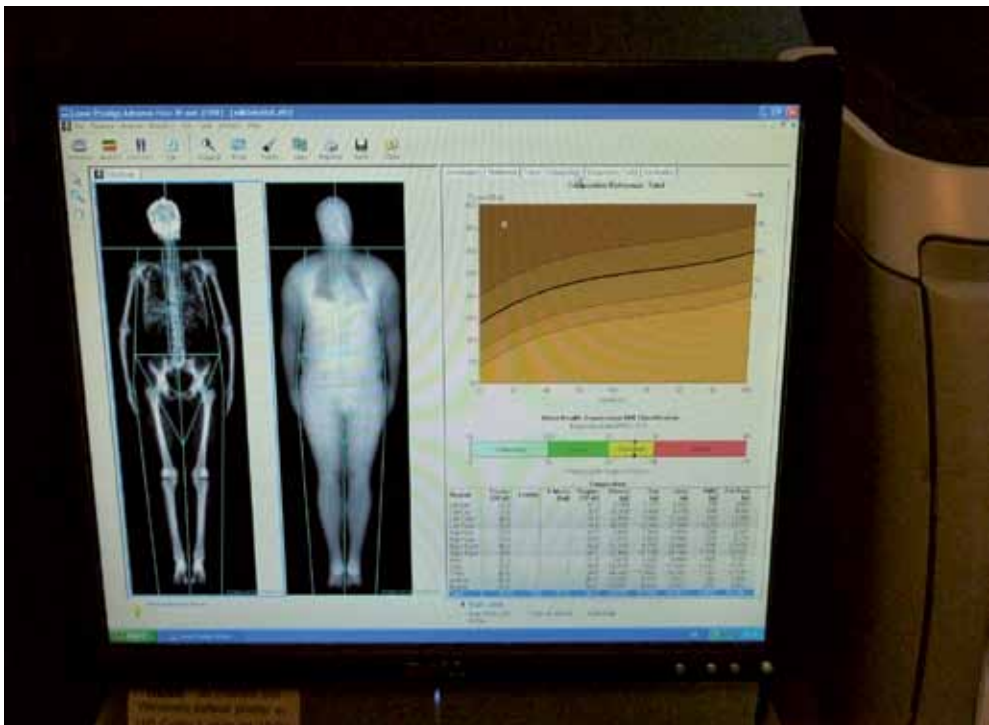


Fig. 1-2. Fotografierne viser forskellige delelementer af de fysiske test, som forsøgspersonerne skulle igennem på forsøgsdagene. Kroppene blev fx scannet, så fordelingen af hhv. muskel- og fedtmasse blev synlig og kroppens kondital blev bestemt gennem en cykeltest. Fotos: Julie Bønnelycke.

hviletilstand – ikke for høj puls, ikke for højt eller lavt blodsukker, afslappet, men aldrig sovende og med opvarmede håndled (af hensyn til blodprøverne). Den blev således holdt i en tilstand, hvor den ikke (igen) risikerede at udgøre en barriere for de prøver, der skulle tages – dvs. blodet, der blev tappet og saltvandet, insulinen eller sporstofferne, der skulle indføres i kroppen – og så den ikke skabte blokeringer for scanningerne.

Herudover var der helt bestemte, timede måder, forsøgskroppene skulle opføre sig på under forsøgsforløbet. Det var fastlagt på forhånd, hvornår de måtte gå på toilettet, spise, drikke, bevæge sig, hvile, snakke og udfylde spørgeskemaer. Målingerne skulle foretages under helt ens omstændigheder i forhold til egne tidligere målinger og i forhold til de andre kroppes målinger, for kun derved kan målingerne af kroppene sammenlignes og forbindes videnskabeligt.

Det er alene den objektgjorte krop, som er i fokus, og forsøgspersonerne måtte lade sig underkaste laboratoriets procedurer og praksisser. Dette kunne dog igen kun lade sig gøre, hvis forskerne endnu en gang, men nu på nye måder forholdte sig til og tog sig af forsøgspersonerne som personer. Mange af prøverne var hårde, ubehagelige eller direkte smertefulde, og der blev opmuntret, motiveret og rost mange steder undervejs, samtidig med at fokus hele tiden var på at få forsøgskroppen til at yde det, den skulle.

”ALMA er meget presset nu og sveder og stønner voldsomt. Han bliver opmuntret og heppet på i det sidste stykke tid. Han falder nærmest sammen over cyklen, da han er færdig. TCB har problemer med at få blod ud, men MR siger, de har nok nu, så det går.

ALMA sidder lidt og stønner, før han beder om lidt vand. MR siger, han lige skal udfylde et VAS først, og så lover han, ALMA må få noget at drikke. Han udstøder et højt ahhh!, da han har udfyldt skemaet og fået et glas vand. Han stiger af cyklen og får et skulderklap af MR. ”Godt kæmpet!” MR og TCB skyn-der sig at gøre cyklen og udstyret klar, så de kan få JECH i gang. ALMA får at vide, han bare gerne må lægge sig i sengen, men han spørger, om han ikke må gå i bad først. Helst ikke, siger MR, da de gerne vil beholde ham herinde under så standardiserede forhold som muligt, men han må gerne få en skiftetrøje.”
(Observationer post belastningstest ALMA & JECH 12.05.2010)

ALMA er i citatet i gang med en fysisk belastningstest, hvor han skulle cykle i en time ved ca. 60 procent af hans maksimale ydeevne. Som det fremgår af citatet, er det en hård test. For at kunne gennemføre den, blev han heppet på og opmuntret. Samtidig var forskerne i fuld gang med at foretage målinger. Dels blev hans puls fulgt, dels blev der taget blodprøver lige før og lige efter (han cyklede således med en venflon i den ene arm – se fig. 1). Inden han kunne hvile sig og få et glas vand, men dog ikke et bad, skulle han udfylde et spørgeskema. Alt skulle foregå



Fig. 3–4. Fysiske test, som forsøgspersonerne skulle igennem på forsøgsdagene. De to billeder viser nogle af de mere smertefulde test så som blodprøver og biopsier. Fotos: Julie Bønnelycke.



efter en standardiseret procedure, og selvom der blev draget omsorg for forsøgspersonen, var det målingerne og prøverne, der forblev det centrale og afgørende. I det følgende citat er der tale om udtagning af biopsier (fedt og muskel). Citatet er et uddrag af en observation af den 10 timer lange forsøgsdag på Rigshospitalet.

”TP (forsker) tænder et minutur, og BS (forsker) spørger, om det betyder, hun skal skynde sig. TP forklarer, det er for at time, præcis hvornår prøverne bliver frosset, og hvor lang tid det tager. Det skal gerne være meget præcist. BS tager en engangsskalpel og skærer et dybt, men lille snit i mavefedtet. MH (forsker) rækker hende den store biopsi-kanyle, og hun tager prøven, det tager kun et lille øjeblik. Hun rækker den med det samme til TP, som siger, de straks går ind og ser, om den er god nok, eller om der måske skal tages en til. BS holder et kompres mod såret og presser til, så han ikke får blå mærker. Hun spørger, om NIAN (forsøgsperson) kunne mærke det, og han siger slet ikke. Vi venter

nogle minutter i spænding, indtil TP kommer ind og siger, det er en smuk prøve, og undskylder det tog lidt tid. Han går helt hen til NIAN og siger, han har noget meget flot fedtvæv. Når man ser på det i mikroskopet, ligner det lidt en vindru eklase. ... BS lukker såret. Hun siger, vi skal vente til TP er klar igen, før vi tager den næste. Der går nogle øjeblikke, før TP kommer tilbage fra laboratoriet. BS siger, at nu kommer NIAN jo til at kunne mærke det lidt, men han skal bare sørge for at slappe helt af. Det, der kan mærkes, er mest når nålen gennembryder muskelhinden. NIAN er lidt mere anspændt nu, men BS taler meget roligt og behageligt. Alle står klar igen, og hun lægger et snit i låret og sætter nålen ned. NIAN gisper lidt efter vejret og ligger meget stille. Hun graver lidt efter prøven og får den op, rækker den videre og presser på såret. "Det var rigtig, rigtig flot", siger hun og smiler til ham. Et øjeblik efter kommer TP tilbage og siger, prøven er fin. ... BS lukker omhyggeligt såret, trækker i enderne af snittet for at sikre sig, at sårkanterne ligger lige og forklarer det til NIAN imens. Hun spørger, om han føler trang til at spænde musklerne i låret lidt – det kan nogen gange hjælpe på ubehaget. NIAN siger, det ikke var så slemt endda, og MH bemærker, at det siger næsten alle faktisk. Hele seancen var præget af effektivitet, præcision og arbejdsdeling, og de andre gik effektivt BS og TP til hånd, når det var nødvendigt. BS fortæller, at de arbejder på at time og præcisere det hele, så det foregår så ensartet som muligt under forsøgene." (Observationer Rigshospitalet NIAN)

Citatet er igen et eksempel på de standardiserede procedurer, som er så afgørende for forsøget, og på hvordan kroppen som videnskabeligt objekt afhænger af, at der samtidig drages omsorg for forsøgspersonen. Det er imidlertid også et illustrativt eksempel på, at det ikke er den 'hele krop', laboratoriet 'går efter', men derimod ganske bestemte fragmenter og repræsentationer. Det kan være scanningsbilleder, træningskurver, blodprøver eller, som citatet viser, bittesmå stykker af væv. Det er disse fragmenter og repræsentationer, der repræsenterer den største værdi for laboratoriet, idet det er disse, der danner udgangspunkt for forskernes analyser og senere endelige resultater. Det kommer jeg mere ind på i næste afsnit.

Fra forsøgs krop til samfundskrop: Analyse af kropsfragmenter og formidling af resultater

I den sidste fase af FINE-projektet blev forsøgspersonerne sluset ud af forsøget og vendte hjem til deres hverdag. Laboratoriet skiftede i denne fase form fra at være et intenst højaktivt sted med involvering af mange mennesker, forsøgspersoner, forskere og teknikere, samt aktiviteter mange forskellige steder, til at blive et sted, hvor forskerne primært analyserede de mange prøver og billeder, og hvor forsker-

nes computere blev det vigtigste arbejdsredskab, når analyserne skulle formuleres som resultater i artikler, specialer og ph.d.-afhandlinger.

Det, der blev tilbage af forsøgspersonernes kroppe, var således de forskellige målinger af fx blodtryk, kondition, og vægt. Det var de mange scanningsbilleder af fx fordeling af muskelvæv og fedtvæv, af kroppens evne til at nedbryde sukker, og det var de fysiske fragmenter såsom blod og væv. I det nedenstående eksempel, som er en fortsættelse af biopsi-observationen, vises det indledende arbejde med prøven, som skal sikre vævets holdbarhed.

Jeg (forskningsassistent Julie Bønnelycke) går ind i laboratoriet ved siden af for at se til prøven. Jeg spørger, om jeg må se på, og TP siger, jeg er velkommen, bare jeg ikke snakker med G (tekniker), mens hun arbejder. Han forklarer, det er vigtigt at standse alle processer i vævet med det samme. Prøven er delt i to, en lille del som straks blev frosset med flydende kvælstof og nu ligger i en kasse med is, og en større del på nogle millimeter, som ligger i en lille petriskål, sat fast med nåle. G hælder isopenthan på, der fungerer som fixationsmiddel, og TP vejleder hende imens. Det er vigtigt, den er helt dækket, og han rådgiver hende i den yderligere behandling af prøven. Den endelige analyse sker først om et år. (Observationer Rigshospitalet NIAN)

De fysiske fragmenter er blevet præpareret, så de ikke nedbrydes og forsvinder inden forskerne får analyseret dem, og som det fremgår af uddraget, kan der altså gå op til et år, før en analyse af materialet finder sted. I FINE-projektets 3-4-årige forløb går det første år til halvandet således med at forberede forsøget, indrullere og selekttere forsøgspersoner, samt generere det relevante materiale. De sidste år går med at analysere og publicere. Denne faseopdeling er imidlertid ikke absolut, idet der undervejs i hele projektet foregår analyser af det indsamlede materiale. Det sker bl.a. for at kunne vurdere, om det er det rigtige materiale, der kommer ind, om metoderne fungerer tilfredsstillende, og selvfølgelig også for at give et fingerpeg om hvorvidt projektets hypoteser holder stik, samt i hvilken retning resultaterne kommer til at være. Billederne på næste side er taget ved to forskellige midtvejsseminarer afholdt for hele FINE projektgruppen, hvor præliminære resultater fra de forskellige delprojekter fremlægges og diskuteres.

Billederne illustrer den form, som laboratoriets videnskabelige resultater ender med at få. I det ene billede ses en oversigt over effekten af fysisk aktivitet på sukkeromsætningen i skeletmuskulatur. I det andet billede vises en oversigt over forandring i insulinfølsomhed før og efter interventionen.

Gennem korrelering og kvantificering af resultaterne bliver de individuelle faktorer abstraheret bort. Resultaterne baseres ikke på målinger fra den enkelte, men fra hele forsøgspopulationen, hvorved der skabes en generalisering. Den generaliserede form gør det for det første muligt, at resultaterne kan kommunikeres



Fig. 5-6. Fotografierne er taget ved to forskellige interne seminarer, hvor delresultater og status fremlægges for de forskere og studerende, der arbejder med projektet. Fotos: Julie Bønnelycke.



til videnskabelige fora. For det andet gør generaliseringen det muligt, at resultaterne kan blive relevante for en hel befolkningspopulation, dvs. samfundskroppen. Den individuelle måling er ikke (længere) relevant i sig selv, men kun som del af de samlede målinger.

Den samfundsmæssige relevans følger mindst to forskellige spor. Den ene angår det videnskabelige kollektiv, hvor resultaterne føjer sig til de igangværende diskussioner, og hvor de skal vurderes i forhold til allerede eksisterende viden. Et andet spor er at gøre resultaterne relevante for en bredere offentlighed ved at de kan formidles som klare anbefalinger: Hvor megen fysisk aktivitet giver de bedste resultater? Er 60 min. dobbelt så godt som 30 min., eller flader kurverne ud, så det ikke 'betaler sig' med en dobbelt-op?

Uanset hvilket spor så er den krop, der er til stede i de videnskabelige artikler artiklerne, udsagn og anbefalinger det man kunne kalde en *repræsenteret krop* i form af grafer, diagrammer og andre visuelle repræsentationer, samt i form af tal og analyser. Den fysiske krop kan ganske enkelt ikke være del af præsentationen

af resultaterne, det være sig den individuelle krop eller forsøgskroppen. Den fysiske krop og den individuelle krop er reduceret bort, for at de videnskabelige resultater kan gøres relevante, dels for det videnskabelige kollektiv, dels for aktørerne i fedmediskursen.

Afslutning

Som de foregående afsnit har vist, er der tale om et særdeles omfattende arbejde med kroppe i et klinisk forsøg som FINE. Gennem at følge og analysere projektets gangart har jeg beskrevet et antal overgange mellem forskellige kroppe.

Fra samfundskrop til forsøgspopulation (udvælgelse og prætest)

Fra hverdagskrop til forsøgskrop (interventionsfasen)

Fra forsøgskrop til resultater (analysefasen)

Fra resultater til samfundskrop (formidling af analyserne)

Som jeg har vist, kræver fastholdelsen af kroppen som objekt for det videnskabelige blik, at der foranstaltes en lang række procedurer og strategier, hvorved forskellige kroppe dannes, vedligeholdes, holdes borte eller holdes sammen. Et centralt omdrejningspunkt i hele projektet har været at håndtere både forsøgsperson og forsøgskrop ofte på en og samme gang. Meget af arbejdet i laboratoriet har således haft fokus på at danne rammen og mulighederne for, at kroppen kunne fremtræde som et objekt, uden at personen følte det som et overgreb, men også uden at de personlige særtræk og den individuelle vilje forstyrrede det videnskabelige arbejde.

Andre analyser af klinisk arbejde har på tilsvarende vis beskrevet de særlige udfordringer, som håndteringer af kroppe indebærer. I et antropologisk videnskabsstudie af fertilitetsbehandling er dette skifte mellem det objektgjorte og det subjektive blevet beskrevet som en ontologisk koreografi.¹⁹ Kvinderne der gennemgår fertilitetsbehandlingens veltilrettelagte procedurer lader sig objektgøre i mange af de kliniske sammenhænge undervejs, men gør det i håbet om at opnå graviditet. I denne optik er det at lade sig behandle som objekt ikke det samme som at blive udnyttet eller gjort fremmed overfor sin egen krop uden mulighed for at handle selv. Tværtimod er det en betingelse for, at kvinderne kan opnå det, de ønsker sig som viljesfyldte subjekter. Objektgørelsen og subjektivitet går således hånd i hånd, og objektgørelsen af kvinderne bliver kun til et problem, hvis behandlingen af en eller anden grund ikke lykkes. Håndteringen af forsøgspersonerne i FINE som både videnskabelige objekter og som individuelle personer

19 Cussins 1998; Thompson 2005.

minder i nogen grad om en ontologisk koreografi. Forskernes stadige arbejde med at udvikle strategier og med at gennemtænke forsøgets procedurer og rækkefølge, der kan håndtere både det objektive og det subjektive, kan ses som led i at udvikle en koreografi. En koreografi, der får laboratoriets mange kliniske procedurer til at lykkes, samtidig med at forsøgspersonerne oplever at blive taget alvorlige som personer gennem en række teknologier, samt motivering, ros og en vis grad af overvågning.

