

6

Borgerrettet forebyggelse af usundhed – et blik på diabetes

Anette Lykke Hindhede ^{a)}

Preventive action for unhealthy citizens – a glance at diabetes

This paper builds upon a diabetes prevention study in general practice in Denmark which has an objective to reduce participants' blood sugar level. Drawing on Foucault's concept of problematisation and dispositif, the paper makes use of a relational analytical gaze to describe the unpredictability and complexity involved in citizen-centred health promotion and prevention. The analysis focuses on some of the practical implications of the epistemology of efficacy and effectiveness trials. It concludes that the specific intervention can be seen as a typical example of a social hygienic power strategy that transpires as an individualization of collective responsibility.

a) Institut for læring og filosofi, Aalborg Universitet

Indledning - opkomsten af «folkesygdomme»

Der er de seneste årtier sket en opkomst af en særlig gruppering af sygdomme, som har medført offentlighedens bekymring. Sygdommene går under den samlede betegnelse «folkesygdomme» og omhandler blandt andet diagnoser som type 2-diabetes, kræft og hjertekarsygdomme. Denne stigning i generaliseret dårlighed har ført til en fra den skandinaviske velfærdsstats sundhedsvæsen udtrykt interesse i at håndtere denne udvikling, der forudses at indtage en stadig større andel af de nationale sundhedsbudgetter. I det følgende tages udgangspunkt i type-2 diabetes som et empirisk eksempel på en såkaldt folkesygdom, der forsøges forebygget gennem en intervention i almen praksis i Danmark over for borgere, der er i risiko for at udvikle diabetes. Epidemiologisk forskning viser nemlig, at personer klassificerede som «prædiabetikere» udvikler sig til diabetikere med en hastighed på omkring 5–10 procent om året (Tabæk, Herder, Rathmann, Brunner og Kivimäki, 2012). På globalt plan er antallet af personer med type 2-diabetes steget fra 153 millioner i 1980 til 347 000 000 i 2008 (Danaei mfl., 2011) – en stigning, der har ført til begreber såsom «diabetes-epidemi» (Garber mfl., 2008). Sygdommens opfattede sociale betydning afspejles også i, at World Health Organization (WHO) estimerer, at type 2-diabetes vil være den primære årsag til kronisk sygdom og død inden for de næste 25 år (WHO, 2015). Dokumenterede effektive forebyggende indsatser til opbremsning af «diabetes-epidemien» efterspørges derfor blandt politikere.

Forebyggelsesstrategien i forhold til diabetes går dels ud på, at identificere forstadier til denne sygdom og dels at søge at kontrollere denne epidemi ved hjælp af forskellige forebyggende

interventioner. En række undersøgelser har vist, at en specifik standardiseret livsstilsintervention kan hindre eller forsinke progressionen af prædiabetes til diabetes (The Diabetes Prevention Program, Research Group, 2005). Ændringer i den enkeltes kost og øgning af den enkeltes mængde af fysisk aktivitet kan angiveligt halvere antallet af personer med forhøjet blodsukker (Gillies mfl., 2007). Nogle diagnosticerede forbliver dog prædiabetikere trods intensiv livsstilsintervention (Perreault mfl., 2012). Fælles for interventionsprogrammerne, der har vist effekt målt som sænkning af den enkeltes blodsukker er, at de er gennemført under særlige kontrollerede forhold, hvor effekterne lader sig måle. I de forebyggende interventioner er der altså tale om en epistemologi, hvor forebyggelsen af diabetes såvel som eksponeringen for usundhed er objektive og målbare forhold, der holdes sammen af mere eller mindre ekspliciterede kausale mekanismer.

I Danmark har Folketinget med en ny sundhedslov, der trådte i kraft 1. januar 2007 sammen med en såkaldt strukturreform placeret hovedansvaret for forebyggelse af folkesygdomme hos kommunerne. Den danske regering har med sit folkesundhedsprogram opstillet overordnede principper for kommunernes forebyggelsesindsatser. Tilsvarende programmer ses i Norge, Sverige og Storbritannien (Magnussen, Vrangbæk, og Saltman, 2009; Tjora og Melby, 2013; Vallgård, 2001). Fælles for programmerne er, at der lægges vægt på de forhold, der kan tilskrives borgerens sundhedsrelaterede adfærd.

Problematisering som teoretisk analytisk optik

Dette kapitel adskiller sig fra beslægtet forskning om borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme ved at fokusere på nogle af de praktiske implikationer af effektforskningens epistemologi

og hvad der sker, når den kollektive sundhedsomsorg er henvist til at gå vejen over den individuelle selvomsorg i konkrete forebyggelsestiltag som at reducere prævalensen af diabetes. Problemet for megen sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse synes at være, hvordan den medicinske og sundhedsfaglige vilje til evidens håndterer det individuelle niveau (Greenhalgh, Howick og Maskrey, 2014; Timmermans og Berg, 2003). Sagen er nemlig, at det har vist sig svært at ændre borgeres livsvaner og adfærd gennem oplysning alene. Sundhedspædagogikken som det herskende sundhedsregimes diskursform kan kun udøves gennem den individuelle borgers sundhed, og derfor tager bekymringen for den kollektive sundhed form af en ansvarliggørelse af den personlige sundhed.

