

På den sikre side?

- Et kvalitativt studie af konsekvenserne ved kræftscreeninger

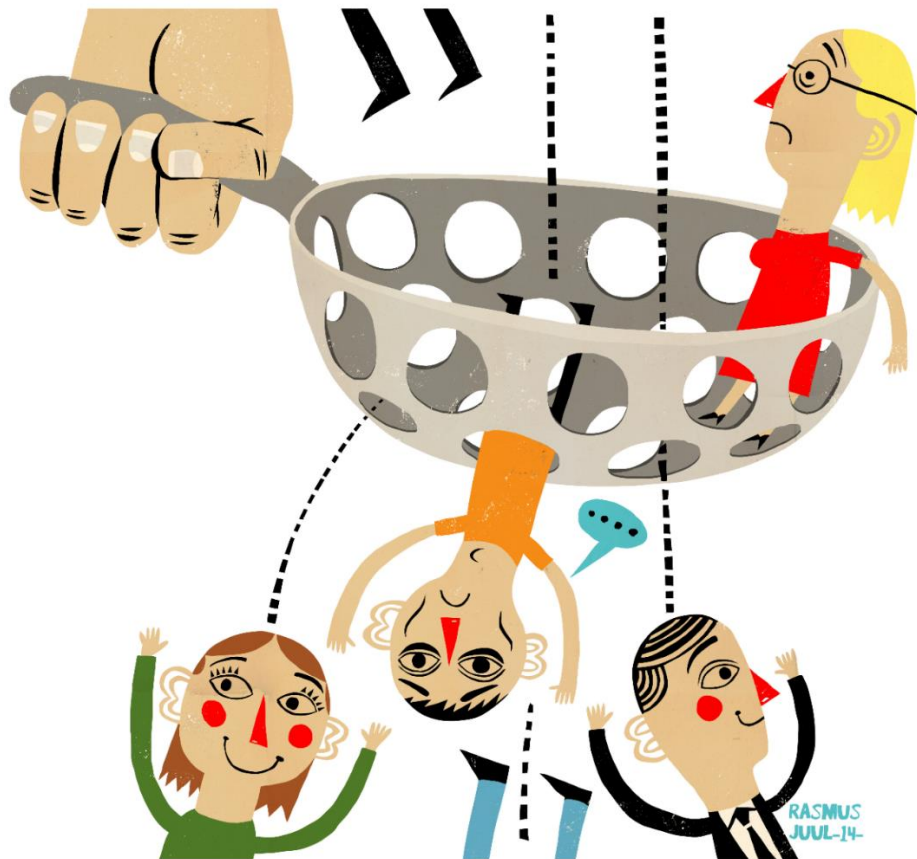


Illustration: Juul 2014

Jeanette Rosendal Dynesen

10. semester

Vejleder: Lisbeth B. Knudsen

Ord: 34.633

Institut for Sociologi og Socialt Arbejde

Aalborg Universitet

August 2016

Forord

Først og fremmest skal der lyde en stor tak til de otte kvinder, som åbenhjertigt og inspirerende har fortalt om deres tanker og oplevelser med screeningerne, og derigennem dannet grundlaget for dette speciale. Dernæst vil jeg gerne takke min vejleder Lisbeth B. Knudsen for udbytterig og konstruktiv vejledning igennem specialeperioden, hvilket har været med til at inspirere og udfordre mine tanker. Endelig vil jeg gerne takke min familie og kæreste, som ikke kun igennem specialeperioden, men igennem hele min uddannelse, har været en uvurderlig støtte og accepterede, at jeg til tider har haft travlt.

Jeanette Rosendal Dynesen

Abstract

Screening can potentially cause negative consequences for the healthy individual. According to a critic, cancer screenings are more problematic than other kinds of screenings. Therefore, this study is concerned with understanding if the individual experiences consequences of the invitation and participation in cancer screenings.

This master thesis "*On the safe side? – A qualitative study of the consequences of cancer screenings*" examines how healthy women, in the age 50 to 64 years, experience the invitation and participation in cancer screenings. The examination is performed to understand if women feel more at risk of cancer and get concerned because of the screenings. Furthermore, the purpose is to understand if women become dependent on medical experts to assess their health and therefore become passive towards their own health. Some of these negative consequences are potentially reinforced if the individual participates in multiple screenings. For this reason, the thesis examines women in the age 50 to 64 years, as they are invited to all three Danish screening programs. The purpose of the thesis is to understand the consequences of being invited to multiple screenings.

Two theoretical perspectives are used in this thesis. The first theoretical perspective is the medicalisation process, where the focus is on Ivan Illich's criticism of medicine. The other theoretical perspective is Ulrich Beck's theory about risk society, where the focus is on the science's role in the risk society and the individualisation process. The two theoretical perspectives present some rivaling elements making them ideal to discuss the potential negative consequences of screenings.

The thesis is based on semi-structured interviews. Eight women in the age 50-64 years are interviewed about their thoughts and experiences with cancer screenings. All interviewees have at least been invited or participated in two cancer screenings. The project is a case study of the women aged 50-64 years to understand the consequences of screening. The purpose of the case study is to test if Beck and/or the medicalisation theory can explain the women's experiences of screening. For this reason, the theories determine the focus of the analysis, and guide the design of the interview guide.

The results of the thesis shows that the women do not feel more at risk of cancer or to a great extent gets concerned because of the screenings. Some women do experience some mild concerns between the screenings and the arrival of the screening results. After the screening results, the women feel relieved, that they do not have cancer. The women experience in general the screening as positive, and the screenings makes them feel more reassured and safe. Some women believe that the screening results are relatively accurate, while others doubt the accuracy.

Furthermore, the results shows, that the women to some degree is dependent on screening, because they feel that screening can identify cancer before it is noticeable by themselves. The dependence is also a result of the reassurance the screenings provide for the women. Some women do become more passive towards their own health. The thesis also shows that the women find it important to be aware of their own body,

which means that some women do take some responsibility for their own health. Some women also believe that awareness towards one's body is a better method than screenings to find cancer. These findings show that the dependence and passivity is not that prevailing. Finally, the thesis shows that the participation in screening is understood by some women as taking responsibility for their own health.

Indholdsfortegnelse

Forord	1
Abstract	2
1. Problemfelt	6
Kræft i Danmark	7
Kræftscreeningsprogrammer i Danmark	9
Livmoderhalskræftscreening	9
Brystkræftscreening	10
Tarmkræftscreening	10
Resultater af screening	11
Screeningskriterier	12
Fordele og ulemper ved screening	13
Screening i et sociologisk perspektiv	15
Problemformulering	16
2. Tidligere litteratur	19
Oplevelsen af screeningsdeltagelsen	19
Medikalisering	20
Kritik eller tillid til videnskaben	21
Specialets fokus i relation til den tidligere litteratur	22
3. Teori	24
Medikalisering	24
Medikalisering af tilværelsen	24
Ivan Illich og de tre former for iatrogenese	25
Risiko i det senmoderne samfund	27
Videnskabens rolle i risikosamfundet	28
Individualiseringen	30
Anvendelsen af teorierne	30
Medikalisering	30
Beck	31
Teoretisk diskussion	33
4. Metode	35
Videnskabsteori	35
Socialkonstruktivismen	35
Hermeneutikken	36