På den ene side forholder man sig således til personernes individualitet, når man tager højde for deres privatliv, personlige smag og livsstil og forsøger at tilrettelægge motiveringen og kommunikationen med den enkelte ud fra dette. På den anden side reducerer man efterfølgende denne forholden sig til det personlige for udelukkende at stå med de rene resultater. I denne optik er subjektiveringens objektiveringens mulighedsbetingelse. Forsøgskroppene som videnskabelige objekter kan ikke træde frem, og resultaterne kan ikke produceres, hvis ikke kroppe også adresseres som forsøgspersoner, som subjekter. Den rolle, som laboratoriet spiller i fedmediskursen, er således på den ene side stærkt specialiseret, og på den anden side trækker laboratoriet på og er tvunget til at forholde sig til overvægt og fedme som en del af en kompleks hverdag.

Litteratur

- Cussins, Charis 1998: "Ontological Choreography: Agency for Women Patients in an Infertility Clinic". Marc Berg & Annemarie Mol (eds.): *Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Duke University Press, s. 166-201.
- Epstein, Steven 2004: "Bodily Differences and Collective Identities: the Politics of Gender and Race in Biomedical Research in the United States". *Body & Society* 2004; 10.
- Evans, Bethan 2006: "'Gluttony or sloth': critical geographies of bodies and morality in (anti)obesity policy". *Area* 38: 259-267.
- Foucault, Michel 1980: "The Confession of the Flesh (1977) Interview". Colin Gordon (ed.): *Power/Knowledge Selected Interviews and Other Writings*. Pantheon Books, s. 194-228.
- Gard, Michael & Jan Wright 2005: *The Obesity Epidemic: Science, Morality and Ideology*. Routledge.
- Gilman, Sander L. 2010: *Obesity. The Biography*. Oxford University Press.
- Jespersen, Astrid P. 2007: *Engagement i arbejdet? Konsultationsprocesser hos danske praktiserende læger*. Ph.d.-afhandling, Københavns Universitet.
- Jespersen, Astrid, Julie Bønnelycke & Hanne Hellerup Eriksen (in progress): Careful Science? Bodywork and Care Practices in Clinical Trials.

- Jespersen, Astrid, Julie Bønnelycke & Michael Andersen (in progress): Synergy and some less Misleading Terms to Characterize Interdisciplinary Collaboration.
- Jutel, Annemarie 2005: "Weighing Health: The Moral Burden of Obesity". *Social Semiotics*, 15:2, s. 113-126.
- Knorr Cetina, Karin 1981: *The Manufacture of Knowledge: An Essay on the Constructivist and Contextual Nature of Science*. Pergamon Press.
- Knorr Cetina, Karin 1995: "Laboratory studies: The cultural approach to the study of science". Sheila Jasanoff et. al. (eds.): *Handbook of Science and Technology Studies*. Sage.
- Latour, Bruno & Steve Woolgar 1979/1986: *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*, 2ndedition. Princeton University Press.
- Lynch, Michael 1985: *Art an Artifact in Laboratory Science: A Study of Shop Work and Shop Talk in a Research Laboratory*. Routledge and Kegan Paul.
- Mol, Annemarie 2002: *The Body Multiple. Ontology in Medical Practices*. Duke University Press.
- Monaghan, Lee F. 2005: "Discussion Piece: A Critical Take on the Obesity Debate". *Social Theory & Health*, vol. 3, no. 4, 302-314 (13).
- Monaghan, Lee. F. et. al. 2010: "Obesity Epidemic Entrepreneurs: Types, Practices and Interests". *Body & Society*, June 2010, vol. 16, no. 2, s. 37-71.
- Saguy, Abigail C. & Rene Almeling 2008: "Fat in the Fire? Science, the News Media, and the "Obesity Epidemic"". *Sociological Forum*, 23, s. 53-83.
- Sundhedsstyrelsen: <https://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/Fysiske%20foelger%20af%20overvaegt.aspx> besøgt d. 11.10.11.
- Thompson, Charis 2005: *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. MIT Press.
- Traweek, Sharon 1988: *Beamtimes and Lifetimes. The World of High Energy Physicists*. Harvard University Press.
- WHO: <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/> besøgt d. 11.10.11.

Utrykte kilder:

Interviews med forsøgspersoner og videnskabeligt personale
Observationer

Bodies in the Laboratory – Individual Bodies, Research Bodies and Social Bodies in Clinical Experiments with Obesity

In the last years a lot has been said and written about a global epidemic of obesity. In Denmark alone, between 30 and 40 per cent of the adult population is estimated to be overweight or obese. Obesity is regarded as one of the major threats to the health of populations, and it ranks high on the agenda of both politicians and researchers. The present article describes a clinical trial with moderately overweight, inactive males, who, through a twelve week intervention period, were prescribed a training schedule of 0, 30 and 60 minutes per day respectively. The purpose of the trial is many fold; one of its purposes is to examine the insulin sensitivity of the participants, another is to investigate the effects of physical exercise on a number of metabolic parameters; further, there is an investigation into the response of the appetite hormones to the increased level of activity, and finally there is a cultural-analytical investigation into the experiences of the research participants during and after their participation in the trial.

The present article focuses on the various bodies that are staged and materialized through the trial. This is because the obese body does not participate in the trial in a singular form, but is configured and re-configured in various forms, e.g. as part of a social body, the individual and personal body and the research body. The article is thus an investigation into how these different versions bodies are created, maintained and handled in the intersection between laboratory practices, individuals and a societal challenge high on the political agenda.

Kristofer Hansson

Kristofer Hansson is an ethnologist, Ph.D. and researcher in the Department of Arts and Cultural Sciences at Lund University. His primary research interests are biomedical technologies, medical praxis in health care, and citizen participation. He has published in Swedish and international journals as well as anthologies on these subjects and recently, with Susanne Lundin, Katarina Kaleja, Aivita Putnina and Markus Idvall, "Framing the public. The policy process around xenotransplantation in Latvia and Sweden from 1970 to 2004" in *Science and Public Policy* (2011). He is, along with Gabriella Nilsson, theme editor on the subject "Ethnology and medicine" in the *Socialmedicinsk tidskrift* (2011: vol. 88: 3).

THE RECONFIGURED BODY

Human–animal relations in xenotransplantation

The article explores issues concerning the reconfiguration of human and animal bodies in modern biotechnology. The examples are based on xenotransplantation: Transplantation of cells, tissue and organs from animals to humans. Three thematic issues that emerged from xenotransplantation research in Sweden in the 1990s and early 2000s are examined in the article. The first issue concerns how the pig was introduced as a donor animal in xenotransplantation and, at the same time, dehumanized in relation to what is human. Baboons and chimpanzees that had previously been used in xenotransplantation now became an ethically problematic choice, and were instead humanized. The second issue concerns the introduction of transgenic and cloned pigs as commoditized objects. The biotechnological development reconfigured the pig's cells, tissue and organs to become more human-like. The third issue concerns the risk that pigs contain retrovirus that could infect the transplanted patients. The human body became part of a network of both animal and retrovirus. Boundlessness between human and animal bodies appears in these three thematic phases and is analysed from a cultural perspective.



Introduction

Modern biotechnology is a central field where different biological objects are reconfigured in a creative act. Examples are gene and stem cell technology, which have created new values of objectification and materialisation of the human body, as well as new and expanded markets for the biotechnology industry. The relation between medical research and industry has not only produced new diagnostic methods and treatments, but has also projected the scientists' values onto the public, in regard to how they relate to the human body.¹ Biotechnological research provides a good opportunity to study, from a cultural perspective, how new technologies reconfigure bodies into new states.² In the article, the term 'reconfiguration' is used to study the evolving relationship between human and animal bodies, and how these bodies alter the manner in which we might refer to them.³

The article is based on a study of Swedish scientific work with xenotransplantation in the 1990s: A biotechnology where cells, tissue and organs from animals are transplanted to humans.⁴ The Swedish case is used to study how the field of xenotransplantation evolved in the 1990s, as well as how human and animal bodies were reconfigured in the process.⁵ In xenotransplantation, this reconfiguration concerns not only the human body, but also the animal body, which is produced and recharged with new values and new understandings.⁶ This is evident in the perspectives taken by actor-network theory (ANT), where the nonhuman actors; animal cells, tissue and organs, have an energy that can affect human actors.⁷ As researchers transform and transplant these nonhuman actors to patients, the patient's body becomes a part of a wider network of other actors, and it is within this wider network that the relationships between different bodies are

1 Martin 1994.

2 Gilbert 2008; Lederer 2008.

3 Berg and Timmermans 2000; Bowen 2005; Olesen and Markussen 2003.

4 The article reports on work carried out as part of the project 'Impact of Citizen Participation on Decision-Making in a Knowledge Intensive Policy Field' (CIT-PART, Project Nr. SSH-225327), which is funded within the 7th Framework Programme from 2009-2012. I thank the European Commission for their generous support of this research project. More information is available at the project website <www.cit-part.at>.

5 In the beginning of the 1990s Swedish researchers were at the forefront of international xenotransplantation research. At Karolinska University Hospital, researchers carried out clinical trials in which ten patients with diabetes underwent transplant surgery with pig cells producing insulin. At Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, researchers carried out two clinical trials where a pig kidney was connected to a patient and the human blood streamed through the kidney. At the time Sweden had between 10 and 15 scientific groups that were working in international networks within this medical science. For a presentation of the development of xenotransplantation in Sweden and internationally, see Brown and Beynon-Jones 2010; Deschamps *et al.* 2005; Lanza and Cooper 1998; McLean and Williamson 2005; Persson and Welin 2008; SOU 1999:120.

6 Fox 2005; Twine 2010.

7 Berg and Timmermans 2000; Latour 1992.

challenged. The human and the animal body are in this way not fixed and stable objects. Instead these bodies are seen as active surfaces where different biological and cultural forces have the possibility of interconnecting with each other.⁸ *The reconfigured body* is an actor that is affected by other human and nonhuman actors in unstable networks.

In the article, the reconfiguration of human and animal bodies is studied through three different thematic issues of xenotransplantation research conducted in Sweden in the 1990s and early 2000s. The first issue concerns how the pig was introduced as a donor animal in xenotransplantation and, at the same time, dehumanized in relation to what is human. Baboons and chimpanzees that had previously been used in xenotransplantation now became an ethically problematic choice and were conversely humanized. The second issue concerns the introduction of transgenic and cloned pigs as *commoditized objects*. This biotechnological development reconfigured the pig's cells, tissue and organs to become more human-like. The third issue concerns the risk that transplanted patients could be infected by PERV, Pig Endogenous RetroVirus (henceforth referred to as retrovirus) carried by the pigs used for xenotransplantation. As a consequence of this third issue, the human body became part of a network within which both animals and retrovirus were present. The issues are not separated in time; rather they are studied as overlapping activities during the 1990s.

Methods

Two different data categories have been used for the analysis. The first category comprises articles in newspapers and research journals presenting the research. The second category comprises interviews with researchers, politicians and a representative of an animal rights organization, involved in questions concerning xenotransplantation in Sweden in the 1990s. Newspapers and research journals offer an insight into the nature of the discussion at that time. Interviews made it possible for involved interviewees to reconsider and reevaluate the central topics that prevailed more than ten years ago. Combining these two sets of data, the analysis in the article presents different perspectives on how the reconfiguration of human and animal bodies developed in the selected period.

Swedish newspapers were collected through search engines on Internet using the search word "xenotransplantation" during the time from 1995 to 2002. Texts dealing with topics central to this article were then selected and analysed. Articles from international journals were collected in those cases where Swedish

8 Bowen 2005; Braidotti 2002; Olesen and Markussen 2003.

newspapers referred to international articles.⁹ Fifteen interviews ranging from 40 minutes to 2 hours in length were carried out during 2009 and 2010. The interviewees were medical researchers, researchers in the field of humanities and social sciences working with the medical researchers, politicians and one representative for an animal rights organization. The interviews were tape recorded and transcribed. All the interviews were conducted with a list of questions concerning how xenotransplantation research developed in Sweden in the 1990s.¹⁰ Through the empirical material the main focus has been to explore the discourses on how the relationships between human and animal bodies were challenged in different cultural contexts in the 1990s and early 2000s. These discourses in the material have been analysed by thematizing them into the three different issues referred to above.

Equal, but not too equal

One of the major problems with transplantation of animal organs into human bodies is the compatibility between these two biologically different objects. Researchers have focused on the problem of *immunosuppression*: that the cell, tissue or organ is rejected when adaptation to the new human environment does not succeed due to the efficiency of the immune system. The existence of concrete biological facts regarding the incompatibility between animal and human flesh made it possible to categorize the human as something different from the animal. Many of the earlier xenotransplantation experiments had used kidneys, hearts or livers from nonhuman primates such as baboons or chimpanzees in an attempt to overcome this disparity. But at the beginning of the 1990s, there was a discussion among the medical researchers at Sahlgrenska University Hospital in Gothenburg, concerning the use of nonhuman primates.

In 1995 the researchers at Sahlgrenska University Hospital connected two patients' bloodstreams to pig kidneys as part of a medical trial. The kidneys were placed beside the patients in a box. In the first clinical trial, the human blood streamed through the kidney for one hour and fifteen minutes.¹¹ Before the trial started, the researchers discussed which donor animal to use. One of the directors of the research team remembers the discussions about using pigs and not nonhuman primates:

Researcher: *“Considering the number of pigs that we eat, it wasn't so strange to use that animal. However, we felt very strongly that it was impossible to use*

9 This data was presented in an earlier report, see Hansson 2003.

10 The material has been presented in Hansson and Lundin 2011.

11 Hansson 2003.

nonhuman primates. Even though it was likely that it would be easier to use a kidney from a nonhuman primate than from a pig, though I have no evidence of that, we just felt that it was not ethically acceptable. There were several in our group who felt this way. It is difficult when you have human-like structures, so to speak”.

Kristofer Hansson: *“You talked about this at the beginning of the project”?*

Researcher: *“Yes, we did. We talked about all sorts of animals. We read a lot about different kinds of animals and concluded that we would work with pigs.”*¹²

The medical researcher in the interview refers to the fact that much of the discussion in Sweden at the beginning of the 1990s concerned the origin of the donor animal. This discussion focused upon nonhuman primates being too similar to humans.¹³ The earlier donor animals, baboons and chimpanzees, were now seen as having too human-like a structure. In this way, the researchers projected human characteristics onto the nonhuman primates: the baboon and chimpanzee became anthropomorphized.¹⁴ The human characteristic was categorized as closer to what had been distinguished and defined as nature in earlier xenotransplantation experiments. Not only was the relation between the two species discussed, but it also became impossible to use nonhuman primates in medical trials.

During the discussion about the close links between humans and nonhuman primates, the dualism between human and pig was also more clearly identified. As donor animals, pigs were considered a better choice than primates, because they were not too similar to what was categorized as human. As pointed out by the medical researcher, it is an animal that we eat. In this way, there was a ranking between animals, where the nonhuman primates were ranked higher as well as closer to humans. Following the same line of reasoning, pigs were ranked lower. To be able to use the pig in biotechnological research it was important to categorize the animal as something less-than-human and to raise the question of where to allocate the difficult notion of humanness in relation to the various donor animals at hand for the researchers.¹⁵

Among researchers and in the media, this categorization of pigs was something often discussed from the perspective that pigs were already being reared for meat

12 The interviews were conducted at the researcher’s workplace, and a tape recorder was used (Interview: 02.03.2010).

13 Other problems with using nonhuman primates were that they cannot be bred fast enough, and that they are an endangered species.

14 Löfgren 1985.

15 Butler 2004.



Fig. 1. The pig's body was recharged with new and ethically acceptable values that made it possible to use the cells, tissue and organs in the human body. Photo: The author.

production. In the Swedish newspaper *Dagens Nyheter*, a reporter wrote in 1995: "There are few ethical problems working with pigs,"¹⁶ pointing out that since we already use pigs for meat production, there are few ethical problems in using them for medical purposes. While pigs were considered good donors, because their organs are equal in size to human organs and they breed quickly, they were in this way dehumanized.¹⁷ This dehumanization became a way of making it

16 Dagens Nyheter 04.02.1995.

17 Plumwood 1993.

ethically acceptable to use the pig in medical trials, but this dehumanization also came to function as a defence of a certain way of defining humaneness. In identifying the difference between the human body and the cells, tissue and organs from the pig, the unknown became mouldable and manageable and thus the possibility of using the pig as a future organ supply for the human body was created.¹⁸ The pig's body was recharged with new and ethically acceptable values that made it possible to use the cells, tissue and organs in the human body.

The pig as a factory

Even if the human/animal relation became mouldable and manageable by pointing out the differences and similarities between the human, the pig and the non-human primates – transgenic and cloned animals would subsequently change this human/animal relation. Much of the hope for success with xenotransplantation in the 1990s was abandoned in favour of producing transgenic animals, and later cloned animals, in an attempt to get control of immunosuppression. The Cambridge based company Imutran, and the director of research David White, injected human DNA into fertilized sow eggs and a transgenic pig was born in 1992. In 1995, the USA company Nextran also developed transgenic pigs. The Edinburgh based company PPL Therapeutics, who cloned a sheep named Dolly, also cloned the first pigs by the beginning of the year 2000. More companies succeeded in cloning pigs in 2001 and 2002.¹⁹ In order to understand these technological changes from a cultural perspective, it is essential to focus on the dissolution of boundaries between human/animal, as well as between organic/machine. The redefinition of the human and the humaneness can be discussed through the commoditization of the transgenic and cloned animals, a perspective that will be discussed in relation to the anthropologist Sarah Franklin's discussion on how cloning became a genetic capital.²⁰

Franklin points out that it is not Dolly the sheep, seen as an animal, that is the source of the genetic capital, but the knowledge of nuclear transfer technology. The knowledge of an animal's reproduction has shifted to the companies that can make a profit. Furthermore, the cloning has altered the commodifying genealogy from a linear to a non-linear relation concerning the animal's reproduction, where its mother can genetically be its sister.²¹ The sociologist Richard Twine clarifies this last point when he writes that: "Capitalization speculates for opportunity through the refutation of previously naturalized evolutionary time

18 Åkesson 2000.