Som det vil fremgå af den empiriske case, er forebyggelse af type 2 diabetes et eksempel på en socialhygiejnisk magtstrategi, der sætter sig igennem som en individualisering af det kollektive ansvar (Schmidt, 1999, s. 176). Nærmere end at fastlægge forebyggelsens effekter er ærindet med udgangspunkt i Foucaults begreber om problematisering (Foucault, 1997; Foucault, 1998a; Foucault, 1985) og dispositiv (Foucault, 2007; Foucault, 1995), at anlægge et relationelt analytisk blik (Emirbayer, 1997) for at kunne beskrive den uforudsigelighed og kompleksitet, der er involveret i borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse. Jeg vil indledningsvist introducere kort til Foucaults begreber for derefter gennem den empiriske case at vise, hvordan dette analytiske blik kan være nyttigt for at begribe magtformer, som umiddelbart skjuler deres styring ved at præsentere sig som antiautoritære, medinddragende, og frisættende; at magten, for ikke at virke kontraproduktiv, må være immanent i forhold til dens genstand – her ved at indskrive sig i borgeres dagligliv, sociale relationer og selvidentitet (for nærmere definition af magtbegrebet, se kapitel 4). Michel Foucault har ikke nogen egentlig teori, som

vi ellers kender det fra sociologiske teoribyggere som Bourdieu og Habermas. Af samme grund er det ikke muligt som sådan at «anvende» Foucault empirisk, da hans blik gennem hele forfatterskabet har været rettet mod at belyse og problematisere særlige typer af menneskelig væren for derved at rykke ved vores aktuelle måde at forstå og håndtere sygdom og død på, hvordan vi opfatter seksualitet, og måden vi indretter skoler på. Ikke desto mindre vil jeg i det følgende argumentere for, at hans problematiseringsbegreb giver særlige muligheder for at analysere et givet genstandsfelt. Specifikt er den teoretiske kundskabsambition gennem min empiriske case at operationalisere problematiseringsbegrebet i forhold til en analyse af, hvordan folkesygdomme som type 2 diabetes konstrueres som en epidemi, der må forebygges gennem regulering af borgernes usunde adfærd.

Fra befolkningspolitik til mikropolitik

I en Foucaultsk optik betyder det at problematisere noget, at et fænomen dels gøres til et problem, men derudover at problematiseringen skaber både forskelssætninger/distinktioner og løsninger. Problematiseringsbegrebet kan betragtes som Foucaults metodiske efterrefleksion over sine analyser over galskab, forbrydelse og seksualitet:

What I intended to analyze in most of my work was neither people's behavior (which is something that belongs to the field of social history), nor ideas in their representative values. What I tried to from the beginning was to analyze the process of «problematization» – which means why certain things (behavior, phenomena, processes) became a problem. Why for example, certain forms of behavior were characterized and classified as «madness» while other similar forms were completely neglected at a given historical moment; the same

thing for crime and delinquency, the same question for the problematization of sexuality (Foucault, 1998^a, s.17).

Ud over at være en måde, hvorpå besværligheder omdannes til problemstillinger, er pointen, at problematiseringsbegrebet involverer og legitimerer bestemte løsninger. Forskerens opdrag i denne sammenhæng er at dekonstruere problematiseringerne og de «sandheder» der ligger bag. Problemativering som tilgang handler derfor om at undersøge følgende:

Hvorfor noget gøres til et problem?

Hvordan det gøres til et problem?

Hvordan legitimerer problematiseringen bestemte løsninger?

Problematiseringer medfører, at subjektet vurderes efter bestemte normalitets- og afvigevurderinger og underlægges reguleringer (eksempelvis gennem disciplin), samt ledes i retning af bestemte selvteknologier (eksempelvis i styringen af seksualiteten) (Foucault, 1985, s. 11–12). Svaret på givne problematiseringer tager typisk form af teknologier, der opererer på tre forskellige niveauer (Rabinow, 1991):

1. de videnskabelige klassifikationer
2. adskillelsespraktikkerne og
3. selvteknologierne

Den videnskabelige klassifikation som teknologi handler om, hvordan videnskabeliggjorte discipliner konstituerer subjektet som videnskabeligt objekt, som tillægges universelle egenskaber og værdier (Rabinow, 1991, s. 10). Individet er målet for videnskabelige klassifikationer, der så efterfølgende kan legitimere og lede typer af sociale praktikker.

Den anden teknologi foregår gennem *adskillelsespraktikker/dividing practices*, dvs. kulturelle og institutionelle

adskillelsespraktikker, der subjektiverer individet som patient, sygt, seksuelt afvigende eller kriminel. Endeligt fører adskillelsespraktikkerne til institutionelle praksisser, der normaliserer, stigmatiserer og skaber individet som institutionelt objekt og dermed lægger op til visse typer af *selvteknologier*. Begrebet selvteknologi kan forstås som et redskab, som subjektet kan gøre brug af til at forme sig selv, idet de «tillader individer at udføre, ved egen hjælp eller med hjælp fra andre, en bestemt række operationer på deres egne kroppe og sjæle, tanker, adfærd og eksistensmåde, for at transformere dem selv med henblik på at opnå en bestemt tilstand af lykke, renhed, perfektion eller udødelighed» (Foucault, 1988, s. 18). Selvteknologier giver os altså mulighed for at studere, hvordan subjektet isolerer bestemte aspekter i sig selv som videns- og styringsobjekter.