Forskningsdesign	37
Rekruttering af informanter	40
Interviewguide.....	40
Kvalitetskriterier	43
Validitet	43
Ekstern validitet.....	45
Reliabilitet.....	45
Efterbehandling af interviewene.....	46
Analysestrategi	46
Præsentation af informanter.....	48
5. Delanalyse 1: Øget risiko og bekymringer	50
Følelsen af risiko	50
Bekymringer før screening	51
Bekymringer efter screening	51
Svaret – en følelse af lettelse	52
Følelsen af sikkerhed	53
Er screening risikabelt?.....	54
Et retvisende resultat?	54
Yderligere kritik af screening	56
Deldiskussion 1	56
6. Delanalyse 2: Afhængighed og passivitet	62
Afhængige og passive individer	62
Selvopmærksomhed kontra screening.....	62
Passivitet.....	63
Afhængighed	65
En individualiserende forståelse	67
Er kræft selvforskyldt?.....	68
Ansvarlighed gennem screeningsdeltagelsen	68
Deldiskussion 2	70
7. Konklusion.....	77
8. Litteraturliste	79
Bilag A: Litteratursøgning	86
Bilag B: Interviewguide	93

1. Problemfelt

"De raske har ikke brug for læge, det har de syge" (Hartling 2014), sådan henviser Ole J. Hartling, tidligere formand for Det Ethiske Råd, i argumentationen mod kræftscreeninger, til Matthæus og Lukas evangelierne (Hartling 2014). De befolkningsrettede screeninger er nemlig rettet mod tilsyneladende raske mennesker med henblik på identifikation af sygdomme, konstatering af forstadier eller en forhøjet risiko for at udvikle sygdomme. På den måde skal screeninger være med til at øge helbredelsesmulighederne eller sikre, at forstadier ikke udvikler sig til sygdom. Hensigten med screeninger er dermed at mindske populationens sygelighed og dødelighed (Christensen 2004:239; Sundhedsstyrelsen 2014:4-5). Selvom formålet kan synes gunstigt, kritiserer Hartling kræftscreeningerne, idet de ikke i så høj grad som screeninger for medfødte sygdomme efterlever en række kriterier for hvornår oprettelsen af et screeningsprogram er gavnligt. Ifølge Hartling resulterer kræftscreeninger i, at individet bliver sygeliggjort og overbehandlet (Hartling 2014). Min interesse for emnet stammer fra diskussionen om kræftscreeningernes berettigelse, hvilket der er yderligere eksempler på i en række avisartikler (se fx Thomsen 2014; Rønning-Andersson 2013). Derudover vil det i dette speciale anses relevant at undersøge konsekvenserne, som screeninger kan have på individet, eftersom screeninger stadig i større udstrækning bliver tilrådet (Vallgård et al. 2014:132). Hartlings udtalelse synes at indikere, at kræftscreeningerne kan være særlig problematiske, og derfor vil specialet fokusere på de tre danske kræftscreeninger, der på nuværende tidspunkt bliver tilbudt; nemlig brystkræftscreening, tarmkræftscreening og livmoderhalskræftscreening (Kvernrød & Holten 2015a).

Når der i projektet bliver omtalt screeninger, bliver der henvist til systematiske screeninger, som benyttes til at identificere sygdomme eller tegn herpå blandt enten hele eller dele af befolkningen. Der vil i specialet ikke blive fokuseret på de såkaldte opportunistiske screeninger, hvor individet selv har taget kontakten til sundhedsvæsenet og i den sammenhæng fået rådgivning i forhold til uhensigtsmæssig adfærd eller fået foretaget et sundhedstjek af fx blodtrykket (Vallgård et al. 2014:129-130). Der vil blive taget udgangspunkt i de systematiske screeninger, idet disse adskiller sig fra andre interaktioner, som individet har med sundhedsvæsenet, eftersom screeningerne sker på opfordring fra sundhedsvæsenet, i modsætning til når individet selv opsøger læge som et resultat af en sygdomsfølelse. Derudover er de systematiske screeninger interessante, eftersom de kan være med til at identificere sygdom, på trods af at individet ikke selv har en sygdomsfølelse (Christensen 2004:239).

Screening skal ikke ses som et direkte redskab til at diagnosticere sygdomme, men derimod som en metode til at identificere individer, som efterfølgende skal testes for at konstatere om screeningsvaret er korrekt. Ordets engelske oprindelse i "to screen" kan oversætte til "at sigte". Dermed kan screening blive forstået som at sigte individer for at adskille de syge og raske individer fra hinanden (Kjøller et al. 2007:355). Screening kan anses som sekundær forebyggelse, hvor hensigten er identifikation af tidlige tegn på sygdomme for at opnå større helbredelsesmuligheder (Vallgård 2014:31; Kjøller et al. 2007:355).

Specialet er et kvalitativt studie af 50-64 årige kvinders oplevelser med kræftscreeninger for at forstå om de oplever negative konsekvenserne ved screeningerne. I problemfeltet vil der blive argumenteret for, hvorfor denne problemstilling er valgt. Der vil blive redegjort for de danske kræftscreeningsprogrammer og screenings udfaldsmuligheder, for at forstå på hvilke områder screening kan være problematisk. Derudover vil problemfeltet redegøre for omfanget af kræfttilfælde i Danmark og sociologiens interesse for screening.

Kræft i Danmark

Følgende afsnit redegør for incidensen¹ og dødeligheden af kræft i Danmark og sammenligner disse tal med andre lande. Dette bliver gjort for at fastslå om kræft er et væsentligt sundhedsproblem, da dette er et af de kriterier, som ifølge Sundhedsstyrelsen skal efterleves, for at screening vurderes relevant at indføre (Sundhedsstyrelsen 2014:5-6). Derudover er afsnittet med til at påpege en mulig problemstilling ved screening, samt hvilken betydning screening har for kræftincidensen.

Der er i nedstående tabel valgt at illustrere incidensen for de to hyppigste kræftformer for hvert køn, hvilket er blevet identificeret i Sundhedsdatastyrelsens (2015b:14,16,18) rapport "*Nye Kræfttilfælde i Danmark*". Derudover viser tabellen incidensen for de kræfttyper, som screeningsprogrammerne er rettet mod, hvilket vil sige livmoderhalskræft, brystkræft, og tyk- og endetarmskræft.²

Tabel 1.1: Nye kræfttilfælde i Danmark i 2014 blandt udvalgte kræfttyper

Kræftform	Antal			Incidensrate-andel ³	
	Mænd	Kvinder	Total	Mænd	Kvinder
Bryst	34	4.727	4.761	-	25,9%
Prostata	4.577	-	4.557	21,1%	-
Lunge, bronkier og luftrør	2.402	2.229	4.631	11,6%	11,4%
Livmoderhals	-	411	411	-	2,7%
Tyktarm	1.801	1.732	3.533	8,9%	8,8%
Endetarm	1.097	690	1.787	5,3%	3,6%
Alle kræftformer	20.500	18.753	39.253	100%	100%

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen 2015b:13-14,16-18,33

Det ses i tabel 1.1, at 25,9% af alle nye kræfttilfælde blandt kvinder er brystkræft, og dermed er brystkræft den hyppigste kræftform blandt kvinder. Den hyppigste kræftform blandt mændene er prostatakræft, som udgør 21,1% af kræftincidensen for mænd. For begge køn gælder det, at kræft i lunge, bronkier og luftrør er den 2. hyppigste kræftform med en incidensrate-andel på henholdsvis 11,6% for mænd og 11,4% for kvinder.

¹ Incidens er et udtryk for hvor mange nye sygdomstilfælde, der er i et specifikt tidsrum (Shields & Twycross 2003:50).