19 Brown and Beynon-Jones 2010; Hansson 2003; Persson and Welin 2008.

20 Franklin 2007.

21 Franklin 2007.

and linear genealogy”.²² The capitalization of transgenic and cloned pigs is a way of seeking new patterns for the use of the animal, and the biotechnology companies are striving against something that is not traditional dualism between what is a human body and what is an animal body. This form of capitalization recreates an old metaphor where pigs and other animals are seen as factory farms capable of producing cells, tissue and organs for people who are sick and in need of treatment.²³ The transgenic and the cloned pig are good examples of how the researchers saw this animal as a potential factory farm.

After the first transgenic pig was born in 1992, David White succeeded in producing a second transgenic pig in 1995. This was highlighted in the Swedish tabloid *Aftonbladet*: “The pig is still a pig, it looks like a normal pig. It is only the pig’s organs that have become more human-like. The organs fit better in this way in the human body than they did before”.²⁴ A transgenic pig’s organs became more flexible and could now fit both pig and human.²⁵ Through the transformation of the pig’s cells, tissue and organs, they now became more like human cells, tissue and organs. The new technique initiated a change of equality between human and animal. This was somewhat opposed to the dehumanization of the pig, which has previously been discussed.

At Lund University a research group planned transplantations of pig cells to patients with Parkinson’s disease. Clinical trials were never realized, but the research group conducted animal testing with immature pig cells transplanted into mice and rats, and they also experimented with transplantations from pig to pig. In the beginning, the embryos came from normal pig strains, but the research group had access to some of the transgenic pigs. The director of the research team pointed out in the interview: “The goal was to examine the feasibility of doing this with patients and to understand the mechanisms behind rejection, and to understand the biology. How the nerve cells fit, so to speak”.²⁶ Now, the dualism between the human and the animal body was being challenged on a cellular level, as the project focused on studying how different nerve cells are rejected and how they fit together. Human and pig cells were seen as something similar, and on a cellular level the human and the pig became more comparable. The medical researchers now looked for different technologies and methods to change the dualism between the different objects such as mice, rats, pigs and humans. Animal reproduction alone did not alter the relation between human and animal, but the different techniques and methods of using the animal were also vital for the reconfiguration of bodies. In order to succeed, the researchers needed to fit

22 Twine 2010, p. 101.

23 Fitzgerald 2003; Twine 2010.

24 *Aftonbladet* 09.12.1995.

25 Martin 1994.

26 Interview: 20.10.2009.

human and animal cells together. It was also necessary to dissolve the boundaries separating human and animal.

The company PPL Therapeutics succeeded in cloning a pig on March 5, 2000. The clones were named Christa, (after Christan Barnard who carried out the first human to human heart transplantation in 1967), Alexis and Carrel, (after Alexis Carrel who received the Nobel Prize in 1912 for his transplantation research), and Millie and Dotcom. Millie and Dotcom were symbolic names that related to the economic growth of the Internet companies at the beginning of the new millennium. The names can be seen as a form of popularization where the biotechnological knowledge was translated into something concrete that investors could relate to.²⁷ However, the cloned pig did not become a success. At the beginning of the year 2000 most countries that had continued with xenotransplantation research, had also introduced a moratorium for clinical and experimental trials on humans. In Sweden the moratorium fragmented the research groups. At the same time stem cell research came as a new and promising biotechnological research that was said to solve the same medical problems as xenotransplantation. By the millennium stem cell researchers had captured the investors' interest.

Dangerous actors

In the middle of the 1990s, new scientific findings emerged, drawing attention to the fact that cells, tissue and organs from animals contain retrovirus that could infect the transplanted patient. They in their turn could infect others and in worst-case scenario, start a global epidemic. In the countries performing or planning medical trials at the time, a moratorium was introduced in anticipation of new regulations. Many countries also started policy processes concerning calling off the moratorium and continuing with clinical trials in xenotransplantation. But when the policy processes had almost concluded by the end of the 1990s and beginning of the 2000s, the interest in xenotransplantation was weak.²⁸ In Sweden the moratorium came about in 1997 as an agreement among the researchers.²⁹ As such it led to a difficult time for the Swedish researchers, and no official or publicized transplantations with animal organs have been carried out since the 1990s.³⁰

27 Hansson 2005.

28 Brown and Beynon-Jones 2010.

29 Hansson and Lundin 2011.

30 However since the moratorium, there have been xenotransplantations with cells and tissue in different parts of the world (Brown and Beynon-Jones 2010; Persson and Welin 2008).

In 1998, the journal *Nature* had a thematic issue on xenotransplantation, and presented the scientific debate on the risks of the technology. Different researchers' points of view were presented:

“Paul Herrling, scientific director of Novartis, says the Hong Kong flu outbreak shows “that the risk from other sources is much greater, and that the added risk in view of the life-saving nature of a successful xenotransplantation might be minimal”. Other researchers are less sanguine. “I take the same data and turn it around, saying ‘look, this can happen’”, says virologist Robin Weiss”. [...]

“He argues that activation of animal viruses might be favoured under transplant conditions, as these remove many barriers to natural means of infection [...] “I’m not saying you shouldn’t do this [clinical trials of xenotransplantation], I’m asking you, ‘have you stopped to think?’”, says Weiss.”³¹

The discussions focused upon the questions whether there was a natural barrier between humans and animals, or if we, as humans, are interlocked in a network within which nature is seen as an intrinsic part, and are therefore exposed to the dangers of virus. Could there be barriers to natural means of infection that would be removed with xenotransplantation? Hong Kong flu, HIV and the connection between BSE (bovine spongiform encephalopathy), also called mad cow disease, and Creutzfeldt Jacobs syndrome, were all serious diseases used in the media to show that animals had infected humans. However, in the article above these examples were used by both Herrling and Weiss, and in this way they represented opposite views.

According to the media discussion, the pig became a dangerous object threatening humankind. While the biotechnological researchers tried to control the processes around xenotransplantation, the risk for retrovirus was an unforeseen and uncontrollable consequence for the researchers.³² With an ANT perspective, as presented in the beginning of the article, it is possible to see how the researchers, as actors, could not fully control other actors such as the retrovirus. The retrovirus is, in the ANT analysis, seen as a nonhuman actor comprising an energy that might affect the outcome of the medical trials in different, and unexpected, ways.³³ In xenotransplantation other nonhuman actors affected the outcome, for example the problem of immunosuppression and cells, tissue or organs behaving in ways the researchers could not fully control. But the retrovirus was unique; it was an actor that contained a greater risk, as it was also able to infect a third party.

31 *Nature* 22.01.1998, p. 321.

32 Twine 2010.

33 Goodman 2001.

The ANT perspective highlights how research and patients' bodies are only part of a wider network of other actors. In this perspective the relationship between human and animal bodies is once again questioned. One of the directors in the research team in Gothenburg explains how he changed his views, and started to see retrovirus as something that the researchers could not completely control, a perspective that a medical ethicist had pointed out to him:

“[The medical ethicist] had this thesis that we must consider retroviral epidemic as a plausible result. So we had to try to find ways of preventing or minimizing this. I think I also got into that line of reasoning very early. I can't remember who came up with the idea first, but it just isn't possible that the risk is so small that it is non-existent.”³⁴

The bodies and organs can be seen as what Lynda Birke, researcher in feminist science studies, calls “black boxes”. The medical researchers can view these black boxes in terms of input or output, but what happens inside the box remains hidden from their view.³⁵ The researcher cannot predict or know all the consequences of what he or she is doing. Using this concept in relation to the xenotransplantation case is however not equivalent to a perception of the human or the animal body as a closed system uncontrolled by the researchers. Rather, the term black box emphasizes that researchers cannot have insight into all areas of biology, and in parallel, biology can influence the development of the network in different and unpredictable ways. The risk for retrovirus can be seen as a knowledge that once again reconfigures the human body, and not as a rational and predictable object, but more like an irrational animal.³⁶

Boundless bodies

In an interview, the sociologist Nicholas Gane and the philosopher Donna Haraway paraphrase the sociologist Bruno Latour's “we have never been modern”³⁷, when they point out that “we have never been human”.³⁸ Taking xenotransplantation as an example, this kind of biotechnological research seems to bring the argument further. The use of cells, tissue and organs from pigs in medical trials and experiments in laboratories, call into question the boundaries between these species. Being objects in flexible systems, both the human body and the pig's body

³⁴ Interview: 02.03.2010.

³⁵ Birke 1999.

³⁶ Gane and Haraway 2006, Murray 2006.

³⁷ Latour 1993.

³⁸ Gane and Haraway 2006.

are doomed to be reconfigured. However, the patients that have gone through xenotransplantations strive to overcome the boundlessness that they experience. This was noticed by the ethnologist Susanne Lundin while interviewing patients with diabetes, who in the beginning of the 1990s received transplants of pancreatic islets from pigs, she describes how these patients strived to find manageable definitions after being transplanted:

“It is clear that my informants are searching for manageable definitions of what is foreign and what is their own. They share a will to find principles for how to handle matter from a foreign species. In this context, the body is a central point. For when biotechnology makes it possible to transgress and even erase fixed boundaries, between different bodies and life forms, a need arises to place oneself in a meaning-creating system. As we have seen, this applies to donations and transplants in general, but it is seen with particular clarity in the case of xenotransplants.”³⁹

However for biotechnological development, the reconfiguring of the human and animal bodies, and thus also the changing relationship between these two bodies, was central to the creative processes of discovering new treatments. Such a perspective opens up different aspects. The boundlessness between bodies and objects is the desirable approach, a place where the pig’s body can be objectified in new ways and the researchers and the biotechnology companies can create biomedicine that can be commoditized. For the medical researchers it is central to challenge the traditional dualism between human and animal. The meaning-creating system for the medical researchers is, in contrast to the patient, the boundless body.

The reconfiguration of objects is an important part of how biotechnological research constantly creates new objects. It is something other than the patients searching for manageable definitions of what is foreign; instead it is the foreign that is of interest.⁴⁰ As the sociologist Bryan S. Turner points out: “Technology appropriates nature by alienation: that is by reconstituting it as an object. But in the alienation of nature, ‘Man’ opens up the possibility of working on the body, of transforming human ontology”.⁴¹ It is vital to point out the variance in patient’s views of how to handle this boundlessness. It is also important to discuss which networks make it possible for biotechnological research to strive for a reconfiguring of the body.

39 Lundin 1999, p. 20-21.

40 Lundin 1999.

41 Turner 2007, p. 23.

Concluding thoughts

Animals perceived as biotechnological matter are in many different ways challenging the relationship between human and animal. The xenotransplantation research in the 1990s is only one example, but one that gives us many different perspectives on how to understand the challenges faced by dualism. Three issues have been pointed out in the article: the use of pigs in xenotransplantation, transgenic and cloned pigs, and the risk for retrovirus. Vital for the two first issues is a research and commodification process, where the reconfiguration of the animal body is made possible by using the bodily objects as cells, tissue and organ donors. The pig as biotechnological matter reconfigures both the human and the animal body, and it seems that a more boundless body appears among the researchers and biotechnological companies. Creative possibilities can be found in this boundless body as well, and new medical treatments can emerge. The third issue relates to a boundless body, but in contrast to the promising prospects of supplies for medical treatment the transgressive body would now become a threat. In the 1990s the researchers could not control the retrovirus and this risk hindered the development of xenotransplantation. Analysing the process from three different perspectives, it is central to see how the reconfiguration of objects is an on-going cultural process that questions our perspectives on what is ontologically a human/animal body. This biological process is not entirely social in its nature, but also cultural. When the biological entities are questioned and actually transformed, new body objects emerge.

* The author would like to thank the reviewer for the comments that helped to improve the manuscript. Thanks also to Anne Leonora Blaakilde, Aske Juul Lassen, Monica Libell, Niclas Hagen, Åsa Alftberg, Andrea Landström and Teresa Landström for insightful comments on previous manuscripts.

References

- Aftonbladet* 09.12.1995: "Grisen ska ge dig längre liv" [Transl: The pig will give you longer life]. Article by Lotta Reberg.
- Berg, Marc & Stefan Timmermans, 2000: "Orders and Their Others: On the Constitution of Universalities in Medical Work". *Configurations*, Vol 8:1, p. 31-61.
- Birke, Lynda 1999: *Feminism and the Biological Body*. Edinburgh University Press.
- Bowen, Leslie Maria 2005: "Reconfigured bodies: the problem of ownership". *Communication Theory*, Vol 15:1, p. 23-38.
- Butler, Judith 2004: *Precarious Life. The Powers of Mourning and Violence*.

- Braidotti, Rosi 2002: *Metamorphoses. Towards a materialist theory of becoming*. Polity Press.
- Brown, Nik & Siân Beynon-Jones (eds.) 2010: *CIT-PART Deliverable 3 Overview on XTP policies and related TA/PTA procedures*. Available at <http://www.cit-part.at/Deliverable3_final.pdf>, last accessed 25/08/2011.
- Dagens Nyheter 04.02.1995: "Njursjuk använde grisnjure. Lyckat försök I Göteborg kan öppna väg för transplantationer" [Transl: Person with kidney disease used pig kidney. Successful trial in Gothenburg can open the door for transplants]. *Article by Peter Sandberg*.
- Deschamps, Jack-Yves, Françoise A. Roux, Pierre Sai & Edouard Gouin 2005: "History of xenotransplantation". *Xenotransplantation*, vol. 12:2, p. 91-109.
- Fitzgerald, Deborah 2003: *Every Farm a Factory. The Industrial Ideal in American Agriculture*. Yale University Press.
- Fox, Marie 2005: "Reconfiguring the animal/human boundary. The impact of xeno technologies". *Liverpool Law Review*, vol. 26: 2, p. 149-167.
- Franklin, Sarah 2007: *Dolly Mixtures. The Remaking of Genealogy*. Duke University Press.
- Gane, Nicholas & Donna Haraway: "When We Have Never Been Human, What Is to Be Done". Interview with Donna Haraway. *Theory, Culture & Society*, vol. 23: 7-8, p. 135-158.
- Gilbert, Jeremy 2008: *Anticapitalism and Culture. Radical Theory and Popular Politics*. Berg Publishers.
- Goodman, David 2001: "Ontology Matters. The Relational Materiality of Nature and Agro-Food Studies". *Sociologia Ruralis*, vol. 41:2, p. 182-200.
- Hansson, Kristofer 2003: "Djur som donatorer. Xenotransplantation i svenska medier 1995-2002" [Transl: Animals as donors. Xenotransplantation in Swedish Media 1995-2002]. *Lundalinjer*, nr. 120.
- Hansson, Kristofer 2005: "Biopop. Biovetenskapens popularisering i medierna" [Transl: Biopop. The popularization of biomedicine in the media]. *ETN. Etnologisk skriftserie*, nr. 1, p. 107-117. Available at <<http://www.kultur.lu.se/upload/Kulturvetenskap/etn1.pdf>>, last accessed 25/08/2011.
- Hansson, Kristofer & Susanne Lundin 2011: *The Swedish Case*, "Impact of Citizen Participation on Decision-Making in a Knowledge Intensive Policy Field" (CIT-PART). Available at <http://www.cit-part.at/CIT-PART%20Deliverable%202011_12.pdf>, last accessed 03/11/2011.
- Lanza, Robert P. & David K.C. Cooper 1998: "Xenotransplantation of cells and tissues: application to a range of diseases, from diabetes to Alzheimer's." *Molecular Medicine Today*, Vol. 4:1, p. 39-45.
- Latour, Bruno 1992: "Technology is society made durable". John Law (eds.): *A sociology of monsters: Essays on power, technology and domination*.
- Latour, Bruno 1993: *We Have Never Been Modern*. Harvard University Press.

- Lederer, Susan E. 2008: *Flesh and Blood. Organ Transplantation and Blood Transfusion in Twentieth-Century America*. Oxford University Press.
- Lundin, Susanne 1999: "The boundless body. Cultural perspectives on xenotransplantation". *Ethnos. Journal of Anthropology*, vol. 64:1, p. 5-31.
- Löfgren, Orvar 1985: "Our friends in nature: Class and animal symbolism". *Ethnos. Journal of Anthropology*, vol. 50: 3-4, p. 184-213.
- Martin, Emily 1994: *Flexible Bodies. The Role of Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS*. Bacon Press.
- McLean, Sheila A.M. & Laura Williamson 2005: *Xenotransplantation. Law and Ethics*. Ashgate Publishing Limited.
- Murray, Mary 2006: "Lazarus [1], liminality, and animality: Xenotransplantation, zoonosis, and the space and place of humans and animals in late modern society". *Mortality*, vol. 11: 1, p. 45-56.
- Nature* 22.01.1998: "Last chance to stop and think on risks of xenotransplants", vol. 391 (6665), p. 320-324. Article by Declan Butler.
- Olesen, Finn & Randi Markussen 2003: "Reconfigured Medication: Writing Medicine in a Sociotechnical Practice". *Configurations*, vol. 11: 3, p. 351-381.
- Persson, Anders & Stellan Welin 2008: *Contested technologies. Xenotransplantation and human embryonic stem cells*. Nordic Academic Press.
- Plumwood, Val 1993: *Feminism and the Mastery of Nature*. Routledge.
- SOU 1999:120. *Från en art till en annan. Transplantation från djur till människa. Betänkande av xenotransplantationskommittén*. [Transl: From one species to another. Transplants from animals to humans. Report of the xenotransplantation committee]. Stockholm: Regeringskansliet.
- Turner, Bryan S. 2007: "Culture, technologies and bodies: the technological Utopia of living forever". *The Sociological Review*, vol. 55: Supp/1, p. 19-36.
- Twine, Richard 2010: *Animals As Biotechnology. Ethics, Sustainability and Critical Animal Studies*. Earthscan Ltd.
- Åkesson, Lynn 2000: "Blodsband som förenar och förskräcker. Släktbegreppens komplikationer" [Transl: Blood ties that unite and frighten. The complications of family concepts]. Susanne Lundin & Lynn Åkesson (eds.): *Arvets Kultur. Essäer om Genetik och Samhälle* [Transl: Culture of heritage. Essays on Genetics and Society]. Nordic Academic Press.