Begrebet *dispositiv* kan forstås som et apparatur, en anordning eller en forbindelseslinje (Fogh Jensen, 2005; Raffnsøe, Gudmand-Høyer, og Thanning, 2008). Dispositivet kan således ses som et dybere lejret rationale, der fungerer ledende for, hvordan problemforståelser og forskelssætninger konstrueres og defineres i bestemte historiske perioder. En forskelssætning (system of differentiation) kan forstås som en adskillelsespraktik (dividing practice) og er en form for objektivering, hvor «..the subject is either divided inside himself or divided from others. This process objectivizes him» (Foucault, 1982, s. 777–78). For at forstå dette, må vi gribe til fænomenerne inklusion og eksklusion, idet inklusion er betinget af eksklusion af andre/andet. Inklusion opstår derfor ikke som en selvstændig formation, men i stedet som en moddefinition til – og eksklusion af andre/andet. Dette er ifølge Agamben (1998: 131) en af den moderne biopolitik grundlæggende karakteristika; altså behovet for at skelne og forskelssætte mellem, hvad der er udenfor og indenfor et givet domæne og dermed, hvad der skal være det konkrete mål for styringen. Adskillelsen kan således

iagttages som en udelukkelsesprocedure (Foucault, 1998b), hvor der sættes en forskel mellem a) det tilladte fra det forbudte, b) det normale fra det afvigende, c) det sande fra det, der konstitueres som ikke-sandt. Problemforståelser og forskelssætninger kan dermed fungere som udelukkelsesprocedurer, der adskiller det, der bør inkluderes, fra det der bør ekskluderes. En iagttagelse af problemforståelser og forskelssætninger i borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse af livsstilsrelaterede sygdomme kan på denne måde kaste lys over, hvad der (i en given periode) betragtes som inkluderet henholdsvis ekskluderet i forsøget på at udrydde en mulig ambivalens, som kunne undergrave eller forstyrre en bestemt social orden.

I Foucaults genealogiske arbejde kan findes en forklaringsramme for det, man kunne kalde forebyggelsesdispositivet. Med indførelse af begrebet biopolitik beskriver Foucault, hvordan den statslige magtudøvelse i stigende grad orienterer sig mod at styre befolkningers liv. Der er tale om en produktiv magt, der producerer problemfelter for intervention og forbedringsmuligheder for disse problemfelter. Biomasse udtrykker det forhold, at individer begribes som biologiske størrelser. I forbindelse hermed har statistiske metoder og modeller en særlig rolle, da de er forudsætningerne for at kunne begrebsliggøre og beskæftige sig med hele befolkninger (Foucault, 1991, s. 99). Biopolitikken kan således intervenere på såvel befolkningsmæssig som mikropolitisk niveau; gennem love, forordninger, regulativer på et generelt plan, og gennem tilskyndelser på et individuelt plan. Den stigende politiske opmærksomhed på sundhed og forebyggelse kan derfor fortolkes som udtryk for de tendenser, som Foucault peger på. I forebyggelse tager man typisk udgangspunkt i en specifik ontologi ved at besvare spørgsmål som: Hvad er bedst for den fysisk inaktive borger? Hvilke metoder egner sig bedst til at få borgere til at ændre kostvaner?

I modsætning hertil lægger det, at analysere *problemforståelser* af borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse op til en deontologiserende tilgang. Forehavendet er med andre ord ikke at evaluere effekten af den konkrete indsats som led i det sundhedspædagogiske arbejde, men nærmere at problematisere problemforståelser i det forebyggende og sundhedspædagogiske arbejde, hvor identificerede prædiabetikere bliver lovet kontrol over deres risikoprofil, hvis de blot ændrer livsstil.

I kapitlet gøres brug af den såkaldte nutidshistoriske tilgang (Hultqvist og Petersson, 1995) som analysestrategi til at iagttage problemforståelser og forskelssætninger, der markerer grænserne mellem det tilladte/forbudte, det fornuftige/det ufornuftige og det rigtige/forkerte (Foucault, 1998b); med andre ord det, som positioneres som en sand videnskabeliggjort måde at tale om forebyggelse og sundhedsfremme på, og dermed udgrænser anden viden som ufornuftig og usand. Denne tilgang til at arbejde med problematiseringsbegrebet genfindes inden for forskning i folkesundhed (Dahlager, 2005; Nexø Andersen, 2005) og handicap studier (Verstraete, 2009; Yates, 2005).

I problematiseringsprocessen gives bestemte former for svar på situationer, erfaringer, eller vanskeligheder, der dukker op, og som inviterer til forskellige løsninger:

It is problematization that responds to these difficulties, but by doing something quite other than expressing them or manifesting them: in connection with them, it develops the conditions in which possible responses can be given; it defines the elements that will constitute what the different solutions attempt to respond to. This development of a given into a question, this transformation of a group of obstacles and difficulties into problems to which the diverse solutions will attempt to produce a response, this is what constitutes the point of problematization and the specific work of thought (Foucault, 1997, s. 118).