² Tarmkræftscreeningsprogrammet er rettet mod både tyk- og endetarmskræft (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning 2014:3-4)

³ Hvor stor en procentdel den given kræftform udgør af nye kræfttilfælde for det givne køn (Sundhedsdatastyrelsen 2015b:13).

Derudover har tyktarmkræft en høj incidensrate-andel med henholdsvis 8,9% for mænd og 8,8% for kvinder. Samlet viser tabellen, at 39.253 nye kræfttilfælde blev diagnosticeret i Danmark i 2014, og derfor kan kræft anses som et væsentligt sundhedsproblem. Igangsættelsen af tyk- og endetarmskræftscreening i 2014 har medført, at diagnosticerede tilfælde af disse kræfttyper steg betydeligt fra 2013 til 2014 for både mænd og kvinder. Incidensen stiger, idet flere diagnosticeres tidligere, men også fordi der findes tilfælde, som ikke uden screeningen ville være fundet. Incidensen vil derfor falde i årene efter indførelsen til et stadie over incidensen før screeningen (Sundhedsdatastyrelsen 2015b:2-4).

Dødsårsagsregisteret⁴ viser, at kræft i 2014 medførte 31% af alle dødsfald i Danmark, og dermed var kræft den hyppigste grund til dødsfald i Danmark i 2014. Det betyder, at 245 dødsfald pr. 100.000 indbyggere i 2014 var resultatet af en kræftsygdom (Sundhedsdatastyrelsen 2015a:5), hvor OECD-gennemsnittet til sammenligning i 2013⁵ var på lidt højere end 200 pr. 100.000 indbyggere. Danmark havde den fjerde højeste dødelighed i forhold til kræft blandt OECD-landene, kun overgået af Slovakiet, Slovenien og Ungarn i 2013⁵ (OECD 2015:52-53). Danmark var yderligere i 2012 det land, som havde den største kræftincidens i OECD-landene med over 300 nye tilfælde pr. 100.000 indbyggere. OECD vurderer dog, at forskellen på kræftincidensen i landene ikke kun skyldes øget risiko for kræft, men bl.a. et udtryk for forskelle i kræftscreeningsprogrammer (OECD 2015:64-65).

Tallene fra OECD indikerer, at kræft er et særligt alvorligt sundhedsproblem i Danmark i forhold til andre lande, hvor den danske screeningspolitik kan være af betydning herfor. Dette kan skyldes den førnævnte effekt, som screeninger har for incidensen. Yderligere har Danmark den højeste dødelighed i forhold til brystkræft, på trods af at procentdelen af kvinderne, der deltager i brystkræftscreeningen, er det 3. højeste i 2013⁵ blandt OECD-landene (OECD 2015:153). For livmoderhalskræft gælder det, at procentdelen af kvinder, som deltager i screeningen er lidt over gennemsnittet, mens dødeligheden af livmoderhalskræft er lidt under gennemsnittet i OECD-landene (OECD 2015:151), mens der ikke ses tal for screeningsdeltagelsen i tarmkræftscreening, er tarmkræftdødeligheden i Danmark relativt høj i forhold til OECD-gennemsnittet (OECD 2015:155). Screeningsprogrammerne i Danmark kan have en indflydelse på, at incidensen muligvis er højere end i andre lande, men synes derimod ikke at kunne forklare hvorfor dødeligheden er højere i Danmark end i andre lande.

⁴ I Dødsårsagsregisteret er dødsårsagen opgjort efter den tilgrundliggende dødsårsag. Den tilgrundliggende dødsårsag angiver ikke nødvendigvis den sygdom, som er den direkte dødsårsag, men derimod den sygdom, som kan føre til en kædereaktion af sygdomme, som leder til døden. Registeret er en opgørelse over dødsattester for individer, som har et CPR-nr. og var bosat i Danmark på dødstidspunktet (Sundhedsdatastyrelsen 2015a:15-16).

⁵ Eller det nærmeste år

Kræftscreeningsprogrammer i Danmark

I Danmark er der på nuværende tidspunkt tre kræftscreeningsprogrammer; brystkræftscreening (mammografiscreening), livmoderhalskræftscreening og tarmkræftscreening⁶ (Kvernør & Holten 2015a). Nedenstående tabel beskriver kræftscreeningsprogrammerne, samt deltagelsesprocenten⁷ for dem.

Tabel 1.2: Kræftscreeningsprogrammer i Danmark

Screening	Beskrivelse	Deltagelsesprocent ⁸
Livmoderhalskræft	Kvinder i aldersgruppen 23-49 år bliver hvert 3. år tilbudt at få foretaget en celleprøve fra livmoderhalsen, mens kvinder i aldersgruppen 50-64 år bliver tilbudt det hvert 5. år.	65,1%*
Brystkræft	Kvinder i aldersgruppen 50-69 år bliver hvert 2. år tilbudt at få røntgenfotograferet deres bryster.	80,4%**
Tarmkræft	Personer i aldersgruppen 50-74 år bliver hvert 2. år tilbudt at få analyseret en afføringsprøve, hvor der bliver undersøgt for usynligt blod.	64%***

Kilder: Sundhedsstyrelsen 2014:9;

*Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) 2016:4

**Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS) 2015:10-11

***Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS) 2016:3

Livmoderhalskræftscreening

Med indførelse af et organiseret tilbud om livmoderhalskræftscreening i 1962 var Frederiksberg Kommune den første kommune i Danmark, som indførte et organiseret tilbud, men efterfølgende fulgte en større andel af amterne. I 1986 kom de første anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, hvori anbefalingerne var, at kvinder i alderen 23-59 år skulle have tilbudt livmoderhalskræftscreening med et interval på 3 år. Disse anbefalinger blev indfriet i 2006 i forhold til samtlige amter og aldersgrupper (Kjøller et al. 2007:361; Sundhedsstyrelsen 2012:24). Sundhedsstyrelsen udsendte de seneste anbefalinger i 2012, hvori aldersgruppen er udvidet, og det blev anbefalet, at indkaldelsen til screeningen kun bliver indstillet, hvis der ikke identificeres HPV⁹ hos kvinder i alderen 60-64 år, da mange kvinder over 65 år stadig bliver diagnosticeret med livmoderhalskræft (Sundhedsstyrelsen 2012:3). Deltagelsesprocenten tager udgangspunkt i hvor mange, som har deltaget i livmoderhalsscreeningen op til 365 dage efter indkaldelsen. For 2014, som er den nyeste opgørelsesperiode, er deltagelsesprocenten på 65,1% (DKLS 2016:4).

⁶ Tarmkræftscreening dækker over screening for tyk- og endetarmskræft (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning 2014:3-4), herefter bruges tarmkræftscreening.

⁷ Deltagelsesprocenten opgør procentdelen af inviterede, som deltager i screeningen (Sundhedsstyrelsen 2014:16).

⁸ Se brødtekst for opgørelsestidspunkt

⁹ Livmoderhalskræft skyldes en HPV-infektion, men en HPV-infektion er dog ikke ens betydende med kræft, eftersom infektionen kan forsvinde af sig selv (Sundhedsstyrelsen 2012:27).

Livsmoderhalskræftscreening foregår ved den praktiserende læge, hvor der ved en gynækologisk undersøgelse udtages en celleprøve. På laboratoriet bliver der foretaget aldersspecifikke undersøgelser af prøverne (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning 2013a:6-8). Ved en positiv prøve for både HPV og celleforandringer bliver kvinden sendt til videre undersøgelse ved en gynækolog. Findes der i denne forbindelse svære celleforandringer, tilrådes et keglesnit, selvom celleforandringerne ikke nødvendigvis fører til kræft (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning 2013a:9,11).