Klaus Høyer er ph.d. og lektor i organisationsanalyse ved Center for Medicinske Videnskabs- og Teknologistudier, Københavns Universitet. Hans forskning er koncentreret om etik som reguleringsform og udvekslingssystemer for kropsligt materiale. Maria Olejaz er ph.d.-studerende ved Center for Medicinske Videnskabs- og Teknologistudier, Københavns Universitet. Hendes ph.d.-projekt omhandler brugen af døde kroppe i den medicinske videnskab og forholdet mellem krop og person, del og hel.

KROPPENS POLITISKE ØKONOMI

Om grænsedragningen mellem person, krop og vare i medicinske udvekslingssystemer

Medico-industrien regnes i dag for Danmarks største eksportsektor og den medicinske kunnen, den bygger på, forudsætter adgang til kroppe og humanbiologisk materiale. Dette materiale og disse kroppe er altså i en vis forstand økonomiske ressourcer. Samtidig bliver de typisk betragtet som del af personer – af subjekter. Denne dobbelthed bliver i visse situationer problematisk. Man må ikke købe og sælge "kropsdele"; personer må eje, men ikke ejes. Det er imidlertid ikke noget let arbejde at holde krop-som-subjekt adskilt fra krop-som-objekt, og den medicinske hverdag er fuld af hybrider. I denne artikel diskuterer vi, hvad sådanne hybrider udløser. Vi fokuserer på hoften som knogle og som metalprotese og de steder, hvor den bliver genstand for udveksling. Specifikt ønsker vi med artiklen at understrege nødvendigheden af at anerkende kroppens grundlæggende tvetydighed og denne tvetydigheds betydning for, hvordan vi organiserer udveksling af alt det, som hverken er entydigt subjekt eller objekt.



Introduktion

Sundhedsforskning er det største forskningsfelt i Danmark og bidrager med over 40 mia. kr. om året til den danske eksport.¹ Skabelsen af ny medicinsk viden og teknologi er derfor en vigtig del af den danske økonomi, og den forudsætter adgang til kroppe. Den økonomiske betydning af sundhedsforskningen har ført til en række politikker og initiativer til fremme af, hvad blandt andre OECD har valgt at kalde en *bioøkonomi*.² Flere samfundsforskere har påpeget, at bioøkonomi indebærer en kobling mellem det biologiske liv og det økonomiske, som er alt andet end ligetil og meget mere end et økonomisk anliggende³. Særligt når "bio" i bioøkonomi henviser til *human*-biologisk materiale, indbefatter koblingen nemlig en sammenblanding af to domæner, som vi normalt søger at holde adskilt: menneskenes og tingenes. Etableringen af en økonomi, der bruger menneskekroppen til at skabe varer, producerer derfor et aktivt grænsedragningsarbejde. Det kommer blandt andet til udtryk i en række politikker og love, der forbyder salg af kropsdele. Det er mekanismerne i denne type grænsedragningsarbejde, som vi udforsker med denne artikel. Vi mener, at disse mekanismer og de politikker, de kommer til udtryk i, er en integreret del af kroppens aktuelle politiske økonomi.

Den stigende økonomiske interesse i kroppen som biologisk ressource, og de politikker interessen stimulerer, har ført til to modsatrettede former for kritik. På den ene side kritiserer visse økonomer, jurister og filosoffer den eksisterende lovgivnings generelle forbud mod salg af kropsligt materiale.⁴ De mener denne type forbud er irrationelle og skaber unødvendige barrierer for etableringen af et effektivt "kroppsmarked". Deres holdning er, at kroppen blot er et objekt som alle andre ting og bør kunne handles som en almindelig vare. Markedstilhængernes antagelse om kroppen som et simpelt objekt er dog, som vi vil vise i det følgende, problematisk af en række årsager. På den anden side er der en del samfundsforskere og etikere, der kritiserer bioøkonomien for "vareliggørelse" af kroppen.⁵ Vareliggørelseslitteraturen giver indtryk af en form for "marked", der for tiden som en stor maskine underkaster sig kroppen og gør den, der ellers tidligere var hævet over enhver form for markedsøkonomi, til en simpel vare som alle andre – altså at "markedet" allerede er etableret, men at det ikke burde være sket. Vareliggørelsesetsen er dog også problematisk af flere årsager. For det første ligger der i den en form for implicit antagelse om en fortid, hvor menneskekroppen var hævet over

1 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Ledelsesforum for Medicinsk Sundhedsforskning & Forsknings- og Innovationsstyrelsen 2008.

2 OECD 2005.

3 Helmreich 2008; Rajan 2006; Rose 2009; Waldby & Mitchell 2006.

4 Becker & Elias 2007; Fabre 2006; Goodwin 2006; Taylor 2005; Wilkinson 2003.

5 Dickenson 2007; Holland 2001; Kimbrell 1993; Radin 1996; Scheper-Hughes & Wacquant 2002; Sharp 2007.

handel og vandel, altså at det er nyt, at penge og krop sammenblandes. For det andet synes en total adskillelse mellem pengenes og kroppens domæne at blive anset for både en ontologisk mulighed og en moralsk nødvendighed.

Den historiske uskyld er nem at tilbagevise. Faktisk er afviklingen af slaveriet, hvor mennesker blev handlet for penge, sammenfaldende med udviklingen af den kapitalistiske produktionsmåde, som nu beskyldes for at føre til vareliggørelse.⁶ Historisk set har i det mindste *visse* menneskekroppe været relativt legitime forretningsområder. Selv hvis man kun ser på kropsdele, og ikke hele mennesker, er trenden til fra politisk hold at *af*-vareliggøre globalt set ret entydig: Over de sidste 100 år (og med stigende intensitet de sidste 15-20 år) er det blevet forbudt at sælge en masse humanbiologisk materiale, som før blev udvekslet for penge.⁷ I sidste ende har spørgsmålet om, hvorvidt det er muligt (og ønskeligt) at skabe en fuldstændig ontologisk og moralsk adskillelse, dog mere karakter af et valg af teoretiske præmisser end noget, der i sidste ende kan påvises eller afvises empirisk.

Artiklens teoretiske præmis er, at der ikke findes absolutte dikotomier. Vi følger her videnskabssociologen Bruno Latours idé om, at kategorisering udgør en form for purifikationsarbejde, der stimuleres af en uundgåelig strøm af hybrider, som overskrider de signifikante skel, purifikationen ellers søger at opretholde.⁸ Med denne præmis bliver det mindre interessant at identificere moralsk forkerede sammenblandinger og mere relevant at undersøge, hvordan, hvornår og hvorfor purifikationsarbejdet går i gang. Den moralske kritik i vareliggørelseslitteraturen er udtryk for et purifikationsarbejde, og vi vil argumentere for, at et sådant purifikationsarbejde også er et centralt element af de mekanismer, vi skal undersøge for at kunne forstå kampene om kroppens politiske økonomi på det sundhedsvidenskabelige område i forhold til skabelsen af adgang til kropslige ressourcer. Når aktører bliver engageret i purifikationsarbejde, som skal holde krop og marked adskilt, antager de typisk, at det er muligt klart at sige, hvad der er krop og hvad der er marked. Ellers ville forsøget på adskillelse ikke rigtigt give mening. Det er imidlertid ikke klart, hvad der er del af en krop, og på samme måde er markedet ikke en afgrænset størrelse, vi kan gå ud og identificere i verden. Der er mange måder at udveksle på, og referencer til "markedet" og penge er ikke entydige ting, men symboler vi bruger til at tillægge udvekslingerne bestemte betydninger.⁹ Det er gennem selve purifikationsarbejdet, at vi skaber en fornemmelse af entydige enheder, og i den forstand er vores forestillinger om marked og krop altså at forstå som resultater af det arbejde, som hybrider provokerer os til at lave, frem for separate enheder, der uheldigvis er i gang med at blive sammenblandet i en 'vareliggørelsesproces'.

6 Haskell 1985; Hoeyer 2007.

7 Hoeyer, Nexoe, Hartlev & Koch 2009.

8 Latour 1993.

9 Callon 1998; Carrier 1997; Hart 1990.

For at forstå de basale purifikations-mekanismer i kroppens politiske økonomi kan det være nyttigt at prøve at undersøge nogle af hverdagens små, rutineprægede og relativt ukontroversielle måder at forholde sig til grænsedragningen mellem menneske og ting. Vi vil bruge studier af sådanne eksempler til at fremdrage nogle mekanismer, vi mener, har mere almen analytisk værdi. Vi undersøger konkret, hvordan der skabes *adgang* til kroppen som materiel ressource; hvordan ideer om hvad der overhovedet er '*del af*' en krop bliver til i den proces; og hvilken rolle referencer til *markedsøkonomi* og *penge* spiller for de involverede aktører i dette grænsedragningsspil.

Krop og grænsedragning som teoretisk projekt

Spørgsmål om adgang til kroppen omsættes typisk til spørgsmål om, hvad kroppen *er* – altså hvad Gottweis, Metzler og andre har kaldt en slags *onto-politik*: en særlig form for purifikationspolitik der handler om at definere det værende.¹⁰ Når aktører kæmper om at definere, hvad en menneskekrop er, fokuserer de typisk på dens afgrænsning. Der er mange typer af afgrænsning af menneskelighed, fx menneske/dyr, menneske/ånd, menneske/monster,¹¹ men den, der er i spil i forhold til vores problemstilling, er grænsen menneske/ting. Vi fokuserer altså på bestemmelsen af forholdet mellem den omgivende materielle verden og den del af den materielle verden, der opfattes som menneskelig. Det giver et fokus på det, som hverken er entydigt subjekt eller objekt.¹² Når folk forsøger at finde grænser for, hvad der er et menneske, knytter det ofte an til forsøg på at bestemme, hvornår et liv begynder og hvornår det ender, som vi ser det i abortdebatter, debatter om for tidligt fødte børn og fosterkirkegårde, og i forbindelse med organ- og vævsdonation fra hjernedøde, livsforlængende behandling af komatøse og aktiv dødshjælp.¹³ Grænsedragningen mellem det menneskelige og det rent materielle foregår imidlertid igennem hele livet og finder sted i selv de mest trivielle aktiviteter, fra defækation til næsepudsning og hvad vi gør med spyt.¹⁴ Der er ingen klare grænser for, hvornår og hvor længe givne materielle elementer er '*del af*' et menneske, og onto-politikens purifikationsarbejde sætter ind, både når noget udveksles mellem mennesker, og det skal afgøres, *hvem* det er del af, og når grænsen skal drages mellem at være '*del af*' et menneske, og blot være ren materialitet uden menneskelighed.

10 Gottweis, Braun, Haila, Hajer, Loeber, Metzler et al. 2008.

11 Alter 2007; Bolton 2008; Haraway 2008; Ingold 1988; Wolfe 2010.

12 Når vi her og i det følgende taler om "subjekter", er det ikke som navnet på et universelt fænomen, men i stedet som et begreb med performative effekter – et begreb, som aktører bruger til at skabe betydning med.

13 Kaufman & Morgan 2005.

14 Elias 1994; Laporte 2000.



Fig. 1.
Knoglekapel ved kloster i Evora, Portugal. Murene i kapellet består af knogler fra tidligere munke og søstre i klostret. I kapellet kan man mindes de døde og tænke på døden.

Den feministiske filosof Julia Kristeva betragter menneskets afgrænsning af sig selv fra den materielle verden som et livslangt futilt projekt, der samtidigt er konstitutivt for selve det at være menneske. Livet igennem, skriver hun, forsøger vi at løfte os selv ud af den simple materialitet, men det er en kamp, vi altid taber:

“These body fluids, this defilement, this shit are what life withstands, hardly and with difficulty, on the part of death. There, I am at the border of my condition as a living being. My body extricates itself, as being alive, from that border. Such wastes drop so that I might live, until, from loss to loss, nothing remains in me and my entire body falls beyond the limit – cadere, cadaver. If dung signifies the other side of the border, the place where I am not and which permits me to be, the corpse, the most sickening of wastes, is a border that has encroached upon everything.”¹⁵

15 Kristeva 1982, s. 3.

Når noget materielt betragtes som 'krop', fremmer det materialets menneskelighed, det bliver en del af denne eksklusive sfære, der kendetegner vores stræben. Vi har altså to domæner, personernes (mennesket i moralsk forstand) og tingenes (der er kompatibelt med varernes domæne i markedstænkning), som tillægges forskellig værdi og alligevel mødes begge i kroppen. De to domæner har historisk specifikke betydninger – i en tid med slaveri kan man godt være person og vare på samme tid, mens det i en nutidig dansk kontekst synes at udelukke hinanden – ligesom der er historisk specifikke måder at skelne mellem, hvad der er person og ting.

Der er en lang historisk tradition for at interessere sig for afgrænsninger af, hvad der er del af en person og hvor længe. Historikeren Caroline Walker Bynum har i sine studier af middelalderen beskæftiget sig med den kristne idé om kropslig genopstandelse og hun argumenterer for, at den moderne idé om person har rødder i middelalderlige forestillinger om relationen mellem krop og sjæl.¹⁶ Hun fremhæver vigtigheden af den fysiske krop i vestlige forestillinger om person og identitet og indkredser en teologisk doktrin om *materiel kontinuitet* mellem krop og person. I middelalderen indgik forestillingerne om krop og person således i en teologi som indeholdt troen på en endog meget fysisk og materiel genopstandelse. Forsøg på at skelne mellem person og omverden afspejlede en afsøgning af, hvad der ville få adgang til paradiset. Ifølge Bynum er det i dag i relation til nye sundhedsteknologier frem for i relation til genopstandelse, at man søger at etablere grænser for, hvad der er menneske/subjekt og hvad der er omverden/objekt, men det er reelt samme type aktivitet og samme sæt af forestillinger om materiel kontinuitet.¹⁷ Når vi i dag interesserer os for sådanne grænsedragninger i sundhedsvæsenet, gælder det typisk de situationer, hvor kroppe og kropsdele går fra at repræsentere personer til at blive anvendt som ressourcer.

Den materielle kontinuitet mellem krop og person er således stadig aktuell i dag, men i lyset af andre problematikker.¹⁸ Vi vil argumentere for, at grænsedragningen særligt bliver aktuell i situationer, hvor omsorg står på spil, og at henvisninger til penge og markedsøkonomi her spiller en symbolsk rolle, da markedsreferencer indikerer egeninteresse og signalerer særlige monetære motiver. Materiel kontinuitet er dermed ikke blot en stabil teologisk arv, en idé, men en særlig måde at opleve en grundlæggende tvetydighed på, som får historisk specifikke udtryk alt efter de situationer, hvor vigtigheden af grænsedragning opstår.

16 Bynum 1991; Bynum 1995.

17 Se også Rabinow 1992.

18 Der er en lang tradition i antropologien for at diskutere forholdet mellem krop og person (Carrithers, Collins & Lukes 1985; Geertz 1973) og den kulturelle varians i den betydning, som materialitet tillægges for en persons identitet (Bird-David 2004; Bodenhorn & Bruck 2006). Vi koncentrerer os dog i denne artikel om den danske kontekst og fremhæver dens historiske forudsætninger og specificitet frem for at gå i dialog med de påstande om absolut adskillelse mellem krop og person i andre 'kulturer', som præger dele af denne litteratur.

Metode

Denne artikel bygger på et feltarbejde om udvekslinger af hofter udført i perioden 2008-2010 i Danmark af Klaus Høyer, men artiklen foregriber samtidigt et nyt projekt om forholdet mellem krop og person, som vi er i de tidligste faser af i samarbejde med Anja Marie Bornø Jensen og Sebastian Mohr. Hoften udgør et interessant eksempel på kropslig udveksling, fordi den udveksles i to udgaver, en knogle (femur) og en metalprotese. Når patienter får, hvad de ofte kalder 'en ny hofte' er det i 80 procent af tilfældene på indikation af slidgigt, hvor selve knoglen ikke fejler noget, men brusken er væk. I disse tilfælde (ca. 5.000 om året i Danmark), kan man gemme knoglestykket i en knoglebank og bruge det senere til andre, mere komplicerede former for kirurgi efter eksempelvis kræftoperationer, hvor man rekonstruerer modtagerens egne knogler ved at bygge et skelet af donorknogle, som recipientens egne celler gror ind i.¹⁹

Høyer valgte at studere danske knoglebanker, efter Vævsloven nødvendiggjorde reorganisering i 2007.²⁰ Han interviewede ledende figurer i politikudviklingen, kirurger, knoglebanksansvarlige, donorer og recipienter, og han foretog deltagerobservation på et dansk hospital i forbindelse med den donationssamtale, hvor det aftaltes, at knoglen skulle doneres til en knoglebank. Med en assistent (Sofie Okkels Birk) blev samtlige 17 knoglebanksledere i Danmark interviewet om deres praksis. Parallelt hermed fulgte han metalversionen af knoglen. To tredjedele af den danske befolkning bliver kremeret, særligt mange i storbyområder. Ved kremering dukker metalhoften op i asken – dens smeltepunkt ligger over de 800-1000 grader, der bruges i ovnen – og man skal så igen tage stilling til, hvad der skal ske med den og under hvilke vilkår. Udover at besøge krematorier og interviewe krematoriepersonale fulgte Høyer debatterne om genindvinding fra krematorier i dagspressen og fulgte nyhedshistorier op med telefoninterview med de aktører i blandt andet krematorieforeningen, der gav udtryk for holdninger til spørgsmålet. Som beskrevet nedenfor har et hollandsk firma, Orthometal, fået rettighederne til genindvinding af det danske krematoriemetal, og det ægtepar, der leder firmaet blev interviewet hos Høyer privat, mens de var i landet for at indsamle genbrugsmetallet. Knogledonorerne, som jo selv var blevet bærere af en metalprotese, blev desuden interviewet om deres syn på krematoriernes praksis.