Metodiske forhold

Den empiriske case, som er udgangspunktet for dette kapitel er dels tekst- og dokumentanalyser med henblik på at fremanalysere, hvordan den videnskabelige klassifikation prædiabetes er blevet artikulert gennem tiden. Desuden er gennemført nogle fokusgruppinterviews som afslutning på et forskningsprojekt, der i 2010 undersøgte mulighederne for forebyggelse af diabetes i almen praksis i Danmark. Interventionen var indrammet som en screening og diagnosticering af den praktiserende læge efterfulgt af tre–fire konsultationer over en periode på knap et halvt år mellem praksissygeplejeren og patienten, hvor der blev givet råd til, hvordan patienten kunne vælge mellem at ændre kostvaner eller blive mere fysisk aktive. Jeg foretog fokusgruppinterviews med de i alt 13 sundhedsprofessionelle (syv læger og seks sygeplejersker) et år efter interventionens afslutning. Disse interviews inddrages i analysen af de selvteknologier og det etiske arbejde, som forventes af den diagnosticerede prædiabetiker.

I analysen har fokus været på, hvordan de tre typer af teknologier kan fremskrives i forhold til forebyggelse af diabetes og casen viser, hvordan denne klassifikation er en moderne statslig styring af borgeres (prædiabetikers) livsstil, der via konkrete adskillelsespraktikker fordrer nogle helt specifikke selvteknologier for de klassificerede subjekter i deres dagligliv ved at love dem mere handlekraft og frihed, hvis blot de ændrer livsstil.

Resultater

Diagnosticering som klassifikationsredskab

Potentialet for og gennemførligheden af forebyggelse af en folkesygdom som diabetes afhænger af identificerbare og modificerbare risikofaktorer (Green og Tones, 2010), så indtræden af

«rigtig» diabetes med deraf følgende komplikationer og følger kan afværges. Etablering af kausale sammenhænge med epidemiologiske metoder ses derfor som nødvendige i det forebyggende arbejde. Retter vi blikket mod epidemiologien, angives type 2-diabetes at være forårsaget af overlappende risikofaktorer, hvoraf den mest fremtrædende er overvægt og fedme. Mindre opmærksomhed rettes mod de mindre naturaliserede risikofaktorer som genetik, fattigdom, sundhedspolitik og politiske barrierer (Chaufan, Constantino og Davis, 2011; McNaughton, 2013). For at kunne etablere et kausalt forhold mellem sundhedspædagogik og borgers sundhedsrelaterede adfærd kræver det derfor, at man konstituerer sundhedspædagogikken/undervisningen såvel som den enkeltes adfærd som objekter. Først vil vi dog se på, hvordan klassificeringen prædiabetes er opstået.

Adskillelsespraktikker i diabetesklassificering

Hvor man i den vestlige medicinske tradition længe har erkendt diabetes som en sygdom (Rock, 2003), har kriterierne for, hvordan sygdommen bedst diagnosticeres, skabt megen debat blandt fagfæller de seneste 40 år. Der er enighed om, at diabetes defineres som en høj koncentration af sukker i det cirkulerende blod. Sukkerniveauer dækker dog et kontinuerligt spektrum på en skala. Det skal altså bestemmes, hvilket niveau, der betragtes som normalt og hvilket niveau, der betragtes diagnostisk for diabetes (Garber mfl., 2008). For flere årtier siden, udviklede National Diabetes Data Group (NDDG) i USA et forsøg på en konsensus om, hvad der skulle være diagnostiske kriterier for diabetes (1979). Intentionen var, at disse kriterier skulle have status af global standard. Selv på dette tidspunkt bemærkede imidlertid NDDG (National Diabetes Data Group, 1979: 1050)

følgende: «There is no consensus as to the dividing line between normal and diabetic glucose levels» og anerkendte hermed, at værdierne var arbitrært fastsatte.

I slutningen af 1990'erne anbefalede Expert Committee on Diagnosis and Classification (1997) at sænke et af de diagnostiske målepunkter; FPG, fra 7,8 mmol/l til 7,0 mmol/l. Argumentet var, at den hidtidige grænse ikke opfangede et tilstrækkeligt antal borgere i risiko for diabetes. I 2010 tilføjede American Diabetes Association (ADA) en ny diagnostisk test og medfølgende grænseværdier for diabetes og prædiabetes som et alternativ til den hidtidige procedure (Cohen, Haggerty og Herman, 2010). Ændringen skabte forvirring blandt forskere og klinikere (Borch-Johnsen og Colagiuri, 2009), og betyder, at der i skrivende stund gøres brug af forskellige diagnostiske tests verden over. En vigtig pointe er her, at en omdefinering af diagnostiske kriterier omdefinierer sygdommens sværhedsgrad og indebærer, at «a transatlantic trip may cure or cause diabetes simply as a result of small but important differences in diagnostic criteria» (Borch-Johnsen og Colagiuri, 2009, s. 2247). I relation til at koble diabetes til en epidemi betyder dette også, at når de diagnostiske kriterier omdefineres, omdefineres også problemets alvor og dermed ændres på, hvor stort behovet er for at forebygge sygdommen (Hindhede og Aagaard-Hansen, 2014).