Brystkræftscreening

Brystkræftscreening er i Danmark indført på forskellige tidspunkter afhængigt af kommunen og amtet. København Kommune indførte i 1991 brystkræftscreening for kvinder i aldersgruppen 50-69 år, mens Frederiksberg Kommune og Fyns Amt indførte det i henholdsvis 1994 og 1993. Det blev i 1999 vedtaget, at brystkræftscreening skulle tilbydes til alle 50-69 årige kvinder, men det var imidlertid først i 2005, at det blev vedtaget, at implementeringen skulle være gennemført senest i 2007 (Kjøller et al. 2007:359). Deltagelsesprocenten for den 4. screeningsrundes¹⁰ første halvdel var på 80,4% (DKMS 2015:10-11).

Brystkræftscreening bliver foretaget af specialuddannet personale, som røntgenfotograferer brysterne for forandringer. Fordi det kan være vanskeligt at adskille godartede forandringer fra kræftknuder, medfører mammografiscreening genindkaldelse til yderligere undersøgelser blandt omkring 26 ud af 1.000 deltagere (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning 2013b:4). De yderligere undersøgelser indebærer, at en læge mærker efter for forandringer, samt yderligere røntgenfotografering fra adskillige vinkler og eventuelt en ultralydsundersøgelse. Ved fund af en knude vil der blive foretaget en biopsi (væv- eller celleprøve) for at konstatere, om det er en kræftknude eller godartet knude (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning 2013b:5; Holten & Kvernrød 2015a).

Tarmkræftscreening

Tarmkræftscreening er påbegyndt i marts 2014, og er dermed den seneste indførte kræftscreening. 50-74 årige mænd og kvinder vil blive indkaldt til screeningen for første gang inden for tidsperioden 2014 til 2017 (Jakobsen & Holten 2015). Deltagelsesprocenten er udregnet gældende for de 10 første måneder af screeningens levetid, og beregnet ud fra hvor mange inviterede, som har deltaget senest 3 måneder efter modtagelsen af den sidste rykker. Her var deltagelsesprocenten på 64% (DTS 2016:3,8).

Ved screeningen modtager de inviterede med posten et prøvesæt, som foretages i eget hjem. På laboratoriet vil prøven blive analyseret for om den indeholder usynligt blod. Ved fund af blod i afføring bliver der foretaget en kikkertundersøgelse af tarmen (koloskopi), hvor årsagen til blodet bliver undersøgt, eftersom blod ikke nødvendigvis betyder, at individet har tarmkræft (Kvernrød & Holten 2015b). Polypper, som på sigt kan være årsag til tarmkræft, kan være grunden til blodet i afføringen, men hæmorider eller mindre rifter kan også

¹⁰ Alt efter region varierer starttidspunktet for den 4. runde fra 15.10.13 til 04.08.14, og der er omtrentligt opgjort tal fra 4. screeningsrundes første halvdel (DKMS 2015:4).

være grunden. Hvis der bliver fundet popypper, vil de uanset størrelse blive fjernet, for at sikre mod at de skulle blive til kræft (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning 2014:9,11-12).

Resultater af screening

Følgende afsnit beskriver de fire mulige screeningsresultater for at skabe en forståelse for hvorfor screening kan være problematisk. Nedenstående tabel viser udfaldsmulighederne:

Tabel 1.3. Udfaldsmuligheder i forbindelse med screening

		Er sygdommen der i virkeligheden?	
		Ja	Nej
Er der sygdom ifølge screeningsresultatet?	Ja	Sandt positiv	Falsk positiv
	Nej	Falsk negativ	Sandt negativ

Kilde: Christensen 2004:241

Det ses i tabellen, at der er sande og falske resultater, hvor sandt positiv er tilfælde, hvor individet er syg og screeningen viser, at individet har sygdommen, mens sandt negativ kendetegner resultater, hvor individet ikke er syg og screeningen ikke finder tegn på sygdom. Falsk positiv (falsk alarm) angiver individer, som reelt set er raske, men som screeningen viser, har sygdommen. Falsk negativ (falsk tryghed) kendetegner resultater, hvor individet er syg, men screeningen viser, at individet ikke har sygdommen (Christensen 2004:241-242; Sundhedsstyrelsen 2014:13,15). Årsagen til de falske resultater kan være fagpersonalets fejltolkninger, eller at screeningsmetoden ikke kan opnå et sandfærdigt resultat (Christensen 2004:241). Når kvaliteten af en screeningsmetode skal vurderes, snakkes der om sensitivitet og specificitet. Sensitivitet omhandler, hvor god en screeningsmetode er til at kategorisere alle syge som værende syge, mens specificitet omhandler, hvor god en screeningsmetode er til at kategorisere alle raske som værende raske. For sensitiviteten gælder det, at denne bør ligge på $\geq 80-90\%$, mens det gælder, at specificiteten bør ligge på $\geq 95\%$ (Kjøller et al. 2007:357). Dermed er lav sensitivitet forbundet med et højt antal falsk negative svar, mens lav specificitet er forbundet med et højt antal falsk positive svar (Schroeder 2014).

For mammografiscreeninger med 2 år mellem screeninger, som det danske, gælder det, at der blandt kvinder uden symptomer er en sensitivitet mellem 56-86%. Specificiteten ligger derimod mellem 94-97% (Brodersen 2006:14). For den danske livsmoderhalskræftscreening er der estimeret et tilnærmelsesvis mål¹¹ for henholdsvis sensitivitet og specificitet gældende for den sværeste grad af kræftforstadier eller værre. I

¹¹ Disse tilnærmelsesvis mål bliver ikke anvendt i den seneste årsopgørelse fra DKLS, da der er skepsis over for opgørelsesmetodens validitet (DKLS 2016:5). Derfor kan de angivne tal være problematiske.

perioden 2010/2011 er sensitiviteten udregnet til 69,9%, mens specificiteten var på 95,3% (DKLS 2015:23,31; Sundhedsstyrelsen 2012:49,61-62,153). Dermed efterlever to¹² af de danske screeningsprogrammer ikke retningslinjen i forhold til sensitiviteten, som ligger under det anbefalede niveau på 80-90%, hvorved antallet af falsk negative resultater er højere end det bør være.

Screeningskriterier

I 1968 udarbejdede Wilson og Jungner ti kriterier for WHO, som bliver anvendt til at bedømme, om et screeningsprogram skal oprettes (Sundhedsstyrelsen 2014:7). Screeningskriterierne blev dannet for at kunne vurdere hvilke sygdomme, der kan screenes for, eftersom Wilson & Jungner var bevidste om, at selvom screening kunne synes gunstig i sygdomsbekæmpelse, var der en række problemstillinger forbundet hermed (Andermann et al. 2008:317). I 2014 udsendte Sundhedsstyrelsen deres seneste retningslinjer for hvorledes screeningsprogrammer skal vurderes. Deres argumentation for de ti nye kriterier var, at der var kommet ny indsigt i bl.a. psykologiske og sociale områder af screening, heriblandt at individet sygeliggøres og overbehandles. Da det, ifølge Sundhedsstyrelsen, er disse ti kriterier, som på nuværende tidspunkt bør blive anvendt i vurdering af et dansk screeningsprogram (Sundhedsstyrelsen 2014:4,7), redegøres der for disse.