Ved at veksle mellem to versioner af hoften og forskellige kontekster var det målet at undgå at naturalisere, hvad der er 'del af' et menneskes krop og hvorfor. Som vi vil vise, er det eksempelvis ikke nødvendigt at være biologisk associeret med en person for at blive anset som for menneskelig til at kunne sælges. De fleste kulturelle studier af udvekslingssystemer for kropsdele tager det mere eller

19 Løje & Stürup 2004.

20 Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006.

mindre for givet, hvad der er del af en krop, og de fokuserer typisk på særligt dramatiske udvekslingsformer.²¹ I studiet af hofter, derimod, var det et mål i sig selv at opsøge det hverdagsagtige og rutineprægede, det som ikke aktiverer de store offentlige kontroverser og at undgå at forudsætte som præmis, hvor grænserne for det menneskelige går – hvad der 'i virkeligheden' er del af et menneske.

Knoglen

Man har forsøgt sig med knogletransplantation i århundreder, men det egentlige gennembrud kom i 1878-1880, da en engelsk læge lykkedes med først at fjerne et stort stykke knogle fra armen på et treårigt barn og derefter gennem tre operationer fik indsat knogle taget fra andre børn.²² Op gennem særligt anden halvdel af det 20. århundrede blev knogletransplantation mere og mere almindeligt, og knogleforsyninger blev en vigtig faktor for teknologiens udvikling. Adgang til knogle krævede en måde at få løsrevet knogle fra kroppe så at sige og etableringen af et udvekslingssystem. I 1940'erne, da denne type kirurgi blev etableret i USA, var det almindeligt, at kirurgerne fik knoglen fra andre patienters operationer, men som en af de førende kirurger på feltet senere skrev i et tilbageblik, var det alt for tidskrævende at stå og vente på hvert enkelt stykke knogle, og så begyndte man at søge nye veje:

“I had spent long hours at the side table in the operating room waiting for the thoracic surgeon to give me 6 sparse inches of rib. It was at that time I realized that a more efficient source of excess bone could be found (...)”²³

Man valgte en kilde, der tilsyneladende aldrig løber tør, nemlig lighuset. Såkaldt kadaverdonation blev den almindelige adgang til knogle i USA. Hvor man tidligere betragtede knogle taget fra en patient som en slags hospitalsaffald, der tilhørte hospitalet, så krævede brug af ligdele imidlertid pårørendes godkendelse. Der var her krav om noget, der i dag kaldes informeret samtykke, hvilket delvis skyldtes tidligere offentlige konflikter om gravtyverier. For at en knogle kunne forlade donor på en legitim måde, skulle der nu altså en godkendelse til – en godkendelse der på paradoksalt vis *både* gjorde knoglen til 'del af' den person, den blev taget fra (hvad den ikke var blevet betragtet som, så længe den kom fra levende patienter), og ophævede dette tilknytningsforhold ved at muliggøre donation. Samtykket blev på denne måde et fast punkt på ruten, når et stykke knogle skulle

21 Waldby & Mitchell 2006.

22 Macewen 1881.

23 Hyatt 1976, s. 17.

rejse mellem mennesker og opnå ny nytteværdi – et obligatorisk passagepunkt²⁴. Samtykket skaber forestillingen om et aktivt subjekt, der har ejerskab over kroppen hvorved kroppen fremstår som objekt for subjektet.²⁵ Etableringen af et bagvedliggende subjekt muliggør således objektliggørelsen af kroppen.

I Danmark er knogledonation og -transplantation indført langt senere end i Tyskland og USA, og her bruger man næsten udelukkende knogle fra levende patienter, der undergår hofteoperationer (femur). Om man altid har bedt om informeret samtykke i Danmark er svært at svare på, men Vævsloven har indskærpet dette krav, og man beder i dag typisk om samtykke i forbindelse med den samtale, hvor patienten efter udredning får besked om, at han eller hun bliver indstillet til en operation. Patienten kommer ind til lægen og de sidder foran et røntgenbillede af hoften. Lægen peger på forkalkningen ved den manglende brusk og siger: ”Det her tager vi ud. Det kan du ikke bruge – men det kan vi. Er det i orden at vi tager det fra?”

Det er der meget sjældent nogen, som siger nej til, og patienten bliver derefter bedt om at underskrive et samtykke. Samtykket var ikke noget, donorerne kunne huske ved opfølgende interviews i dette studie. I det hele taget opfattes donationen som meget ukontroversiel. En donor forklarede om brugen af knoglen:

”Ja, øh, jeg syntes det helt ok. Jeg sagde bare, de ikke måtte tage mere, end de ellers ville have gjort, så er det helt i orden [stille latter]. Altså, det betyder vel ikke noget, fordi ellers smider de det bare ud, ik?”

Udover villigheden til at donere knoglen, er der to ting, som er værd at bemærke i dette citat. Det ene er den lille tvivl om, hvorvidt man kunne finde på at tage for meget. Det er en tvivl, patienten ønsker udryddet med det retoriske spørgsmål til slut. Det kan vi tolke som et forsøg på grænsedragning mellem at være mål for interventionen og middel for andres behandling. Brugen af kroppens dele som ressourcer i andres behandling vækker nemt denne type overvejelser, selv når de tilsidesættes som unødvendige. Den anden ting at bemærke er affaldsmetaforen, som bruges til at mane tvivlen væk. Ved at stille spørgsmålet ”ellers smider de det bare ud, ik?” markeres, at det kun udtages for donors skyld. Ideen om ”affald”

24 Latour 1987.

25 Det er en fænomenologisk selvfølgelighed, at vi både er en krop og har en krop (Merleau-Ponty 2002; Wolputte 2004), og normalt er denne dobbelthed som subjekt og objekt ikke noget problem (Kelly 2003). Filosofen Drew Leder (1990) har argumenteret for, at kroppen først bliver et objekt for subjektet, når subjektets opmærksomhed rettes mod den, typisk når det føler smerte. Ellers er kroppen-som-objekt ’fraværende’ sådan at forstå, at den er det, som ser, hører, smager og føler og ikke noget, der selv bliver set, hørt, smagt eller følt. I teknologifilosoffen Don Ihdes (2002) post-fænomenologi lægges der imidlertid vægt på, at det ikke kun er den antropocentriske verden, der skaber subjekt/objektspil, men samspillet mellem humane og nonhumane aktører. I dette eksempel er skabelsen af kroppen-som-objekt for kroppen-som-subjekt således også et resultat af de sociale (informeret samtykke) og medicinske (transplantationmedicin) teknologier, de humane aktører er i samspil med.

er en meget almindelig måde at overskrive betydningen af kropsligt materiale, der skal bruges af andre, hvilket blandt andre Mette Nordahl Svendsen har vist i forbindelse med donation af såkaldt 'overskydende' befrugtede æg.²⁶ At henvise til materialet som affald er således ikke en neutral beskrivelse, men en måde at markere, at donor ikke står til at miste noget.

Hvis knoglen var affald – ren materialitet uden menneskelighed – ville den kunne bruges til hvad som helst, men det er ikke tilfældet. En mand sagde eksempelvis spøgefuldt, at han gerne donerede fordi – “Ja, jeg regnede jo ikke med at tage det med hjem til hunden.”

En anden mand sagde tørt, at han donerede, fordi han ikke havde hund. Det lidt groteske grin, der trak om munden på dem begge, markerer en afstandstagen fra ideen som absurd, og det indre billede af en hund liggende på stuegulvet med en hofteknogle er da også grotesk. Når vi griner sammen over billedet, forbinder latteren os på den ene side med vores fælles, banale kropslighed,²⁷ som gør at vores knogler faktisk *kunne* bruges som hundefoder, og samtidig bliver latteren en måde at igen hæve knoglen op i det menneskeliges sfære og ud over knoglens jævne materialitet. Latteren markerer at ideen er absurd, og at en menneskeknogle selvfølgelig ikke kan gives til hunden, sådan som andre knogler kan. Den skal helst ikke blive en banal materiel ressource.

Alle de interviewede donorer foretrak, at knoglen blev brugt til medicinske formål frem for blot at blive smidt ud (eller givet til hundene). De fleste foretrak også, at man lod private kosmetiske klinikker bruge eventuelt overskydende knogle, frem for at den bare blev destrueret. Antropolog Jennifer Hecht har foreslået, at der med sekulariseringen ved slutningen af det 19. århundrede fremkom nye måder at tilskrive kroppen betydning, hvor forestillinger om brugs- og nytteværdi blev måder at knytte kroppen til den antropocentriske verden, selv uden en forestilling om en guddommelig sjæl forbundet med materiel kontinuitet til Guds skaberværk.²⁸ At man kunne drage nytte af kroppen var en måde at undgå, at den faldt over grænsen til den banale materialitet i Kristevas forstand. Lysten til at donere kan på den måde ses som udtryk for en lyst til at bevare knoglen i det menneskeliges sfære. Det, at den bliver brugt, er ikke at gøre den til rent objekt, til en rå ressource, et ligegyldigt middel – det er faktisk at bevare et tilknytningsforhold til de betydningsfulde subjekter og deres sfære.

At knogle for de involverede aktører ikke bare er knogle i en flad materiel forstand, bliver særligt tydeligt, når man spørger folk, om man må *sælge* deres knogle, eller om de ville ønske sig penge for den. Tanken virkede anstødelig, absurd og forkert på alle de interviewede, og den typiske reaktion i interviewene var en analogi til organhandel, som noget alle burde være enige om er forkert:

26 Svendsen 2007; Svendsen & Koch 2008; Svendsen 2011.

27 Bakhtin 2006.

28 Hecht 2003.

“Jeg vil ikke have, det er ligesom i de fattige lande (...), at folk sådan bliver nødt til at sælge deres organer. Det kan jeg virkelig ikke lide”.

Hvis udvekslingen skal opfattes som legitim, skal knoglen altså ikke udveksles som en vare – den skal ikke købes og sælges. Det centrale for donorerne synes at være relateret til den lille tvivl, om hvorvidt en læge ville tage for meget, som en informant beskrev ovenfor. Lægen må ikke kunne tjene på at tage knogle ud, og donor selv må ikke modtage penge for knoglen. Vi mener, at talen om penge fungerer som en form for symbolsk markør for motiver og forventninger til andre aktører – en markør, der bliver central for grænsedragningen mellem menneske og ting. Hvis nogen får penge for at donere eller udtage knogle, så forventes pengene at være motivet for at gøre det. Derved bliver det kropslige materiale betragtet som en vare, og varer er simple materielle ressourcer uden menneskelighed. Markedsreferencer har dermed en symbolsk funktion i onto-politikken. Samme mekanisme kan man se i spil, når metaludgaven af hoften udveksles, som vi skal se, når vi nu bevæger os ud af klinikken og ind i de danske krematorier.

Protesen

I 2001 kom et interessant cirkulære fra Kirkeministeriet, som de danske krematorier dengang hørte under, hvori man skelnede mellem det guld, der er i tænderne og eventuelle smykker lagt i kisten med afdøde, og så det titanium og øvrige metal, der stammer fra proteser. Der stod, at –

”ædelmetaller fra smykker og tænder samt rester fra personlige effekter, som den døde har fået med i kisten, ikke må sorteres fra, men så vidt muligt skal følge asken i urnen.”²⁹

Protesemetallet derimod skulle betragtes som tilhørende krematoriet og sælges til det hollandske firma, Orthometal:

”Når Danske Krematoriernes Landsforening modtager betaling fra det nævnte firma fradrages indsamlingsomkostningerne, og det herved fremkomne nettobeløb fordeles mellem de deltagende medlemskrematorier i forhold til disse kremationsantal det pågældende år. Fordelingen mellem krematorierne foretages én gang pr. kalenderår. Aktiviteten kontoføres på en særskilt konto i Danske Krematoriernes Landsforenings regnskab.”

29 Kirkeministeriet 2001.



Fig. 2. Fra et krematorium i Danmark. Et kig ned i en "raritetskasse" med forskellige metalrester fra krematoriet.

Det er i sig selv interessant, at forskellige typer af metal tilsyneladende har forskellig kapacitet for menneskelighed, men her vil vi fokusere på de konflikter instruksen om salg gav anledning til. Tre af de 37 danske krematorier valgte ikke at følge cirkulærets opfordring til at sælge proteserne fordi, som en af krematorielederne sagde om dette metal: "Det tilhører personen". Samme krematorium havde tidligere fragtet metaldelene til genbrugspladsen, men nu besluttede menighedsrådet (krematoriets formelle ledelse) at samle alle disse proteserester i beholdere og begrave dem samlet "i indviet jord".

Indviet jord var en måde at udtrykke respekt for afdøde på, forklarede samme krematorieleder, og der var ingen skelen til afdødes egen trosretning eller mangel på samme. Bisættelse af proteserne i indviet jord vil reelt sige, man enten graver et normalt urnehul og fylder det med masser af protesedele, eller at man graver en grav med ekstra dybde og så lægger protesedelene nederst og kisten ovenpå. Den tvetydige status kan ikke blive tydeligere: Protesedelene er for menneskelige til at blive solgt, men ikke menneskelige nok til at komme med asken ned i den individuelle urne. De skal respekteres som et bisat lig, men ikke under hensyntagen til afdødes personlige trosforhold. Ved at bisætte dem i indviet jord holdes de i en menneskelig sfære, men ikke som del af specifikke mennesker. Det er værd at lægge mærke til, at hvor de før kunne blive til affald og ende på genbrugspladsen,

så aktiverede udsigten til, at de kunne blive *solgt*, et potentiale for menneskelighed, der nødvendiggjorde andre måder at komme af med dem på. Associationen til en pengeøkonomi gjorde transitionen fra menneskeligt materiale til ren materialitet for brat, og re-aktiverede trangen til grænsedragning, men nu med det resultat, at det tidligere affald blev mere menneskeligt.

Man kan selvfølgelig indvende, at det dog kun er tre af krematorierne, der handler på denne måde, og at de øvrige 34 krematorier nøgternt har erkendt, at metal blot er metal (i hvert fald så længe vi taler om titanium og ikke guld). Og ganske rigtigt opfattes genindvinding da også som relativt ukontroversielt i krematorieforeningen. I hvert fald så længe vi blot taler om at indsamle metallet og overdrage det til Orthometal. I denne fase er det en form for forsvarlig affaldshåndtering. Når så betalingen falder, er det et lidt mere kompliceret spørgsmål. De fleste krematorier har nemlig valgt at donere de penge, de får for proteserne, til velgørende formål. Dette metal er altså en form for metal, der ikke må være profitskabende. Som med knoglen der kan gives til gode formål, men ikke tjenes penge på, så synes nytteværdien ikke at være et problem, men det er monetære symboler til gengæld. Penge forfladiger det udvekslede materiales værdi. Den menneskelighed, der umuliggør profit i første led, holder dog ikke i andet led: Orthometal tjener penge på deres genindvinding og har ekspanderet over hele Europa og dele af det amerikanske marked. Men Orthometal, der i øvrigt drives af en ortopædkirurg, der selv sætter hofter ind i patienter tre dage om ugen, er alligevel meget opmærksomme på den sensitivitet, der omgiver de kropslige hybrider, de genindvinder. Selvom metal "blot er metal", har de besluttet, at netop dette hofte-metal kun sælges til flymotorfabrikker, og ikke kommer til at komme tilbage ind i nogens krop i form af en ny protese. Onto-politikkens grænsedragning er således også her blevet aktiveret af udsigten til sammenblandinger af menneskelighed og banal materialitet.

Varmen

Metal er ikke den eneste materielle værdi i et krematorium. Krematorierne har i årevis ønsket sig at genindvinde varmen, som de store ovne genererer. Der kræver en del brændsel for at brænde et lig: Tynde mennesker kan forbruge op til 30 gange så meget brændsel, som en overvægtig, der jo til dels "kommer med sin egen brændsel", som en krematorieleder sagde med et underspillet, skævt smil. Igen synes smilet og latterens groteske undertone udløst af tanken om vores banale, fælles materialitet. Alle krematorieforeningens forslag om varmeindvinding er på trods af energiforbruget imidlertid blevet afvist af politikerne med henvisning til, at det ville være uetisk at bruge lig til opvarmning. Her er det etik, der tjener som grænsedrager, uden at det præcise etiske ræsonnement ekspliciteres, men som

med knoglen synes det igen at handle om at sikre, at liget ikke gøres for åbenlyst til et middel, en ressource, og dermed til banal materialitet.