For at opsummere, er klassifikation af et specifikt segment af borgere; nemlig prædiabetikerne en måde at håndtere en øget forekomst af en sygdom som diabetes på, og dermed problemet diabetesepidemi. Borgere klassificeres gennem et resultat af en blodprøve, hvorved prædiabetikere udgrænses og kategoriseres som værende de anormale og usunde. Næste step i rækken af teknologier til at håndtere problemet på er selvteknologierne;

altså individualiseringsprocesser, som sker ved at gribe diabetesforebyggelsen an som en livsstilsrelateret intervention rettet mod den enkelte.

Sundhedspædagogikken og selvteknologierne i diabetesforebyggelsen

For den sundhedsprofessionelle, der er involveret i en diabetesforebyggende intervention, er opgaven at få den diagnosticerede prædiabetiker til at agere mindre usundt. Fokusgruppeinterviews med de sundhedsprofessionelle viste, at for de sundhedsprofessionelle oplevedes risikodiagnosen «prædiabetes» som et effektivt værktøj i forhold til, hvordan man i lægepraksis hidtil havde håndteret livsstilsrelateret rådgivning overfor patienter. Succes i forebyggelse af diabetes måles i vægttab, da et bestemt vægttab har vist at kunne halvere antallet af tilfælde med «unormalt» blodsukker. Den anden halvdel er imidlertid ikke i stand til at mindske deres risiko på trods af vægttab. Ikke desto mindre, som forklaret af en af de praktiserende læger, fik patienterne at vide: «Du har prædiabetes, men du kan gøre noget ved det» (GP3), hvilket implicerer, at de deltagende patienter gøres til ansvar for om blodsukkeret falder eller ej.

På spørgsmålet om erfaringen med at gennemføre livsstilssamtaler med de diagnosticerede prædiabetikere, var der blandt de sundhedsprofessionelle enighed om, at den «effektive» samtale med en nydiagnostiseret prædiabetiker involverer formidling af tre centrale budskaber: 1) at er tale om en alvorlig tilstand, 2) at borgeren selv kan forebygge tilstandens progression til rigtig diabetes, og 3) der derfor er behov for en livsstilsændring. Samtlige praktiserende læger understregede betydningen af at kalde en patients tilstand for prædiabetes, da dette angiveligt havde en stor

indflydelse på patientens motivation. Ingen af de involverede parter havde hidtil brugt udtrykket prædiabetes i kommunikationen med deres patienter forud for interventionsprojektet. Hidtil havde de brugt udtryk som «gråzone» og «risiko for diabetes». I deres daglige arbejde havde de praktiserende læger og praksissygeplejerskerne hidtil fundet det meget svært at få den enkelte patient til at håndtere sin diabetesrisiko. At koble en prædiabetesdiagnose med et budskab om at ændre livsstil var tilsyneladende mere effektivt end blot et generelt råd: «Patienterne synes lettede over at få diagnosen. Nu er det tid til at gøre noget ved det. Diagnosen legitimerer dette» (GP6). En anden læge bemærkede, hvordan hun fandt udtrykket «prædiabetes» nyttigt i at få budskabet igennem: «Prædiabetesdiagnosen motiverer patienten til at gøre en indsats – det er ligesom et våben» (GP1). Disse udsagn illustrerer den antagelse, at den videnskabelige objektivitet i kraft af en blodprøve øger diagnosens gennemslagskraft, og at denne viden efterfølgende danner grundlag for patientens «sunde valg». Gennem institutionelle magtteknologier som screeningsprogrammer beherskes og dirigeres det prædiabetiske subjekt med henvisning til normen for det «rigtige» blodsukker, hvorved der legitimeres i videnskaben. Screeningsprogrammerne kan på denne måde anses som en del af forebyggelsesdispositivet, altså ikke-diskursive praktikker, som er med at understøtte diskursen.

Der syntes at være enighed om, at den genererede frygt, som diagnosen for de fleste af de screenede patienter førte med sig, bevirkede den ønskede adfærdsændring: «Diagnosen skaber frygt i første omgang. Men der er en løsning, så frygten bliver til noget positivt» (N4). I de sundhedsprofessionelles evaluering af interventionen, var det tydeligt, at livsstilsændringer blev side-stillet med undgåelse af sygdom nærmere end nedsættelse af risiko. I epidemiologi er definitionen på relativ risiko den risiko, som den enkelte har for at udvikle en given sygdom i forhold til

eksponering. Relativ risiko fortæller derfor kun lidt om den enkeltes reelle risiko (Green og Tones, 2010). Effektivitet på populationsniveau kan derfor ofte indebære usikkerhed på det individuelle plan. Ikke desto mindre viste udsagnene fra de praktiserende læger, at en epidemiologisk relativ risiko blev oversat til en individuel absolut risiko, som derefter blev præsenteret for patienten. Vender vi os igen mod lægevidenskaben, lærer vi, at sukkerniveauer i blodet er påvirket af andet end kostrelaterede faktorer, såsom køn, genetik og alder, som den enkelte ikke har indflydelse på at påvirke. I en forebyggende indsats som denne, hvor risikoen for diabetes kobles direkte til livsstil, er en af implikationerne, at den identificerede prædiabetiker kommer til at betragte sig selv som den største trussel mod egen sundhed. Komorbiditet, forstået som når en person har mere end én kronisk sygdom, forekommer hyppigt hos diabetikere. Dette aspekt af diabetesepidemiologien blev ikke nævnt af nogen af de sundhedsprofessionelle. Tvært imod nævnte en sygeplejerske (N), at de hidtidige dårlige resultater med at få folk til at ændre livsstil skyldtes manglende accept af ansvaret for ens egen sundhed: «Det har at gøre med benægtelse – de ønsker ikke at ændre deres forståelse af livskvalitet. De tror, at lægen løser problemet, men i dette tilfælde skal de gøre det selv» (N2). Hermed udtrykkes, at de, som efter en livsstilsændring ikke er i stand til at præstere et fald i blodsukkeret, anses som værende skyldige i ikke at tage ordentligt vare på sig selv.