Tabel 1.4. Sundhedsstyrelsens kriterier for vurdering af befolkningsrettede screeningsprogrammer

1	Screeningsprogrammet skal reducere den sygdomsspecifikke dødelighed og/eller sygelighed.
2	Tilstanden, der screenes for, skal udgøre et væsentligt sundhedsproblem.
3	Tilstandens naturhistorie skal være tilstrækkeligt kendt, og tilstanden skal kunne påvises på et latent eller asymptomatisk stadie.
4	De anvendte testmetoder skal være simple, sikre, præcise, validerede og acceptable.
5	Der skal findes effektive og acceptable metoder til udregning og behandling, som giver bedre resultat, hvis tilstanden opdages, før den bliver symptomgivende.
6	Gavnen af screeningsprogrammet skal opveje mulige skadevirkninger.
7	Den enkeltes autonomi og integritet skal respekteres under hensyntagen til en overordnet anbefaling om at deltage i screeningen, og programmet skal samlet set give en retfærdig fordeling af anvendte sundhedsydelser.
8	De økonomiske omkostninger forbundet med screeningsprogrammet skal stå i rimeligt forhold til det sundhedsmæssige udbytte.
9	Invitation til screeningsprogrammet skal give en forståelig og nuanceret information om fordele og ulemper ved deltagelse, skal informere om mulighed for at framelde programmet samt informere om alternativer til screening.
10	Der skal sikres monitorering og kvalitetssikring af screeningsprogrammet med klar ansvarsplacering ift. behov for ændringer og afvikling.

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2014:6

¹² Det har ikke været muligt at finde gyldige tal for sensitiviteten og specificiteten for den danske tarmkræftscreening.

I projektet vil der blive fokuseret på det 6. kriterium, eftersom dette stemmer overens med projektets formål om at forstå mulige skadevirkninger af deltagelsen i kræftscreeningsprogrammerne. Formålet er dog ikke, at vurdere om eventuelle skadevirkninger overstiger gavnligheden af screeningen, men blot at undersøge nogle af skadevirkningerne for at forstå konsekvenserne af kræftscreeningsprogrammerne. Der vil dermed hovedsageligt i projektet blive fokuseret på de negative konsekvenser for individet, men det anses væsentlig at lede efter empiri, som kan modvise konsekvenserne. Der vil blive undersøgt den individuelle oplevelse af screeningsdeltagelse, idet det kan formodes, at informanterne vil italesætte fordele ved screeningerne, og dermed skabe en mere nuanceret forståelse af screeningsdeltagelsen. Yderligere argumentation for brugen af den kvalitative metode i projektet ses i Kapitel 2.

Fordele og ulemper ved screening

I dette afsnit præsenteres kort nogle af fordelene med screening, hvorefter der vil blive fokuseret på de individuelle ulemper, eftersom der i projektet vil blive undersøgt individets konsekvenser ved screeningerne i Danmark.

Af fordele ved screening kan der nævnes, at der er bedre mulighed for helbredelse ved hjælp af mindre indgribende behandlinger, at tidlig behandling kan spare penge, samt at et negativ svarresultat kan skabe tryghed for individet (Kjøller et al. 2007:359). Af Kræftens Bekræftelses hjemmeside fremgår det, at dødeligheden bliver mindsket med over 30% ved deltagelse i brystkræftscreening for kvinder, som er ramt af brystkræft (Holten & Kvernrød 2015b), men kritikere hævder, at der mangler beviser for mindskningen i brystkræftdødelighed, idet undersøgelserne indeholder bias (Gøtzsche et al. 2009:447). At der er bedre muligheder for behandling og øget fokus på brystkræft er derimod, ifølge kritikere, hovedårsagen til at brystkræftdødeligheden er faldet (Gøtzsche & Jørgensen 2013:17). Der synes at være mindre diskussion omkring effekten af livmoderhalskræftscreeningen end effekten af brystkræftscreening (Aro 2015:79).

Length bias kan overestimere den positive effekt af screening. Problemet er, at screening i højere grad indfanger de tilfælde af kræft, som er langsomt voksende og har bedre helbredelsesmuligheder, mens de hurtigt voksende kræftformer ikke bliver fundet under screeningen, men derimod bliver diagnosticeret imellem screeningerne som intervalkræft. De langsomt voksende kræftformer kan medføre overdiagnosticering og overbehandling, hvor sygdommen bliver behandlet, på trods af at den ikke vil have betydning for individet, mens det lever (Sundhedsstyrelsen 2014:12,15; Vallgård et al. 2014:134-135).

En række ulemper er forbundet med de falske svarresultater. Falsk positiv kan være problematisk og give psykologiske problemer såsom en angst for at være alvorlig syg og unødvendige bekymringer til individet bliver frikendt for kræft (Christensen 2004:242,244-245; Det Etske Råd 1999:66). En dansk kvantitativ undersøgelse har vist, at falsk positiv kan have psykosociale konsekvenser op til 36 måneder efter den endelige diagnose (Brodersen & Siersma 2013:111). Falsk negativ kan have den effekt, at efterfølgende sygdomssymptomer ignoreres og derfor opsøges lægen på et senere tidspunkt end ellers, grundet den falske tryghed som screeningen kan skabe (Sundhedsstyrelsen 2014:15; Det Etske Råd 1999:67).

Invitationen til screening kan være forbundet med nogle ulemper. Det opleves bl.a. ikke som værende frivilligt at deltage i screening, hvilket skyldes, at individet ikke ønsker at blive bebrejdet i det tilfælde at deltagelsen fravælges og individet efterfølgende skulle blive syg af sygdommen, som screeningen skulle opfange (Det Ethiske Råd 1999:63). Indkaldelsen til screening kan desuden medføre en risikofølelse for at have sygdommen og skabe sygeliggørelse, hvilket betyder, at individet opfatter sig selv som syg, på trods af at dette ikke er tilfælde (Sundhedsstyrelsen 2014:20). Det kan også skabe bekymringer at blive inviteret til screening, da det sker på sundhedsvæsnets initiativ, idet individer herigennem kan blive klar over, at de er i risikogruppen for kræftsygdom (Det Ethiske Råd 1999:72). Formålet med screening er bl.a. at finde sygdomme inden de giver symptomer, hvilket kan betyde, at der opstår en afhængighed af eksperter til at erklære at individet ikke er syg. Afhængigheden ligger i at individet ikke vil have en følelse af at rask uden de gentagne screeninger med et negativ resultat. Det kan føre til, at individet bliver passivt i forhold til egen sundhed og ikke forstår det som eget ansvar at være sund eller passe på sit helbred, men derimod sundhedsvæsnets opgave at sikre at sygdomme konstateres. Det kan betyde, at individet kan overhøre symptomer og gå til lægen for sent (Sundhedsstyrelsen 2014:20; Det Ethiske Råd 1999:71-72). Da antallet af falsk negative resultater for nogle af screeningerne overstiger det anbefalede niveau, kan det formodes at være problematisk, hvis screeningerne fører til passivitet, da dette vil føre til at individet bliver behandlet senere. Derfor vil der i projektet blive undersøgt om individet bliver passiv af screeningsdeltagelsen.

Det er således en række mulige ulemper ved screening, hvor det er interessant at selve invitationen kan have konsekvenser for individet i form af øget bekymringer, bevidsthed om at befinde sig i en risikogruppe, afhængighed af eksperterne, samt passivitet over for egen sundhed. Disse mulige konsekvenser er relevante at belyse nærmere i projektet, idet potentielt mange individer kan opleve disse konsekvenser ved screening som følge af at deltagelsesprocenten i kræftscreeningsprogrammerne er på 64-80%. Desuden bliver der i projektet taget udgangspunkt i raske individer, eftersom fordelene ved screeningerne om muligt ikke bliver oplevet hos disse, som derved kun oplever ulemperne (von Bülow 2000:1058).