Det sidste årti har imidlertid ændret rammesætningen af denne problemstilling, da studier har konstateret, at krematorier giver anledning til kviksølvforurening. Her er det et andet metal, nemlig fyldningerne i de afdødes tænder, der som hybrid aktiverer grænsedragningens purifikation. For at inddæmme kviksølvet skal varmen fra krematorierne gennemgå en proces, der svarer til den, som bruges ved varmeindvinding (luften skal nedkøles). Hvis man så ikke ville bruge varmen til opvarmning, så skulle man bygge særlige konstruktioner på tagene af krematorierne for at lukke varmen ud i naturen. I lyset af dette bad kirkeminister Bertel Haarder Det Etske Råd om en udtalelse. De fandt først henvendelsen besynderlig (ikke mindst fordi krematorierne ikke hører under deres område), men gav alligevel et velovervejet og nuanceret svar, hvor de lagde vægt på, at formål og intention med varmeindvindingen ikke var at genindvinde varme, men at undgå forurening. Desuden, fortsatte de, er varme jo blot en form for energi, og man kan ikke sige, at nogle typer energi må bruges til opvarmning og ikke andre:

”Det er...uomgængeligt, at mennesker ligesom andre organismer efter døden omsættes på den ene eller anden måde og indgår i naturens kredsløb, det vil sige diffunderer ud i omverdenen.”³⁰

Varme er altså blot varme, som blot er varme. Men så er der det med at sælge varmen. I sidste del af sin udtalelse, foreslår Rådet, at man holder sig fra at tage penge for lige netop denne slags varme, og at man i stedet finder andre måder at bruge den på: “overskudsvarmen fra kremering [...] bør anvendes på selve krematoriet og i tilknyttede bygninger”. Og man specificerer det ønskelige i, at hvis man modtager penge for varmen, så skal: ”eventuelle midler fra videresalg af varmen til et kraftvarmeværk [...] ikke opfattes som egentligt indtægtsgivende.” Så når først penge bliver del af udvekslingen, er varme alligevel ikke bare varme. Markedsreferencerne kommer igen til at aktivere onto-politikkens purifikationsarbejde og ønsket om at markere en særlig sfære for kropsligt materiale.

Hoftepatienterne, som også blev interviewet om deres holdning til krematorierne, slog som regel en stor latter op, når de blev præsenteret for problemstillingen, og kaldte genindvindingen ”naturlig” og ”rationel”: “Al den her varme og så vil de bare lukke det ud – til ingen verdens nytte [indigneret]! Du kan da ligeså godt bruge det!” Eller: “Hvis [varmen] kan være til nogen nytte, så synes jeg da den skal bruges.”

Men når direkte adspurgt, om krematorierne så skulle få lov at sælge varmen, så forstummede latteren og det blev foreslået, som også Etsk Råd gjorde, at man

30 Det Etske Råd 2006.

nok skulle undgå at blande penge ind i det og måske nøjes med at bruge lige netop denne varme i eksempelvis kirkebygningerne. Nyttевærdi kompromitterer altså tilsyneladende ikke tilhørsforholdet til den antropocentriske verden, men udveksling for penge afspejler forkerte motiver og en status som ren tingslighed – som objekter og ren, banal materialitet. Et fald ud over den grænse, Kristeva påstår, vi kæmper imod hele livet – og som genfindes selv i krematoriernes håndtering af den døde krop.

Konklusion

I en bioøkonomisk sammenhæng, hvor eksport og sundhedsindustri er afhængig af adgang til kropsligt materiale kommer enhver krop potentielt til at optræde som både mål (patient) og middel (humanbiologisk materiale). Vores eksempler på udveksling af "humant" materiale viser, at et stykke purifikationsarbejde ofte fremstår nødvendigt for de mennesker, som er involveret i udvekslingerne af materialet, for at de kan håndtere denne tvetydighed. Hvis vi skal forstå den bioøkonomiske udvekslingsform og kroppens politiske økonomi, må vi først forstå de mekanismer, der er i spil, når kroppens hybriditet aktiverer sådanne purifikationer.

Vi har vist, hvordan adgangen til kroppen som ressource fremprovokerer ontopolitiske forståelser af knogler, proteser og varme som *'dele af'* kroppe, selvom denne status måske egentlig var uklar, inden brugsværdien og udvekslingen blev aktuel. Særligt referencer til markedsøkonomi og penge spiller for de involverede aktører en vigtig rolle i dette grænsedragningsspil, fordi de aktiverer særlige forventninger til aktørers motiver og signalerer, at det udvekslede materiale er at betragte som varer – hvad der er blevet selve antitesen til den menneskelige person i den aktuelle danske kontekst, der er præget af det kapitalistiske grundskel mellem personer og varer. Kroppen kan blive genstand for denne type grænsedragning, hvad enten der er tale om biologisk materiale fra kroppen, om metaller der har været i den, eller varme der udvindes fra den. Menneskelighed er et potentiale, der ikke knytter sig til kroppen som et ontologisk objekt med særlige karakteristika, men i stedet processuelt opstår gennem purifikationsarbejde.

Vi har argumenteret for, at informeret samtykke skaber et aktivt subjekt, der selv skiller sig af med kroppen som objekt, og for at 'samtykket' samtidig markerer en gaverelation frem for salg. Det tjener sammen med referencer til nyttевærdi til at holde hybriderne i den menneskelige sfære frem for at forfalde til banal materialitet. Affaldsmetaforer eller professionsregler kan bruges til at signalere fravær af interessekonflikt. Særligt når der er referencer til "markedet" eller til penge aktiveres et engageret purifikationsarbejde. Penge leverer samtidigt en fortolkningsramme for aktørernes intentioner og dermed typen af relation mellem

parterne. Forsøgene på at få udvekslinger af kropsligt materiale til at fremstå som tilhørende en antropocentrisk sfære skaber særlige blinde punkter og modvilje mod diskussion af de økonomiske aspekter af udvekslingen. Økonomien organiseres gennem betaling af *kompensation*, og der er et næsten totalt fravær af regler for, hvordan kompensationer udregnes. Derved skabes reelt en særlig lomme for visse profit-virksomheder, som man ikke kan forhandle pris med.

Vores overordnede pointe er, at vi ikke forstår kroppens politiske økonomi, hvis vi forudsætter 'marked' og 'krop' som ontologisk veldefinerede objekter, der for tiden støder sammen i en form for vareliggørelsesproces. I stedet bliver vores ideer om, hvad der er del af en krop til gennem aktivt purifikationsarbejde. Dette arbejde bliver relevant, når aktører ønsker at afgøre, om de er mål eller middel i andres projekter, og dermed hvad de kan forvente af omsorg. Det er svært at forestille sig et menneske, som ikke ved sygdom og i konfrontationen med sorg, vil finde det væsentligt at finde ud af, på hvilken side af denne grænsedragning det selv står; om det selv og dets kære er mål eller middel i andres projekter. Markedstilhængere anser som nævnt i indledningen ofte dette grænsedragningsarbejde for irrationelt og en unødigt hindring for et velfungerende kropsmarked.³¹ Spørgsmålet er dog, om det ikke snarere er tilhængere af en 'markedsmodel' for kropsdele, der med deres forestilling om kroppen som et entydigt objekt og markedet som en enhed med veldefinerede kvaliteter og funktionsmåder giver udtryk for en lettere irrationel ideologi ude af kontakt med de basale mekanismer, som former kroppens politiske økonomi. Kroppens tvetydighed, og de følelser den vækker, kan man ikke få til forsvinde selv med det mest dedikerede purifikationsarbejde.

Referencer

- Alter, Joseph S. 2007: "The Once and Future "Apeman". Chimeras, Human Evolution, and Disciplinary Coherence". *Current Anthropology*, 48 (5), s. 637-652.
- Bakhtin, Mikhail 1965: *Rabelais and His World*. The Massachusetts Institute of Technology Press.
- Becker, Gary 2009: "Allowing sale of organs will increase the number of donations". Laura K. Egen Dorf (ed.): *Organ donation. Opposing viewpoints*. Gale Cengage Learning, s. 61-67.
- Becker, Gary S. & Julio Jorge Elias 2007: "Introducing incentives in the market for live and cadaveric organ donations". *Journal of Economic perspectives*, 21 (3), s. 3-24.
- Bird-David, Nurit 2004: "Illness-images and joined beings. A critical/Nayaka perspective on intercorporeality". *Social Anthropology*, 12 (3), s. 325-339.

31 Becker 2009; Cherry 2005; Taylor 2005.

- Bodenhorn, Barbara & Gabriele von Bruck 2006: "Entangled in histories": an introduction to the anthropology of names and naming". Gabrielle von Bruck & Barbara Bodenhorn (eds.): *The anthropology of names and naming*. Cambridge University Press, s. 1-30.
- Bolton, Christopher 2008: "Introduction: The Limits of "The Limits of the Human"". Frenchy Lunning (ed.): *Limits of the Human*. University of Minnesota Press, s. xi-xvi.
- Bynum, Caroline Walker 1991: *Fragmentation and Redemption: Essays on Gender and the Human Body in Medieval Religion*. Zone Books.
- Bynum, Caroline Walker 1995: *The Resurrection of the Body in Western Christianity, 200-1336*. Columbia University Press.
- Callon, Michael 1998: "Introduction: The Embeddedness of Economic Markets in Economics". *The Laws of the Markets*. Blackwell Publishers, s. 1-57.
- Carrier, James G. (ed.) 1997: *Meanings of the Market. The Free Market in Western Culture*. Berg.
- Carrithers, Michael, Steven Collins & Steven Lukes 1985: *The Category of the Person. Anthropology, Philosophy, History*. Cambridge University Press.
- Cheney, Annie 2006: *Body Brokers. Inside America's underground trade in human remains*. Broadway Books.
- Cherry, Mark J. 2005: *Kidney for sale by owner. Human organs, transplantation, and the market*. Georgetown University Press.
- Det Etiske Råd 2006: *Det Etiske Råds svar på kirkeministerens henvendelse om varmegenvinding fra krematorier*. Det Etiske Råd.
- Dickenson, Donna 2007: *Property in the Body: Feminist Perspectives*. Cambridge University Press.
- Douglas, Mary 1995: *Purity and Danger. An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*. Routledge.
- Doyle, Richard 2003: *Wetwares: Experiments in Postvital Living*. University of Minnesota Press.
- Elias, Norbert 1994: "State formation and civilization". Norbert Elias: *The civilizing process*. Blackwell, s. 257-544
- Fabre, Cecile 2006: *Whose body is it anyway?* Clarendon Press.
- Geertz, Clifford 1973: "Person, Time, and Conduct in Bali". Clifford Geertz: *The interpretation of Cultures*. Basic Books, s. 345-359.
- Goodwin, Michele 2006: *Black Markets: The Supply and Demand of Body Parts*. Cambridge University Press.
- Gottweis, Herbert, Kathrin Braun, Yrjö Haila, Marteen Hajer, Anne Loeber, Ingrid Metzler, Larry Reynolds, Susanne Schultz & Bronislaw Szerszynski 2008: "Participation and the New Governance of Life". *BioSocieties*, 3, s. 265-286.

- Haraway, Donna 1991: "The Biopolitics of Postmodern Bodies: Constitutions of Self in Immune Systems Discourse". Donna Haraway: *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*. Free Association Books, s. 203-254.
- Haraway, Donna J. 2008: *When Species Meet*. University of Minnesota Press .
- Hart, Keith 1990: "The Idea of Economy: Six Modern Dissenters". Roger Friedland & A.F. Robertson (eds.): *Beyond the Marketplace: Rethinking Economy and Society*, Aldine de Gruyter, s. 137-160.
- Haskell, Thomas 1985: "Capitalism and the origins of the humanitarian sensibility, Part 2." *The American Historical Review*, 90 (3), s. 547-566.
- Hecht, Jennifer M. 2003: *The end of the soul. Scientific modernity, atheism, and anthropology in France*. Columbia University Press.
- Helmreich, Stefan 2008: "Species of Biocapital". *Science as Culture*, 17 (4), s. 463-478.
- Hoeyer, Klaus 2007: "Person, Patent and Property: A Critique of the Commodification Hypothesis". *BioSocieties*, 2 (3), s. 327-348.
- Hoeyer, Klaus, Snif Nexoe, Mette Hartlev & Lene Koch: "Embryonic Entitlements: Stem Cell Patenting and the Co-production of Commodities and Personhood". *Body & Society*, 15 (1), s. 1-24.
- Holland, Suzanne 2001: "Contested Commodities at Both Ends of Life: Buying and Selling Gametes, Embryos, and Body Tissues". *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 11 (3), s. 263-284.
- Hyatt, George W. 1976: "The Founding of the U.S. Navy Tissue Bank". *Transplantation Proceedings*, 8 (2, Supplement 1), s. 17-20.
- Ihde, Don 2002: *Bodies in Technology*. University of Minnesota Press.
- IMCC 2011: "Dissektionsturen". <http://imcc.dk/aktiviteter/udveksling-og-klinikophold/dissektionsturen/>, sidst besøgt, 15. juli 2011.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006: *Lov om Krav til Kvalitet og Sikkerhed ved Håndtering af Humane Væv og Celler (Vævsloven)*, s. 1-11.
- Ingold, Tim 1988: "Introduction". Tim Ingold (ed.): *What is an animal?*. Unwin Hyman, s. 1-16.
- Kaufman, Sharon R., & Lynn M. Morgan, 2005: "The Anthropology of the Beginnings and Ends of Life". *Annual Review of Anthropology*, 34, s. 317-341.
- Kelly, Sean D. 2003: "Merleau-Ponty on the body". Michael Proudfoot (ed.): *The Philosophy of the Body*. Blackwell Publishing, s. 62-76.
- Kimbrell, Andrew 1993: *The Human Body Shop: The Engineering and Marketing of Life*. Harper Collins Religious.
- Kirkeministeriet 2001: *Cirkulære om proteser o. lign., der ikke kan anbringes i askeurner*.
- Kristeva, Julia 1982: *Powers of Horror. An Essay on Abjection*. Columbia University Press.

- Kroløkke, Charlotte 2009: "Click a donor: viking masculinity on the line". *Journal of consumer culture*, 9 (7), s. 7-30.
- Laporte, Dominique 2000: *History of shit*. The MIT Press.
- Latour, Bruno 1987: *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Harvard University Press.
- Latour, Bruno 1993: *We have never been modern*. Harvard University Press.
- Leach, Edmund 1958: "Magical Hair". *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, 88 (2), s. 147-164.
- Leder, Drew 1990: *The Absent Body*. The University of Chicago Press.
- Lock, Margaret 2000: "On Dying Twice: Culture, Technology and the Determination of Death". Margaret Lock, Allan Young & Alberto Cambrosio (eds.: *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections og Inquiry*. Cambridge University Press, s. 233-262.
- Løje, Jette og Jens Stürup: "Regionalt knoglebankssamarbejde i H:S, opgørelse 1997-2001". *Ugeskrift for Læger*, 166 (22), 2152-2155.
- MacDonald, Helen 2006: *Human Remains. Dissection and its Histories*. Yale University Press.
- Macewen, W. 1881: "Observations concerning Transplantation of Bone. Illustrated by a Case of Inter-Human Osseous Transplantation, Whereby over two-Thirds of the Shaft of a Humurus Was restored". *Proceedings of the Royal Society of London*, 32, s. 232-247.
- Madsen, Helle B. 2010: "Transplantation og obduktion". *Sundhedsret*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Mason, J.K., & Graham Laurie 2001: "Consent or Property? Dealing with the Body and its Parts in the Shadow of Bristol and Alder Hey." *The Modern Law Review*, 64 (5), s. 710-729.
- Mauss, Marcel 2000: *The Gift. The Form and Reason for Exchange in Archaic Societies*. Routledge.
- McHanwell, Stephen, E. Brenner, A.R.M. Chirculescu, Jan Drukker, H. van Mameren, G. Mazzotti, D. Pais, F. Paulsen, O. Plaisant, Maitre M. Caillaud, E. Laforet, B.M. Riederer, J.R. Sañudo, J.L. Bueno-Lopez, F. Doñate-Oliver, P. Sprumont, G. Teofilovski-Parapid & B.J. Moxham 2008: "The legal and ethical framework governing Body Donation in Europe – A review of current practice and recommendations for good practice. *Eur J Anat*, 12 (1)s. 1-24.
- Merleau-Ponty, Maurice 2002: *Phenomenology of perception*. Routledge.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Ledelsesforum for Medicinsk Sundhedsforskning, & Forsknings- og Innovationsstyrelsen 2008: *Dansk Sundhedsforskning – Status og perspektiver*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Mohr, Sebastian 2011: "What does one wear to a sperm bank? Negotiations of sexuality in sperm donation". *kuckuck. Notizen zur Alltagskultur*, 2, s. 36-42.