For både sundhedsprofessionelle og de kategoriserede prædiabetikere påvirker en sådan type screening og efterfølgende diagnose bevidsthedsniveauet i forhold til den enkeltes risiko for fremtidige komplikationer. Men da tærskelværdierne og dermed definitionen af prædiabetes er baseret på et arbitrært valg af en værdi på en kontinuerlig skala, forbliver grænsen mellem risikoen for en præsygdom og for selve sygdommen

sløret. En af konsekvenserne er, at definitionen af prædiabetes ændrer sig i forskellige kliniske og diagnostiske praksisser (lægepraksis, laboratoriet, nationalt og internationalt). Det kan betragtes resultatet af kontroverser og stridigheder over «sandhed». Udgangspunktet er, at patienter diagnosticeret med prædiabetes ikke har symptomer, men kun risikoprofiler, hvilket betyder at sygdommen har karakter af en tavs, diskret risiko. Det betyder samtidig, at screeningen udvider lægens diagnostiske magt til et tidspunkt før sygdommen rent faktisk viser sig som kropslige symptomer (Jutel, 2011). Eksemplet illustrerer den heterogene proces, hvorigennem en kategorisering af borgere som prædiabetikere bliver formativ i forhold til vedkommendes selvværdsfølelse og dagligdag gennem etiske selvpraktikker, hvilket betyder, at prædiabetikeren gør sin adfærd og sit selv til genstand for moralsk problematisering. Forhøjet blodsukker er den biomedicinske markør for og linket til den sygdom, der ønskes forebygget. En sådan type intervention, hvor borgere screenes og diagnosticeres og derefter bliver del af en forebyggende intervention, udgør en voksende del af den vestlige sundhedspolitik. Sådanne forebyggende aktiviteter er baseret på en forestilling om, at det er muligt at reducere risikofaktorer og forbedre folkesundheden. De er derfor ofte designet til og fremstillet som praktikker, der er i stand til at genoprette kontrol over den snigende sygdom. Implicit i det sundhedspædagogiske arbejde og en af årsagerne til, at interventionerne ser ud til at lykkedes er, at de praktiserende læger overfortolker de relative risici og overdriver effekten af at ændre på sin livsstil. For at disse interventioner er effektfulde fordres, at de opererer ikke på populations-, men på individniveau – nærmere på det klassificerede prædiabetiske subjekt, der gennem pædagogisk intervention transformeres og reformeres til at være sund og normal igen.

Opsummering og diskussion

Ambitionen med dette kapitel har været at give et eksempel på, fokusere på nogle af de praktiske implikationer af effektforskningens epistemologi og hvad der sker, når den kollektive sundhedsomsorg er henvist til at gå vejen over den individuelle selvomsorg i konkrete forebyggelsestiltag som at reducere prævalensen af diabetes.

I den vestlige verden generelt set, men måske særligt i den nordiske kontekst, har en strategi til at håndtere problemet med et stigende antal diabetikere været, at søge at forhindre progression fra et præsygdomsniveau til et reelt sygdomsniveau. Dette gøres ved gennem screening og blodprøvetagning at identificere de borgere, der er mere i risiko end andre for at udvikle type 2 diabetes. Denne objektivering af specifikke individer gør det muligt at sammenligne, klassificere og forudsige større mængder af individer. Tendensen til diagnosticering kan ses som en tidstypisk samfundsmæssig tendens (Jutel, 2011). Diagnosen kan betragtes som et kategoriseringsredskab med hvilken medicinen kan udtrykke sin bekymring og sætte sine dagsordener. Særligt interessant er, at diagnostiske kategorier er blevet mindre afgrænsede med nye kategoriseringer af potentielle sygdomme og risikofaktorer (Jutel og Nettleton, 2011), hvormed risikopatienter gennem adskillelsespraktikker udgrænses fra ikke-risikopatienter efter bestemte normer, der udstanser den syge fra den raske, det normale fra det patologiske; altså varianter over den klassiske moralske skelnen mellem det gode og det onde.