Det Ethiske Råd udarbejdede i 1999 en redegørelse for screening, hvori der blev opstillet en række anbefalinger. Blandt anbefalingerne var, at nye screeningsprogrammer skulle bedømmes i forhold til om de indbefattede de samme eller til nogle grad de samme individer, som allerede deltog i andre programmer (Det Ethiske Råd 1999:78). Det Ethiske Råd skriver følgende: *"Der bør ske en vurdering af deltagelse i et enkelt program i forhold til flere, for at få et indtryk af, om den samlede effekt af screeningsprogrammer kan være sygeliggørende eller ængstliggørende for bestemte grupper."* (Det Ethiske Råd 1999:78). Anbefalingen er interessant set i forhold til, at de tre danske screeningsprogrammer delvist er rettet mod samme befolkningsgruppe. På denne baggrund anses det som interessant hvilken betydning deltagelsen i flere screeningsprogrammer har for individets bekymringer. Derfor vil der i projektet blive fokuseret på kvinder i alderen 50-64 år, idet disse bliver tilbudt alle tre screeningsprogrammer. Da implementeringsperioden for tarmkræftscreening løber til og med 2017, vil der være kvinder i denne aldersgruppe, som endnu ikke har været inviteret til tarmkræftscreeningen. Gruppen er dog potentielt den gruppe, som deltager i flest

screeninger¹³. Derudover kan gruppen allerede i en årrække have deltaget i livmoderhalscreening, hvor Det Ethiske Råd argumenterer for, at sandsynligheden for at individet oplever usikkerhed og bekymringer kan forøges desto flere gange, individet deltager i screeninger (Det Ethiske Råd 1999:72). Dermed kan denne gruppe i særlig høj grad være bekymret, og derfor der i projektet blive undersøgt hvordan denne gruppe oplever screeningsdeltagelsen.

Den danske læge Inga Marie Lunde (1997) påpeger ligeledes, at deltagelsen i flere screeninger kan have konsekvenser for individet:

”Screeningsbudsskabet, at du biologisk set kan være syg, selv om du føler dig rask, indeholder også et alment budskab om at sygdom ikke afslører sig selv. Hvis det repeteres via mange forskellige screeningstilbud, kan det forstærke oplevelsen af, at man ikke selv er i stand til at bedømme kroppens tilstand” (Lunde 1997:23).

Lunde påpeger, at flere screeninger kan gøre, at individet i mindre grad oplever, at det er muligt selv at vurdere sit helbred. Dette anses i projektet som interessant i forhold til, at en mulig konsekvens ved screening er en afhængighed af lægerne til at vurdere ens helbred. I projektet formodes det, at antallet af screeninger kan have betydning for afhængigheden af lægerne, og at de 50-64 årige kvinder kan være blandt de mest afhængige af lægerne, hvilket gør gruppen yderligere interessant at undersøge i projektet. Derfor vil projektet undersøge om kvinder i alderen 50-64 år oplever bekymringer, og de bliver klar over, at de befinder sig i en risikogruppe for kræft, samt om de bliver afhængige af lægerne til at vurdere deres helbred, og dermed passive over for egen sundhed som følge af screeningerne. Der vil dermed i projektet blive undersøgt konsekvenserne ved deltagelse i flere screeninger.

Screening i et sociologisk perspektiv

Der har i de seneste år været en øget interesse for screening inden for sociologien, hvor der er kommet et mere kritisk perspektiv på screening. Screening er interessant sociologisk, idet der kan være forbundet sociale og etiske problematikker til denne sociale intervention (Armstrong & Eborall 2012:4-5). En række sociologiske traditioner, herunder sundhedssociologi, kroppens sociologi og risikoperspektivet er anvendt i undersøgelsen af screening som fænomen (Armstrong & Eborall 2012:7). Der vil i det følgende blive givet en række eksempler på sociologiske perspektiver på screening, for at forstå hvorfor screening er interessant i et sociologisk perspektiv.

Sociologen David Armstrong argumenterer for, at der i 1900-tallet er opstået en ny medicinsk model, som han kalder for ‘Surveillance Medicine’. I denne tidsalder er der en overvågning af hele befolkningen, hvilket betyder, at lægevidenskabens interesse ikke kun er rettet mod syge individer (Armstrong & Eborall 2012:5). Der ses et ændret forhold i hvad der anses som rask og syg, som følge af, at Surveillance Medicine, modsat den tidligere model Hospital Medicine, er rettet mod hele befolkningen (Armstrong 1995:395). Det medfører,

¹³ Der er kun en yderligere aldersgruppe (65-69 årige kvinder), som bliver tilbudt to screeninger, hvoraf den ene er tarmkræftscreening.

at syg og rask ikke længere skal forstås som havende et binært forhold, idet det er muligt at være sundere samt både være syg og rask på én gang. Symptomer og tegn på sygdom samt sygdomme får en ny betydning, hvor disse bliver forstået som værende faktorer, der potentielt på sigt kan føre til sygdom, hvilket betyder, at der fokuseres på risiko (Armstrong 1995:400). Der bliver en tidsmæssig dimension i sygdom, eftersom der i Surveillance Medicine anvendes screeninger og sundhedskampagner, som kan være med til at ændre nutidige adfærd og derigennem fremtiden (Armstrong 1995:402).

Et andet kritisk perspektiv på screening er medikaliseringsbegrebet (Armstrong & Eborall 2012:5). Medikaliseringen indebærer, at det lægevidenskabelige område udvides og i højere grad bliver der i forklaringen af individets adfærd og problemer anvendt lægevidenskabelige begreber. Lægevidenskaben har dermed fået en større rolle i samfundet (Kennedy & Kennedy 2010:vi). Psykologen John-Arne Skolbekken argumenterer for, at medikaliseringen har gjort, at en risikofaktor for sygdomme er normale kropsfunktioner, hvilket gør lægebehandling nødvendigt. Processen indebærer, at det ikke kun er symptomprægede individer, som har brug for lægebehandling, men det har symptomfrie individer også. Konsekvensen er, at lægevidenskaben, hvor screening kan ses som et eksempel, kommer til at fokusere på tilsyneladende raske individer. Lægebehandling af stadig flere individer uden sygdomssymptomer er en følge af medikaliseringen (Skolbekken 2008:17).

Sociologen Regina H. Kenen har ligeledes en forståelse for, at lægevidenskabens område er udvidet, og at der i højere grad bliver fokuseret på individets risiko. Kenen argumenterer for, at der opstået en ny lægevidenskabelige tilstand, som hun betegner 'at-risk health status' (Kenen 1996:1545). Bl.a. bliver screeninger fx for prostatakræft en del af de nye arbejdsområder, som lægevidenskaben får, som følge af at-risk health status (Kenen 1996:1546). En af de metoder, hvorved individet anses for at have en at-risk health status, er at det af sundhedsvæsenet bliver defineret som værende i risikogruppen for en bestemt sygdom. Der vil være en anbefaling omkring screeninger, eftersom individets helbredstilstand kan være ukendt for individet selv. Screening kan medføre, at individet opnår viden, hvorved individet kan undgå at blive alvorlig syg af fx kræft, eller for en tid undgå at dø. Individets at-risk health status er ofte, ifølge Kenen, et resultat af, at der bliver anvendt screeninger (Kenen 1996:1546-1547).