- OECD 2005: *Proposal for a major project on THE BIOECONOMY IN 2030: A Policy Agenda*. OECD.
- Pavia, Will 2006: "How Danish sperm is conquering the world. The Vikings are coming. As sperm donations in Britain slow to a trickle, Denmark has become the sperm powerhouse of Europe". *The Times*.
- Rabinow, Paul 1992: "Severing the ties: Fragmentation and dignity in late modernity". *Knowledge and Society: The Anthropology of Science and Technology*, 9, s. 169-187.
- Radin, Margaret J. 1996: *Contested Commodities*. Harvard University Press.
- Rajan, Kaushik S. 2006: "Introduction. Capitalisms and Biotechnologies". Kaushik Rajan: *Biocapital. The Constitution of Postgenomic Life*. Duke University Press, s. 1-36.
- Rheinberger, Hans-Jörg 2000: "Beyond Nature and Culture: Modes of Reasoning in the Age of Molecular Biology and Medicine". Margaret Lock, Allan Young & Alberto Cambrosio (eds.): *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections and Inquiry*. Cambridge University Press, s. 19-30.
- Richardson, Ruth 2000: *Death, Dissection and the Destitute*. The University of Chicago Press.
- Rose, Nikolas 2009: *Livets politik. Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Sanner, Margareta 1994: "A comparison of public attitudes toward autopsy, organ donation, and anatomic dissection". *JAMA*, 271 (4), s. 284-288.
- Sappol, Michael 2004: *A Traffic of Dead Bodies. Anatomy and Embodied Social Identity in Nineteenth-Century America*. Princeton University Press.
- Scheper-Hughes, Nancy & Loïc J.D. Wacquant (eds.) 2002: *Commodifying Bodies*. Sage.
- Sharp, Lesley A. 2007: *Bodies, commodities, and biotechnologies. Death, mourning, and scientific desire in the realm of human organ transfer*. Columbia University Press.
- Squier, Susan M. 2004: *Liminal Lives*. Duke University Press.
- Strathern, Marilyn 2004: *Partial connections*. AltaMira Press.
- Svendsen, Mette N. 2007: "Between Reproductive and Regenerative Medicine: Practising Embryo Donation and Civil Responsibility in Denmark". *Body & Society*, 13 (4), s. 21-45.
- Svendsen, Mette N. 2011: "Articulating Potentiality: Notes on the Delineation of the Blank Figure in Human Embryonic Stem Cell Research". *Cultural Anthropology*, 26 (3), s. 414-437.
- Svendsen, Mette N. & Lene Koch 2008: "Unpacking the 'Spare Embryo': Facilitating Stem Cell Research in a Moral Landscape". *Social Studies of Science*, 38(1), 93-110.

- Taylor, James 2005: *Stakes and kidneys. Why markets in human body parts are morally imperative*. Ashgate, Hampshire.
- Titmuss, Richard 1997: *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*. The New Press, New York.
- Turner, Victor 1967: "Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites de Passage". *The forest of symbols. Aspects of Ndembu Ritual*, s. 93-111.
- Waldby, Catherine & Robert Mitchell 2006: *Tissue Economies. Blood, Organs, and Cell Lines in Late Capitalism*. Duke University Press.
- Wilkinson, Stephen 2003: *Bodies for sale. Ethics and exploitation in the human body trade*. Routledge.
- Wolfe, Cary 2010: *What is posthumanism?* University of Minnesota Press.
- Wolputte, Steven van 2004: "Hang on to Your Self: Of Bodies, Embodiment, and Selves". *Annual Review of Anthropology*, 33, s. 251-269.

The Political Economy of the Body. Drawing the Frontier between Individual, Body and Commodity in Medical Development Systems

Today, the medico industry is considered the largest export sector of Denmark, and the medical knowledge, on which it is based, requires access to bodies and human biological material. This material and these bodies are thus in a certain sense economic resources. At the same time, they are typically regarded as parts of individuals – of subjects. In certain situations, this duality becomes problematic. You cannot buy and sell "body parts"; individuals may own, but cannot be owned. It is, however, no easy task to keep the-body-as-subject separate from the-body-as-object, and the medical routine work is full of hybrids. In the present article, we discuss historically specific ways in which to create distinctions in the tension between being a patient who is the target for intervention, and supplying material for the treatment of others. We focus on the hip as a bone and as a metal prosthesis, where it becomes the subject of exchange. With the article, we specifically wish to underline the necessity of recognizing the basic ambiguity surrounding the body, and the meaning of this ambiguity for how we organize the exchange of everything which is neither subject nor an unambiguous object.

ANMELDELSER

Birgit Vorre: *Boligen i det 20. århundrede. Indretning og brug*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2008, 314 s.

Indimellem kommer der bøger, som meget kort kan karakteriseres som godt kulturhistorisk-etnologisk håndværk. Ikke sjældent er det, når en af de ældre forskere når at få skrevet bogen om det emne, de har arbejdet med i mange år: landsbyer, byggeskik, haver, erindringssteder, industribygninger, friluftsmuseer osv. I dette tilfælde er det etnologen Birgit Vorre, som i mange år var museumsinspektør på Nationalmuseet i København, som nåede at få skrevet bogen om almindelige danskeres boliger og boligbrug gennem hundrede år, inden sin for tidlige død. Birgit Vorre var i hele sit virke den centrale person i samtidsdokumentationen af dansk boligkultur, ankerkvinde i de danske museers "boligpulje" og initiativtager til en mængde undersøgelser. Samtidig var det Birgit Vorre, der fik sat gang i den koordinering af de danske museers indsamling og undersøgelser, som nu endelig er mulig ved de omfattende digitale registreringer af museernes genstande, men som desværre endnu mangler at blive brugt til det væsentlige: at vide hvad museerne har, har for meget af og mangler, som Birgit Vorre først og fremmest advokerede for.

Boligen i det 20. århundrede hviler på et stort materiale: For det første oplysninger fra Nationalmuseets etnologiske Undersøgelser tilbage fra 1960'erne (selv om fokus dengang var rettet mod den ældre landbokultur), Nationalmuseets egne mange undersøgelser, både i by- og landbomiljø, fra 1979 og frem til 1996, den danske boligpuljes aktiviteter (jfr. især antologien *Boligform og livsstil* 1989), en række nyere punktundersøgelser i husmands-, landmands- og forstadsmiljøer – og så til sidst Birgit Vories afsluttende og sammenfattende projekt 2004-05, der bl.a. omfattede udsendelse af en ny spørgeliste "mit hjem" om boligen 1940-80. Af samtidigt stof har Birgit Vorre desuden øst af de mange skandinaviske boligundersøgelser, der som led i de modernistiske arkitekters projekt om den rationelle og funktionelle bolig blev gennemført i 1940'erne og -50'erne.

På denne baggrund har Birgit Vorre leveret et oversigtsværk, der på en gang trækker de lange linjer, karakteriserer de enkelte perioder og dækker bredt i de synkrone snit, der inddrager både land og by, arbejdere og akademikere, kun med udeladelse af den absolutte over- og underklasse. I sin karakteristik af perioder, boligformer og -stile har Birgit Vorre eklektisk inddraget de teoretiske inspirationer, der var brugbare for den pågældende periode: Frem til mellemkrigstiden opereres med klassesamfundet, fra omkring Anden Verdenskrig mere med sociologiens socialgrupper og de etnologiske begreber om livsstil (jfr. bl.a. Ena Hvidberg 1978), samt i dag inspirationen fra Pierre Bourdieu og hans begreber om "økonomisk og kulturel kapital".

Karakteristisk for den første periode, 1890-1914, var iflg. Birgit Vorre, at hver klasse indrettede sig efter et fast mønster, med borgerskabets store boliger opdelt i en privat og repræsentativ del, mens mere almindelige arbejdere og funktionærer fastholdt "den fine stue", hvortil kun de fåtallige gæster blev indbudt, og som Birgit Vorre tolker som en arv fra en ældre borgerkultur fra før 1850. De vigtigste nyheder var introduktionen af møblelementer og "færdigsyede stuer" i almindelige hjem, hvilket bl.a. udviklede det separate soveværelse, samt den begyndende friere boligstil hos de stadig flere intellektuelle. De følgende perioder 1914-40, 1940-58, 1958-70 og 1970-2000 er med variationer alle præget af, at middelklassen bliver det dominerende samfundslag, og at boligkulturen i stedet for det skarpt toklassedelte opsplitter sig i en borgerlig boligstil med inspiration snart fra overklassen, snart fra England, snart fra mode og modernitet, en folkelig og konventionel boligstil med fokus på møblelementer, samt en mere individuel brugsorienteret stil.

I hele denne lange periode var der, i modsætning til hvad man umiddelbart skulle tro, relativt få fundamentale nybrud. Møblementerne var bl.a. kommet for at blive, helt frem til 1970'erne, hvad der bl.a. imod alle arkitekters anbefalinger gjorde soveværelserne mere og mere repræsentative. En af nyhederne var fremkomsten af "den kombinerede stue" i 1930'erne og -40'erne, dvs. med den fine stue med en blanding af spisemøbler og siddegruppe. Denne tendens pegede hen mod efterkrigstidens ene store stue og lagde det gamle mønster med tre boligrum i graven. En anden langtidstendens var det stadig større rum til børn i boligen, dog mere i form af børneværelser end friplads i hjemmets øvrige rum. En tredje tendens var udviklingen af køkkenet, både den rent tekniske, men også udviklingen fra de små husmorkøkkener (jfr. det modernistiske "laboratoriekøkken" i 1930'erne) over 1950'ernes spisekøkken og 1970'ernes køkken-alrum til vore dages "samtalekøkken". En fjerde tendens var den stigende opdeling af hjemmene efter stil frem for kun efter socialgruppe. Inden for samme gruppe kunne beboere efter tradition, samfundspolitisk overbevisning eller individuel stil satse på antikviteter, arkitektmøbler eller noget tredje. Denne spredning af stilmulighederne blev efter 1968 forstærket af ungdomsoprøret og de nye samlivsformer som bofællesskaber og kollektiver, og af indvandrerne med deres særlige traditioner for repræsentativitet og kønsopdeling. Men grundlæggende sammenfatter Birgit Vorre, at der fortsat kan opereres med en tredeling i borgerlig, folkelig og individuel-brugsorienteret stil – ligesom hun også understreger, at den megen tale om hjemmets funktionstømning snarere dækker over en ændring fra heldagsbrug til koncentreret brug i den øgede fritid. *Boligen i det 20. århundrede* er som sagt klassisk etnologi, med beskrivelse og analyse, kombination af analyse med konkrete eksempler, ledsaget af et ualmindeligt godt billedstof, hvor man som en, der selv har oplevet en del af perioden, ustandselig standser op og siger til sig selv: Ja, sådan var det!

Boligen i det 20. århundrede vil i mange år stå som værket om dansk boligkultur, en uundværlig opslagsbog for alle kulturhistorikere. Spørgsmålet er så, om det er bog, der vil nå ud til et bredt publikum. Ikke fordi bogen ikke er indbydende og sproget stort set letlæst. Men mere fundamentalt: om befolkningen i dag er interesseret i hverdagshistorie, i generaliserende historie om dem selv. Her står etnologien over for en virkelig udfordring. I mange år kunne den skandinaviske etnologi arbejde på et grundlag af interesse for hverdagen, udviklet af de modernistiske teoretikere, der som Gregor Paulsson bad folk om at *acceptera* i stedet for at henfalde til drømme om andre tider og steder. Med vore dages individualisme og orientering mod marked og mode snarere end fællesskaber er det igen drømmene, der sætter dagsordenen snarere end virkeligheden. I boligen som i meget af den anden kultur er stilen, især i den borgerlige og folkelige livsstil snarere fastlagt af *Home and Garden* og *Isabella* end af modernismens underkommunikerende diskretion. Og i den historieskrivning, som efterspørges, er det ofte snarere enten den individuelle slægtshistorie eller de helt unikke, særlige og dramatiske fortællinger, der efterspørges. Og især bryder dagens individualist sig nok ikke om at høre, at han/hun indgår i en stil, der i tid og rum omfatter 100 år og en million borgere. Skandinaviske kulturhistorikere og etnologer kan selvfølgelig ikke sidde denne trend overhørig. Men på den anden side er det vores pligt, især for de af os, der arbejder inden for museerne og dermed i lyset af samlingernes og vidensbankens lange perspektiv, at fastholde "på trods", at der er nogle lange linjer, nogle sammenhænge, nogle forhold ved virkeligheden, der skal fortælles. Kun derved er vi tro over for etnologiens inderste opgave: at analysere og beskrive kulturel variation og forandring i historisk perspektiv.

Peter Dragsbo

Palle Ove Christiansen: *Smeden & skaberværket. Tanker om tilværelsen i en vestjysk fabriksby*. C.A. Reitzels Forlag, 2008. 167 s.

I den vestjyske smed, fabrikant og læserbrevsskribent Christian Ølgaard, der døde i 1991, har Palle Ove Christiansen fundet sin danske Menocchio. Forskellene er ellers til at få øje på. Ølgaard levede sit liv i 1900-tallets iværksættermiljø i den lille fabriksby Lem midt mellem Ringkøbing og Skjern. Den norditalienske møller Menocchio endte på inkquisitionens bål i 1599. Men i denne forbindelse er det lighederne, der er det interessante. Både Menocchio og Ølgaard var usædvanlige fritænkere, og begges liv tog form i en uimodståelig trang til at meddele sig om religiøse anskuelser, der mere baserede sig på levet erfaring end abstrakt teologi.

Menocchio kunne ikke dy sig for at fortælle sine måbende dommere, at jorden var lidt ligesom en rådden ost, og englenerne var ormene. Det fik Carlo Ginzburg i 1976 en fremragende bog ud af, der i dansk oversættelse i 2007 fik titlen *Osten*

og *ormene* – *Kosmos ifølge en 1500-tals møller*. Ginzburgs centrale pointe er, at Menocchio nok var en meget usædvanlig mand, men at hans hjemmelavede kosmologi alligevel var formet af et miljø og en samtid, som inkquisitionens grundige protokoller kan bringe historikeren på sporet af.

Også Christian Ølgaard gjorde sig selvstændige tanker om religion. Læserbrevs-spalterne i det lokale dagblad lagde gennem 1960'erne, 1970'erne og 1980'erne plads til formuleringen af en personlig version af den kristne tro. Og Palle Ove Christiansen gør som Ginzburg. Han bruger den usædvanlige og meddelsomme ener som en mikrohistorisk indgang til kulturelle perspektiver og kontraster.

I sin bog om den italienske møller spænder Carlo Ginzburg sit materiale til det yderste, og flere kritikere pegede på, at hans analyse af Menocchios selv-tænkning som et kildemateriale til en nærmest universel og ahistorisk, men også næsten usynlig almuekultur, er mere, end kilderne kan bære. Det er en styrke ved Palle Ove Christiansens bog, at den på dette punkt adskiller sig fra forbilledet. Christiansen betragter det som ”problematisk blot at påstå en abstrakt, historisk kontinuitet”, og hans centrale analyser angår en konkret vestjysk historisk sammenhæng. Man kan med andre ord hævde, at hvor *Osten og ormene* er universalhistorie dyrket under mikroskop, er *Smeden & skaberværket* nærmere kvalificeret lokalhistorie med teoretisk og metodisk udblik. Og når lokalhistorie er god som her, er den bedre end sit navn. Så arbejder den med perspektiver, der også uden universalhistoriske hypoteser kan række langt ud over et snævert emne.

Omdrejningspunktet i Palle Ove Christiansens portræt af smeden og iværksætteren Christian Ølgaard er kontrasten mellem barndommen i det Indre Missions-dominerede Dejbjerg og voksenlivet i den driftige industriby Lem næsten kun et stenkast derfra. Som ung stod Ølgaard i lære hos den legendariske smed H.S. Hansen, der lokalt betragtes som en slags stamfader til en hel sværm af lemske produktionsvirksomheder, blandt dem et par stykker grundlagt og drevet af Christian Ølgaard. Under sin dannelse til håndværker, opfinder og fabrikant lærte Ølgaard, at livet er alles kamp mod alle. Han lærte, at hvis man har den rigtige opfindelse, må man ikke lade noget stå i vejen, og man må ikke vige en centimeter. Målet – den succesfulde fabrik – helliger midlet, og det ikke bare kan, det skal koste hårdt arbejde, afsavn og krige mod både venner og fjender at nå frem. Og når man endelig frem, er det på tide at begynde forfra. Han tog alle kampene mod først en broder og senere i livet mod søn og svigersøn uden at tøve, for det handler om at stå fast og kæmpe for sin idé og sin ret. Men Ølgaard glemte aldrig, at han i barndommen havde lært om en magt, der stod over menneskene. Lems junglelov og Dejbjergs krav om ydmyghed og beskedenhed skulle svejses sammen til en helhed. Det blev der en ret speciel religion ud af, og da Ølgaard aldrig satte sit lys under en skæppe, lod han Ringkøbing-egnens avislæsere følge med i sin afvisning af det ene sakramente efter det andet.

Palle Ove Christiansens bog er veldrejet. Med sikker hånd forvandler han et fragmenteret og på mange måder vanskeligt kildemateriale til en analyse af dynamik og særpræg i Lem. Læseren af *Smeden & skaberværket* får en version af en særlig Lem-mentalitet, der ligger i forlængelse af byens egen selvforståelse, men som i den dygtige kulturforskers hænder vinder i dybde og perspektiv. Den, der sejler langt fra land, får udsigt over brede horisonter og måske mod nye kyster. Til gengæld må han i navigation uden landkending stole på subjektive evner, på intuition, indlevelse og erfaring. Med *Smeden & skaberværket* har Christiansen smidt fortøjningerne og forladt en kyst, som mere forsigtige rejsende har tegnet præcise kort over, og ekspeditionen er ikke spildt. Den beriger os med en original analyse af kulturelle processer, af dynamik og brud i stationsbyen Lem midt i det tyvende århundrede.