Prædiabetes er et eksempel på en sådan risikodiagnose. Dens opkomst skyldes en til stadighed mere detaljeret viden om mennesket. Diagnosen defineres ved et blodsukkerniveau, der er højere end et «normalt» niveau, men ikke højt nok til at

være type 2-diabetes. Den præ-symptomatiske person diagnosticeres ved hjælp af et testresultat fra en blodprøve, hvorved diagnosen tages ud af lægens hænder og ind i laboratoriet (Salter mfl., 2011). Ligesom tilstande såsom forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol, er prædiabetes altså baseret på en tærskelværdi. Denne værdi er opstået af at fokusere på grænsen mellem, hvad der anses for normalt og patologisk (Canguilhem, 1991). Som vist, er denne kategorisering dog ikke en a priori ontologisk enhed, men snarere betinget og afhængig af en særlig type viden og værdier samt politiske og sociale prioriteringer. På denne måde er den Foucaultske problematiseringsvej til at se på borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse velegnet til at rejse spørgsmål om eksempelvis målgruppens ontologiske status. Inden for en kausal epistemologisk ramme er målgruppen forestillet som en entydigt defineret gruppe af borgere med en eksistens forud for den forebyggende indsats. Anvendelsen af denne «risiko»-diagnose har betydning for, om individer og hele befolkningsgrupper kan eller ikke kan betragtes grundlæggende sunde. Kategoriseringen kan betragtes som en teknik til at forudsige handling, der vil resultere i sine egne effekter: Mennesker diagnosticeret med prædiabetes bliver påvirket af den viden, de præsenteres for om deres egen menneskelige art med det formål at handle anderledes, end de ellers ville have gjort.

Præsentationen af en talværdi er dog ikke en neutral eller simpel overførsel af information; der er altid en fortolkning og værdibaseret estimering knyttet til risikokommunikation. Som foreslået af Skolbekken (1998), bør resultater af tests derfor fortolkes i sammenhæng med den usikkerhed, der er involveret. For eksempel er nogle mennesker metabolisk overvægtige, på trods af at have et BMI inden for normale grænser, og kan derfor udvikle diabetes (Florez, 2012). Desuden kan mange gå fri i en

screening for diabetes og alligevel udvikle diabetes sidenhen (Simmons, Unwin, og Griffin, 2010). Så mens risikoadfærd manifesteres på individniveau, genereres og forstærkes den i en social kontekst, og er stærkt relateret til sociale determinanter, hvor eksempelvis socioøkonomisk dårligere stillede segmenter af befolkningen i relativt ressourcestærke lande som de nordiske bliver uforholdsmæssigt hårdt ramt af «folkesygdomme» (Diderichsen mfl., 2012).

Når der i forebyggelsesøjemed derfor tales om dokumenteret viden, henvises der i lighed med den evidensbaserede medicin til statistiske sandsynligheder og risikokalkulationer på populationsniveau. Det viser, hvordan privilegeringen af en særlig vidensform kalder på en særlig form for intervention. Denne går ud på at objektivere nogle forhold på en målbar facon. Der indskydes med andre ord et tidsrum mellem disse, hvilket muliggør en kausal proces. Som det empiriske eksempel har vist, udskilles nogle af forholdene af patientens hverdagsliv og tilskrives særlig betydning. Således opstilles et kausalt forhold mellem mangel på viden om den «rigtige» livsstil og forekomsten af prædiabetes. Løsningen er derfor en sundhedspædagogisk intervention, hvor prædiabetikeren tilskyndes til at tage ansvar for sit eget helbred ved at spise mere korrekt og være mere fysisk aktiv.

Referencer

- Borch-Johnsen, K. og Colagiuri, S. (2009). Diagnosing diabetes – time for a change? *Diabetologia*, 52(11), s. 2247–2250.
- Canguilhem, G. (1991). *The normal and the pathological*. New York: Zone Books.
- Chaufan, C., Constantino, S. og Davis, M. (2011). «It's a full time job being poor»: Understanding barriers to diabetes prevention in immigrant communities in the USA. *Critical Public Health*, 22(2), s. 147–158.

- Cohen, R. M., Haggerty, S. og Herman, W. H. (2010). HbA1c for the diagnosis of diabetes and prediabetes: Is it time for a mid-course correction? *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95, s. 5203–5206.
- Dahlager, L. (2005). *I samtalens rum – en magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale*. Phd-afhandling, Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Københavns Universitet.
- Danaei, G., Finucane, M. M., Lu, Y., Singh, G. M., Cowan, M. J., Paciorek, C. J., . . . Ezzati, M. (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *The Lancet*, 378(9785), s. 31–40.
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., The Working Group of the Danish Review on Social Determinants of Health, Andersen, A., Marie Nybo, Bach, E., . . . Søgaard, J. (2012). Health inequality - determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), s. 12–105.
- Emirbayer, M. (1997). Manifesto for a relational sociology. *American Journal of Sociology*, 103(2), s. 281–317. <https://doi.org/10.1086/231209>
- Florez, H. (2012). Beyond the obesity paradox in diabetes: Fitness, fatness, and mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 308(6), s. 619–620.
- Fogh Jensen, A. (2005). *Mellem ting, Foucaults filosofi*. Frederiksberg: Det Lille Forlag.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the self. *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault*. Amherst: The University of Massachusetts Press.
- Foucault, M. (1997). Politics, polemics, and problematizations. I: P. Rabinow (red.), *The essential works of Michel Foucault, 1954–1984, vol. I, ethics: Subjectivity and truth*. London: Allen Lane.
- Foucault, M. (1998a). History of the present – on problematization. Berkeley.
- Foucault, M. (1998b). The will to knowledge. The history of sexuality: Volume one. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (2007). Security, territory and population - lectures at the collège de france 1977–1978. I: A. I. Davidson (red.), *Security, territory and population - lectures at the collège de france 1977–1978*. London: Palgrave Macmillan.

- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), s. 777–795.
- Foucault, M. (1985). *The history of sexuality. Vol. 2, the use of pleasure* (R. Hurley Trans.). London: Penguin.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. I G. Burchell, C. Gordon og P. Miller (red.), *The foucault effect, studies in governmentality* (s. 87–104). London: University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1995). *Discipline & punish* (A. Sheridan Trans.). New York: Vintage.
- Garber, A., Handelsman, Y., Einhorn, D., Bergman, D., Bloomgarden, Z., Fonseca, V., . . . Nesto, R. (2008). Diagnosis and management of prediabetes in the continuum of hyperglycemia – when do the risks of diabetes begin? A consensus statement from the American college of endocrinology and the American association of clinical endocrinologists. *Endocrine Practice*, 14(7), s. 933–946.
- Gillies, C., Abrams, K., Lambert, P., Cooper, N., Sutton, A., Hsu, R. og Khunti, K. (2007). Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 334(7588), s. 299.
- Green, J., og Tones, K. (2010). *Health promotion*. London: SAGE Publications Ltd.
- Greenhalgh, T., Howick, J. og Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 2014; 348:g3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Hindhede, A. L. og Aagaard-Hansen, J. (2014). Risk, the prediabetes diagnosis and preventive strategies: Critical insights from a qualitative study. *Critical Public Health*, s. 1–13.
- Hultqvist, K. og Petersson, K. (red.). (1995). *Foucault – namnet på en modern vetenskaplig och filosofisk problematik*. Stockholm: HLS Förlag.
- Jutel, A. (2011). *Putting a name to it*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University Press.
- Jutel, A. og Nettleton, S. (2011). Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities. *Social Science & Medicine*, 73, s. 793–800.
- Magnussen, J., Vrangbæk, K. og Saltman, R. (red.) (2009). *Nordic health care systems: Recent reforms and current policy changes*. Berkshire: Open University Press.

- McNaughton, D. (2013). «Diabesity» down under: Overweight and obesity as cultural signifiers for type 2 diabetes mellitus. *Critical Public Health; Critical Public Health*, 23(3), s. 274–288.
- National Diabetes Data Group (1979). Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes*, 28(12), s. 1039–1057.
- Nexø Andersen, S. (2005). *Det rette valg. Dansk abortpolitik i 1930'erne og 1970'erne*. Phd-afhandling, Københavns Universitet.
- Perreault, L., Pan, Q., Mather, K. J., Watson, K. E., Hamman, R. F. og Kahn, S. E. (2012). Effect of regression from prediabetes to normal glucose regulation on long-term reduction in diabetes risk: Results from the diabetes prevention program outcomes study. *The Lancet*, 379(9833), s. 2243–2251.
- Rabinow, P. (1991). *The Foucault reader*. London: Penguin Books.
- Raffnsøe, S., Gudmand-Høyer, M. og Thanning, M. S. (2008). *Foucault*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Rock, M. (2003). Sweet blood and social suffering: Rethinking cause-effect relationships in diabetes, distress, and duress. *Medical Anthropology*, 22(2), s. 131–174.
- Salter, C. I., Howe, A., McDaid, L., Blacklock, J., Lenaghan, E. og Shepstone, L. (2011). Risk, significance and biomedicalisation of a new population: Older women's experience of osteoporosis screening. *Social Science & Medicine; Sociology of Diagnosis*, 73(6), s. 808–815.
- Schmidt, L. (1999). *Diagnosis II: Socialanalytiske fatninger*. København: Danmarks Pædagogiske Institut.
- Simmons, R. K., Unwin, N. og Griffin, S. J. (2010). International diabetes federation: An update of the evidence concerning the prevention of type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(2), s. 143–149.
- Skolbekken, J. (1998). Communicating the risk reduction achieved by cholesterol reducing drugs. *BMJ*, 316, s. 1956–1958.
- Tabák, A. G., Herder, C., Rathmann, W., Brunner, E. J. og Kivimäki, M. (2012). Prediabetes: A high-risk state for diabetes development. *The Lancet*, 379, s. 2279–2290.
- The Diabetes Prevention Program Research Group (2005). Intensive lifestyle intervention or metformin on inflammation and coagulation in participants with impaired glucose tolerance. *Diabetes*, 54(5), s. 1566–1572.

- The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1997). Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 20(7), s. 1183–1197.
- Timmermans, S. og Berg, M. (2003). *The gold standard; the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia, Pa: Temple University Press.
- Tjora, A. og Melby, L. (2013). *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vallgård, S. (2001). Governing people's lives. *European Journal of Public Health*, 11(4), s. 386–392.
- Verstraete, P. (2009). Savage solitude: The problematisation of disability at the turn of the eighteenth century. *Paedagogica Historica*, 45(3), s. 269–289.
- WHO (2015). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/>
- Yates, S. J. (2005). Truth, power, and ethics in care services for people with learning difficulties. I: S. Tremain (red.), *Foucault and the government of disability*, s. 65–77. Detroit: University of Michigan Press.