De tre perspektiver påpeger, at der sker en udvidelse af lægevidenskabens område, og at der bliver fokuseret på individets risiko. Dette medfører screeninger, og derfor vil screeninger i projektet blive forstået som et karakteristikum ved det nuværende samfund. Der vil i projektet blive undersøgt hvilken betydning, det har for tilsyneladende raske kvinder at leve i et samfund, hvor helbredet bliver overvåget.

Problemformulering

De overstående afsnit har vist, at der kan være en række problematikker forbundet med screeningsprogrammerne. Der bliver i projektet fokuseret på konsekvenserne af invitationen, da potentielt mange individer kan blive påvirket af konsekvenserne ved invitationen, som følge af at screeningsprogrammerne har deltagelsesprocenter på 64-80%. Det anses som relevant i projektet at forstå

om screeningsdeltagere bliver passive som følge af screeningerne, eftersom dette, i relationen til at det anbefalede niveau af falsk negativ ikke efterleves, er problematisk. Derudover er de 50-64 årige kvinder fundet interessante i forhold til bekymringer og afhængighed af læger, da gruppen bliver tilbudt flere screeninger, og deltagelsen i flere screeninger kan have betydning for disse forhold. Dermed vil der i projektet blive undersøgt konsekvenserne ved deltagelse i flere screeningsprogrammer. Der vil blive taget udgangspunkt i raske kvinder, da det forventes, at disse kvinder ikke i højere grad oplever fordelene ved screening, men derimod kun ulemperne. Der vil blive fokuseret på kvindernes egne oplevelser med screening, og derfor er problemformuleringen som følgende:

Hvordan oplever raske kvinder i alderen 50-64 år invitationen og deltagelsen i screeninger?

Der er på baggrund af de nævnte konsekvenser ved screeningsinvitationen opstillet to arbejdsspørgsmål, som indsnævrer fokuset yderligere i specialet. De to arbejdsspørgsmål er som følgende:

Arbejdsspørgsmål 1: Screeninger medfører en øget følelse af risiko for kræft, og individet bliver bekymret

Arbejdsspørgsmål 2: Screeninger medfører, at individet bliver afhængig af læger til at vurdere deres helbred, og som følge heraf bliver individet passivt og fralægger sig ansvaret for egen sundhed

Der vil således blive fokuseret på om raske kvinder i aldersgruppen 50-64 år for at forstå hvilken betydning deltagelsen i flere screeninger har i forhold til følelsen af risiko og bekymringer, samt afhængighed af lægerne og passiviteten i forhold til egen sundhed. Dette vil blive undersøgt kvalitativt, og derfor vil der være tale om at undersøge om kvinderne som følge af screeningerne i højere grad føler sig i risiko for kræft, og om en subjektiv følelse af risiko øges.

Efter dannelsen af arbejdsspørgsmålene er der søgt efter teorier. Der er i udvælgelsen af teorier fokuseret på, at teorien kan belyse begge arbejdsspørgsmål, samt at teorierne til dels indeholder konkurrerende elementer for at kunne diskutere de mulige konsekvenser ved screening.

Som tidligere argumenteret for vil screeningen i projektet blive forstået som et karakteristikum ved det nuværende samfund. Derfor findes det relevant at inddrage medikaliseringensbegrebet til at forklare hvordan lægevidenskaben har fået en indflydelse over raske mennesker og hvilke konsekvenser, dette har for individet. Der vil indledningsvis blive skabt en forståelse for medikaliseringensbegrebet ud fra den medicinske sociolog Peter Conrad. Herefter vil hovedfokuset være på Ivan Illichs forståelse af medikaliseringen, idet hans teori berører, at lægevidenskaben kan gøre individet bekymret, men også at individet bliver passivt som følge af screening og afhængig af lægevidenskaben (Illich 1977:24,73,85). Illichs perspektiv stemmer dermed overens arbejdsspørgsmålenes udsagn, hvilket er årsagen til hans perspektiv er valgt.

I forhold til arbejdsspørgsmål 1 om screening medfører en følelse af risiko, synes det at være relevant at inddrage et perspektiv på risiko. Der er valgt at tage udgangspunkt i sociologen Ulrich Becks perspektiv, idet hans perspektiv belyser hvordan risiko bliver forstået i det senmoderne samfund, og hvilken betydning de

nye risici har. Derudover anses Beck som interessant i forhold til arbejdsspørgsmål 2, da han argumenterer for en afhængighed og kritik af videnskaben. Derfor ses der i Becks teori en uoverensstemmelse med arbejdsspørgsmål 2, der kun påpeger afhængigheden, og dermed virker Beck også som modvægt til Illichs forståelse. Beck er yderligere interessant, idet han har et perspektiv på individualiseringen, som medfører, at individet ansvarliggøres for eget liv (Sørensen & Christiansen 2006:20-21,31-32,77). Dette er ligeledes en modvægt til arbejdsspørgsmål 2, da dette synes at stride imod, at individet bliver passivt. Beck er dermed valgt grundet sammenspillet mellem disse elementer, som på forskelligvis kan belyse eller problematisere arbejdsspørgsmålene.

2. Tidligere litteratur

Følgende kapitel vil tage udgangspunkt i resultaterne af en litteratursøgning, der har fokuseret på at belyse arbejdsspørgsmålene samt de teoretiske perspektiver i forhold til screening. Proceduren for litteratursøgningen ses i Bilag A, hvor der ligeledes er en oversigt over artiklerne, som er fundet relevante. Formålet med kapitlet er skabe et overblik over den eksisterede litteratur, hvor der vil blive taget udgangspunkt i litteratur, der henviser sig direkte til problemstillinger, der ligner specialets. Første tema vil berøre oplevelsen af screeningsdeltagelsen, herunder om kvinderne bliver bekymret. De næste temaer fokuserer på artikler, som har anvendt specialets teorier i forhold til kræftscreeninger eller som på andre måder er interessante i forhold til teorierne. Det sidste afsnit vil belyse den tidligere litteratur i forhold til specialets fokus for derigennem at argumentere yderligere for projektets relevans.

Oplevelsen af screeningsdeltagelsen

I dansk sammenhæng har Inga Marie Lunde foretaget kvalitative undersøgelser af kvinders oplevelser af deltagelsen i henholdsvis mammografiscreening (Lunde 1997), og livmoderhalskræftscreening (Lunde & Nielsen 1993). De to undersøgelser finder lignende resultater, da kvinderne er glade for mammografitilbuddet (Lunde 1997:5), og størstedelen af både deltagere og ikke-deltagere anser tilbuddet om livmoderhalskræftscreening som positivt (Lunde & Nielsen 1993:52-53). I begge undersøgelser findes det, at screeningsdeltagelsen bliver forstået som en pligt, og at individer kan få dårlig samvittighed, hvis de ikke deltager (Lunde & Nielsen 1993:53-55; Lunde 1997:5,19). Lunde konkluderer, at det kan være vanskeligt at afvise screeningstilbuddet, da kvinderne vil bebrejde sig selv i tilfælde af deltagelse i screening afvises og at man senere bliver diagnosticeret med kræft. Dette kan hænge sammen med, at der er et øget fokus på individets adfærd som årsag til sygdomme (Lunde 1997:21). Det bliver fundet, at der en stor tiltro til resultatet af livmoderhalskræftscreening er rigtig (Lunde & Nielsen 1993:61), mens der bliver fundet tre opfattelser i forbindelse med mammografiscreening; dem, som tror mammografiscreeningsresultat er helt sikker, dem, som ikke har overvejet screeningens sikkerhed, og dem, som forbinder mammografiscreening med en lille usikkerhed (Lunde 1997:14).