Men samtidig må man spørge, om ikke Christiansen til en vis grad finder det, han leder efter, måske endda finder sig selv? Gennem sin fascination af den kompromisløse, stædige og originale ener når Christiansen frem til en opfattelse af Lem som en kultur, der skiller sig ud ved en særlig industri- og iværksætterånd, hvor konflikt og dynamik er to sider af samme sag. Men Christiansen henviser ikke til den eksisterende danske stationsbyforskning. Således heller ikke til *De nye byer – Stationsbyernes befolkningsforhold og funktion 1840-1940*, 1987 hvor Niels Peter Stilling bredt inddeler stationsbyens udvikling i faser. Efter en begyndelse som rural by og en vækstfase som lokalt centrum for handel og håndværk måtte stationsbyerne fra 1920'erne og frem enten stagnere eller specialisere. Som Kim Clausen og Peter Dragsbo har formuleret det i artiklen "Stationsbyundersøgelserne: Arbejdet i Ribe og Ringkøbing amter," i årbogen *FRAM – Fra Ringkøbing Amts Museer*, 1982, s. 82-102, var stationsbyerne et produkt af fjerntransportens effektivisering og lokaltransportens fortsat primitive niveau omkring år 1900. Da eksplosionsmotor og gummidæk bragte de større byer tættere på, måtte stationsbyerne finde deres nicher. I Vejen blev det margarine, i Haslev blev det læreruddannelse, og i Holeby blev det sukker. I den række passer Lem ind. Her blev det metalindustri.

Set i det perspektiv er Lem ikke usædvanlig, tværtimod. Men måske er der her tale om en sammenligning af æbler og pærer snarere end en kritik af *Smeden & skaberværket*? Palle Ove Christiansens bog er under alle omstændigheder en anbefaling værd.

Christian Ringskou

Bent Østergaard: *Indvandrerne i Danmarks historie. Kultur- og religionsmøder*. Syddansk Universitetsforlag, 2007, 523 s.

Forfatteren Bent Østergaard er lærer og medstifter af Amnesty Internationals danske afdeling. Han har endvidere ifølge bogens omslagstekst været medlem af Den danske UNESCO Nationalkommission, FN-forbundets og Dansk Flygtningehjælps bestyrelser samt Flygtningenævnet 1983-2001. Bogen *Indvandrerne i Danmarks historie* er udgivet af Syddansk Universitetsforlag i et forløb, man, at dømme efter den lange liste over små og store fonde, som har støttet udgivelsen, genkender som en lang og sej rejse med hatten i hånden. Der er kommet en stor og smukt formidlet bog ud af anstrengelserne, rig på morsomme og velvalgte illustrationer, komplet med historiografisk kapitel og litteraturhenvi- sninger (men dog uden noter). Den er imidlertid to bøger i én og fordrer derfor egentlig to anmeldelser.

Bogen er samlet set en forrygende tour de force gennem 15.000 års dansk indvandringshistorie, med hovedvægten på de seneste 300 og særligt hjerte for de sidste 30 år. Årsskiftet 1984-85, notorisk husket for Dronning Margrethes forsigtige formaning til danskere om at vise større forståelse for de fremmede i landet, betegner også et drastisk skift i bogens genre, analyse og tilstræbte objektivitet. Frem til 1980'ernes begyndelse får læseren et veloplagt og inspireret bud på en syntese over Danmarks lange, komplekse indvandringshistorie med et klart blik for, at territoriet til alle tider har været multinationalt, multireligiøst og multikulturelt. At det moderne Danmark – også – er skabt gennem erfaringsudveksling med de fremmede, de som slog sig ned i landet, hvad enten det gjaldt godt købmandskab, internationale netværk, ny teknik og teknologier eller bare hårdt, omhyggeligt arbejde. Bogen understreger også, at kulturmødet sjældent forløb uden gnidninger, at integration tager tid, og at Danmark næppe nogensinde har været et indvandrervenligt land. Fremmedfjendtlighedens mange facetter over misundelse, mindreværd, selvbeskyttelse og konservatisme afdækkes konkret og eksemplificeres. Bogen er baseret på et betydeligt sekundært, men tværfagligt kildemateriale i form af trykte bøger og artikler, rapporter og aviser, og litteraturgrundlaget er omhyggeligt og i det store hele uangribeligt. Vil bogen inspirere til fordybelse og udforskning savnes dog præcise årstal og citat- og kildehenvisninger, herunder til det fine billedmateriale. Bogen er ikke grundforskning, men prætenderer heller ikke at være det. Den er klassisk syntesepræget formidling, hvor læseren i det store og hele er i gode hænder hvad angår valg og fravalg, selvom en læser eller to måske kunne efterlades med indtrykket af, at Danmark ville have været et nation af knoldesparkende ignoranter, havde det ikke været for driftige jødiske forretningsmænd, tyske embedsmænd og hollandske Amagerbønder.

Ingen er ekspert på 15.000 års historie, heller ikke selvom bogen kun portrætterer én vinkel på Danmarkshistorien. Den dansk-jødiske indvandringshisto-

rie, som jeg kender bedst, kan derfor agere en prøve på validiteten i Østergaards analyse. De tyske og østrigske jøders skæbne i lyset af dansk flygtningepolitik i 1930'erne får således i bedste fald en mangelfuld beskrivelse med skudsmålet, at "netop over for Centraleuropas jøder ydede Danmark en aktiv og positiv indsats allerede i mellemkrigstiden", mens den effektive lukning af Danmarks grænser for jødiske flygtninge i oktober 1938 – en måned før Krystalnatten – udvisningen af jødiske flygtninge under den tyske besættelse og de vanskelige vilkår for de nu "statsløse" flygtninge efter befrielsen i 1945 ikke nævnes med et ord.

Østergaard begynder kapitlet "Et markant skift – folketingsvalg og ny regering 2001" med udsagnet, at "Historieskrivning – og især fremstilling af samtidshistorien – vinder ved en vis tidsmæssig distance. De seneste år op til denne bogs udgivelse skal derfor skildres kortfattet" (s. 415). Bogen havde i høj grad vundet ved, at forfatteren havde sat sig det mål, allerede da han nåede året 1984. Med beskrivelsen af de sidste 33 års indvandringshistorie krakelerer fagligheden i sympati med de forfulgte og lede ved "tonen" i dansk indvandrerdebat. Bogens "anden" bog (og sidste 150 sider) rummer væsentlig pointer om det unuancerede og til tider fordomsfulde debatniveau, som præger dansk presse og talerstole, men mistanken til den metodiske redelighed kan man ikke ryste af sig. Det kan diskuteres, om man bryder sig om den såkaldte moraliserende tilgang til problematiske sider af danskernes møde med det fremmede, om det er jødiske, tyske eller iranske flygtninge, men ikke om metode, analyse og litteraturvalg skal være stringente. Mens Østergaards konklusion om, at majoritetssamfundets tolerance eller blot li-gegyldighed er afgørende for en vellykket integration, er overbevisende og underbygget, er det dog en værdiladet og personlig anbefaling, at løsningen på aktuelle integrationsproblemer er en højere grad af imødekommenhed og respekt overfor religiøsitet. Historieundervisning, kulturkendskab, ja tak. Men: Forkyndelse, nej tak! Her møder læseren den radikaliserede kulturel relativisme, som i iver for at fremme dialog og medmenneskelig forståelse gerne ofrer individets ret til at blive fritaget for statssanktioneret propaganda.

Bogens begrebsbrug og abstraktionsniveau er beundringsværdigt avanceret og ikke beregnet på den forudsætningsløse læser og må afføde tvivl om bogens målgruppe. Forordets fromme håb om, at bogen må blive læst af 1. og 2. generationsindvandrere, som herigennem kan "få sat deres situation i perspektiv", lader sig næppe indfri i bredt omfang. Hertil kommer, at de skingre og ukontrollerede udfald mod navnlig Dansk folkeparti, regeringen 2001ff, indvandrerskeptiske socialdemokrater og frafaldne radikale ikke bare trætter læsningen, men afskærer betydelige dele af læserskaren fra at tilegne sig bogens i øvrigt glimrende refleksioner og gør den kun anvendelig til undervisningsbrug som partsindlæg og metodeeksamen. Det er faktisk synd og skam for bogens første 350 sider.

Sofie Lene Bak

Christian Tortzen: *En sømand han maa lide. Sømændenes Forbund 1897-1997. Bind II. De sidste 50 år. Kampen fortsætter.* Pantheon, 2007, 560 s.

I 2001 udkom 1. bind af Christian Tortzens historie om Sømændenes Forbund. Det var en meget vellykket bog, hvor Christian Tortzen på basis af et stort og grundigt kildearbejde skildrede sømændenes organisationshistorie i sammenhæng med søfolkenes liv og arbejde på skibene. Forbundet blev oprettet i 1897; hundrede år senere eksisterede der ikke længere et selvstændigt forbund for sømænd i Danmark. Det gamle forbund blev i marts 1994 sluttet sammen med SID. Det skete ikke uden debat og strid. Bl.a. var den tidligere sømandsboss Preben Møller Hansen imod. Alligevel var der ved urafstemningen et stort flertal for sammenslutningen (1120 ja mod 131 nej). Sømændene indgik herefter som del af Transportgruppen inden for SID. Sømandsforbundet fik således ikke 100 år som selvstændigt forbund.

Nu er andet bind så kommet, seks år senere, et omfattende værk på godt 500 sider. I sine afsluttende overvejelser betegner Christian Tortzen det selv som en fordel at det har taget den lange tid at skrive denne anden del, fordi det har gjort det muligt at komme "bare lidt på afstand" af de sidste år af forbundets historie. Det er især kapitlet "Under Fælles Kurs lederskab 1972-1986", der er svulmet op og "har sprængt rammerne, fordi de 15 år har vist sig at være meget mere indholdsrige, end forfatteren havde forestillet sig". Den ene begivenhed fulgte den anden. "Vi ændrede forbundet fra at være en juletræsforening til at være en kamporganisation, sagde Preben Møller Hansen i en radioudsendelse. Der skete noget hver eneste dag, har en af kontordamerne fortalt, man vidste ikke hvad næste dag ville bringe, og vi fulgte med ... En koncernlignende organisation blev opbygget med hovedkvarter i Herluf Trolles Gade. Højskole i 1974, fonde, forlag, blade, radiostation og meget mere. Forbundet gjorde sig gældende på den internationale scene og kom på kant med præsident Reagan himself" (s. 354).

Når værket er blevet så omfattende, skyldes det dels det brede sigte, som har været at behandle sømændenes organisation i en både international og dansk sammenhæng; dertil kommer, at bogen, tilsigtet eller ej, også er blevet til et bidrag til den faglige venstrefløjs historie i Danmark. Dels skyldes omfanget, at det er en meget ordrig fremstilling, med mange citater og visse steder meget detaljerede gennemgange. Jeg ville nok have foretrukket en kortere fremstilling, hvor der både var renonceret lidt på den brede ambition og var økonomiseret med sprog, citater og detaljer.

Ligesom det var tilfældet i bind 1 af Christian Tortzens bog om sømandsforbundet, gøres der også i første del af dette andet bind meget ud af sømændenes forhold, arbejdsmiljøet og livet om bord. Det er en af bogens klare styrker. Efterhånden som vi bevæger os op i tiden, til 1970'erne og 1980'erne, lægger skildrin-

gen af de politiske stridigheder i forbundet og udenfor dog beslag på ganske mange sider, hvilket ikke mindst skyldes Preben Møller Hansens rolle i og betydning for forbundet. Preben Møller Hansen fylder meget i denne bog. Vi følger hans vej til magten, fra han blev valgt til formandsassistent i april 1966 og formandsvalget i november 1968 til hans afgang i april 1991. Ifølge Tortzen havde Preben Møller Hansen formentlig håbet at blive ny formand for Danmarks Kommunistiske Parti efter Knud Jespersens død. Det blev han ikke. I stedet blev han ekskluderet af partiet (i 1979), og kort tid efter stiftede han Fælles Kurs.

Året 1987 blev højdepunktet i hans karriere. Fælles Kurs kom i Folketinget, sikkert uventet for mange. Det blev dog kun en kort periode. Efter valget i maj 1988 var Fælles Kurs ude igen, og ved valget i december 1990 lykkedes det heller ikke at komme ind. Men partiet var inde, netop mens lovforslaget om et Dansk Internationalt Skibsregister (DIS) blev behandlet. Loven vedtoges først efter valget i 1988, og DIS blev ifølge bogen en milepæl i forbundets historie. I foråret 1988 blev Henrik Berlau ny formand for sømændene, og han stod i spidsen ved sammenslutningen med SID i 1994.

Det er en meget lang og udførlig fremstilling af Sømændenes Forbunds historie, Tortzen har givet, også for lang. Vægtningen mellem sømændene, forbundet, dets ledelse og formænd, det omgivende samfund og udviklingen på den faglige venstrefløj, var efter min opfattelse mere vellykket i bind 1, men er i dette bind 2 tippet lidt for meget væk fra sømændene. Vi kommer vidt omkring: Fra international efterretningsvirksomhed under den kolde krig, engelske minearbejderstrejker i firserne, kampen mod apartheid i Sydafrika, Iran-kontra-skandalen til tragedien på Scandinavian Star i 1990. Blev Sømændenes Forbund stadig mere isoleret i Danmark, blev de internationale kontakter til gengæld mere udbredte.

Et uomgængeligt spørgsmål til en sådan fremstilling må være, om det er lykkedes Tortzen at holde en kritisk distance til stridighederne i dette stærkt politiserede forbund og ikke mindst til dets karismatiske lederskikkelse gennem næsten et kvart århundrede. I det store og hele må det besvares bekræftende. De kritiske røster inden for forbundet har også fået deres plads i historien.

Endelig kan man ikke undgå at bemærke den usædvanligt omfattende litteraturliste, som overgår de fleste andre faglige jubilæumsskrifter. Alene litteraturlisten viser, hvor grundigt forfatteren er gået til værks, og hvor bredt han har orienteret sig. Der er næppe mange fagforbund, der kan fremvise et så fornemt jubilæumsskrift som det, Christian Tortzen har givet sømændene.

Knud Knudsen

Skrivevejledning til Kulturstudier

Kulturstudier modtager bidrag året rundt, dog kun færdige artikler, ikke synopses. Bidraget må ikke være publiceret tidligere, og det må heller ikke på samme tid være sendt til et andet tidsskrift med henblik på at komme i betragtning til at blive publiceret.

Artiklernes længde er på 15-25 sider à 2400 anslag, eksklusiv illustrationer, og de skal afleveres i et Microsoft Word- eller RTF-format. Teksten er skrevet med 1½ linjeafstand, benytter en 12-punktsskrifttype og anvender kursiv i stedet for understregning (med undtagelse af URL-adresser).

Det skal angives, hvor illustrationer, figurer og tabeller skal placeres i teksten, men disse skal sendes separat og ikke integreres i selve teksten. Der opereres med tre skriftniveauer: Titel (evt. med undertitel), afsnitoverskifter og brødtekst. Det er således ikke muligt at bruge to niveauer af afsnitoverskifter. Vil man fremhæve enkelte ord, benyttes brødskriftens kursiv.

Forfatteren skal vedhæfte en kort manchete, der sammenfatter artiklens indhold og formål, ligesom forfatterne bedes angive fagområde, keywords samt tidsmæssig, geografisk og emnemæssig afgrænsning for artiklen. Forfatterne bedes ligeledes angive uddannelse, institutionel tilknytning samt angive eventuelle hovedværker i forfatterskabet.

Artiklen skal afsluttes med et kort dansk resumé, som tidsskriftet får oversat til engelsk.

Forfatterne medsender forslag til links, databaser og andre referencer, der kan publiceres på hjemmesiden i tilknytning til artiklen. Det er således muligt at udgive lydfile, videoer, databaser og illustrationer som ekstramateriale til artiklen. Disse bør dog sendes separat fra artiklen.

Forfatterne skal komme med illustrationsforslag samt sørge for rettighederne hertil og herunder tage højde for, at rettighederne også indbefatter webpublicering. Tidsskriftet kan i et vist omfang betale for rettighederne.

Henvisningsteknik:

Notenumre placeres efter tegnsætning (typisk punktum).

Artiklen skal forsynes med en *litteraturliste*, der opbygges alfabetisk efter efternavn. Er der flere forfattere, er det kun den første forfatter, der sættes med efternavnet først, de øvrige skrives med fornavn fulgt af efternavn.

Henvisninger opbygges på denne måde, hvis der er tale om en *bog* eller *artikler* i en bog:

Forfatter (efternavn, fornavn) udgivelsesår (evt. opr. udgivelsesår): Bogens titel/tidsskriftets navn i kursiv. Forlag.

Ex *monografi*: Mikkelsen, Hans 1996: *Dansens historie*. Gyldendal.

Ex antologi: Mikkelsen, Hans 2007: "Dansens tidlige historie". Svend Christensen (red.): *Danske Kulturstudier*, bd. 3. Gyldendal, s. 22-64.

Henvisninger opbygges på denne måde, hvis der er tale om *artikler* i et *tidskrift*:

Forfatter (efternavn, fornavn) udgivelsesår: Artiklens navn i anførelsestegn. Tidsskriftets navn i kursiv, evt. bindnummer, sidetal.

Ex: Mikkelsen, Hans 2008: "Dansens æstetik i middelalderen". *Kulturstudier* 2008:1, s. 34-55.

Bygger artiklen på ikke-publicerede kilder, skal artiklen rumme en liste over "Utrykte kilder".

Noter sættes som fodnoter. Henvisninger anføres som efternavn årstal, sidetal (ex: Mikkelsen 2008, s. 47). Er der flere henvisninger, sættes et semikolon imellem.

Henvises der til *websteder*, skal disse angives, ligesom datoen for hvornår webstedet er benyttet. Benyttede websteder anføres også i en samlet liste bagerst efter litteraturlisten.



Dobutide
Hajde 150

HR	ALBANI	RE	TRACI	SCREI	SO
10'	CREAT	10M	10M	10M	10M
RATIO					
73	4.7	0.000	63	4	
	4.7	0.000	68		
	4.9	0.000	65		
	4.2	0.000			
418	0.010	72			
	0.000	80			

holder