Der er ligeledes en række punkter, hvor undersøgelserne belyser forskellige perspektiver. Lunde & Nielsen finder en kvinde, der afviser at deltage, som følge af hun ikke mener, at der er tale om en forebyggende undersøgelse. Hun mener ikke, at den kan sikre, at hun forbliver rask, men at den derimod kan medføre sygdom eller en sygdomsfølelse (Lunde & Nielsen 1993:54-55). Lunde finder, at screeningen giver deltagerne tryghed og sikkerhed, og en følelse af, at de selv har mulighed for aktivt at gøre noget. En række kvinder mener, at der ikke er forbundet ulemper ved screeningen, mens andre mener, at fordelene opvejer ulemperne (Lunde 1997:9-10).

Derudover er der fundet en række litteraturstudier, som belyser om screeningen medfører bekymringer. Brett et al. (2005) finder, at screening blandt kvinder, som bliver frikendt for brystkræft, ikke medfører store psykologiske konsekvenser. Der kan være tale om tilfælde, hvor kvinder ved invitationen føler angst, men

efter screeningsresultatet vil denne angst mindskes, eftersom at frikendelsen for kræft beroliger kvinderne. Det findes dog, at et falsk positiv leder til større psykologiske konsekvenser, hvor de langsigtede effekter heraf er uklare i undersøgelserne (Brett et al. 2005:934). Nelson et al. (2016) finder lignende resultater med Brett et al. (2005) både blandt litteraturstudier og nyere undersøgelser (Nelson et al. 2016:259-260). Et andet litteraturstudie har ligeledes fundet, at et negativ svar ved brystkræftscreening eller livmoderhalskræftscreening ikke medfører bekymringer, men har også fundet, at kvinder, som blev frikendt for kræft ved screeningen, er mindre bekymret i forhold til dem, som ikke deltager i screening (Cullen et al. 2004:946).

Brett et al. (2005) argumenterer for, at der kan være en række problematikker forbundet med nogle af de målinstrumenter, som er anvendt til at måle konsekvenserne ved screening. Problemet er, at de ikke direkte er rettet mod undersøgelsen af screeningens konsekvenser, og at sproget er forældet. Forfatterne argumenterer derudover for, at en metodekombinerende tilgang muligvis i højere grad ville kunne belyse de negative konsekvenser ved screening (Brett et al. 2005:934). Von Bülow (2000) har i dansk sammenhæng foretaget et litteraturstudie, hvor det ligeledes blandt spørgeskemaundersøgelser bliver fundet, at kvinder, som får et negativ resultat ikke oplever psykologiske konsekvenser, hvilket kvinder, som får et falsk positiv resultat derimod gør. Von Bülow er kritisk over for resultaterne og mener, at den kvantitative tilgang kan overse den mindre andel af screeningdeltagere, som i forbindelse med screeningen gennemlever psykologiske konsekvenser. Ifølge von Bülow kan det potentielt være mange kvinderne, der oplever negative konsekvenser, eftersom mange millioner kan deltage i screeningen. Blandt de studier, hvor kvindernes perspektiv har været i fokus, findes det, at frygten for at have kræft stadig eksisterer efter screeningen blandt nogle kvinder, og at der er en usikkerhed om screeningsresultatet er rigtigt (von Bülow 2000:1057-1058).

Medikalisering

Calnan (1984) tager i sin undersøgelse udgangspunkt i Illichs medikaliseringsforståelse for at undersøge om der er en afhængighed af medicinsk teknologi. Fokusset er på om engelske kvinder foretrækker brystkræftscreening eller selvundersøgelseskursus inden de har deltaget i disse, og derved om kvinderne overlader ansvaret til lægerne eller selv er ansvarlig for at finde kræften (Calnan 1984:561-562). En række af Calnans fund peger mod, at kvinderne er afhængige, da der er en præference for screeninger blandt mange af kvinderne. Denne præference skyldes, at kvinderne i mindre grad stoler på, at de selv kan finde kræft set i forhold til screeningen. Baggrunden for kvindernes brug og positivitet over for selvundersøgelse skyldes til dels et manglende kendskab eller adgang til andre måder at identificere kræft på, og ikke at det gør det muligt selv at tage ansvar for sin krop. Der er ligeledes resultater, som peger i den modsatte retning, hvilket bl.a. ses ved at nogle kvindernes præference for screening skyldes, at deltagelsen i selvundersøgelseskursus sammen med andre kvinder bliver forbundet med en pinlighed (Calnan 1984:568). Nogle af kvinderne afviser både deltagelsen i screening og selvundersøgelseskursus, som følge af, at de føler sig raske og føler, at de ville være klar over, hvis de fejlede noget. Calnan konkluderer, at der er flest tegn på at, der af den medicinske teknologi er en afhængighed blandt kvinderne end at kvinderne selv tager ansvaret (Calnan 1984:569).

Griffiths et al. (2010) undersøger i et medikaliseringsspektiv, hvordan engelske kvinder bliver påvirket af medicinsk teknologi. Forfatterne finder i et kvalitativt studie, at kvinderne uden at tænke videre over det blot deltager i screeningerne, da dette bliver forstået som en social forpligtelse. Screening bliver noget, som skal foretages hvert 3. år, hvorefter kvinderne ikke tænker mere over dette før næste screening (Griffiths et al. 2010:659-660).

Kvinderne oplever desuden screening som at synliggøre noget, som ellers ikke er muligt selv at erfare. Kvinderne mener, at screeningerne er bedre til at identificere kræft end hvad de selv kan føle sig til ved selvundersøgelser, og at screening medfører en større forsikring om, at man ikke har kræft end selvundersøgelse. Forfatterne argumenterer for, at screening medfører, at der skabes en forståelse blandt kvinderne for, at de ikke selv kan kontrollere brysterne, og at screening er nødvendigt (Griffiths et al. 2010:660-662). Med screeningens budskab følger, at brysterne kan få mindre opmærksom af kvinderne i perioden mellem to screeninger, hvilket kan medføre, at kvinder i mindre grad selv finder kræften på et tidligt stadie. Afhængigheden af screening bliver større i kraft af den store tiltro til screeningen, som de fleste af kvinderne har. Tiltroen til screeningen forbliver selv intakt blandt de få kvinder, som er i tvivl om resultatets sikkerhed, eftersom fejlene i højere grad opfattes som menneskelige fejl (Griffiths et al. 2010:662).

Et norsk studie (Solbjør et al. 2015) finder ligeledes, at medikaliseringen kan have en indflydelse, idet de finder, at i stedet for at individet stoler på sin krop, så stoler individet i højere grad på teknologien. Kvinderne føler sig mere sikre på, at de er raske som følge af screeningen. Årsagen bag dette er, at individet bliver usikker på sin krop, som følge af at kræft kan være til stede uden individet selv ved det (Solbjør et al. 2015:571-572). Derudover argumenterer forfatterne for, at det bliver anset som værende ansvarligt at deltage i screening, eftersom der er stor fokus på, at sundhed er noget individet selv skal udvise ansvar for, samt at screening ses som en af eneste måder til at identificere brystkræft. Derfor kan ses som en moralsk forpligtelse at følge eksperternes anbefalinger om at deltage (Solbjør et al. 2015:572).

Howson (1999) finder ligeledes, at der i screeningsdeltagelsen er en moralsk perspektiv, hvor det bliver forventet, at kvinder deltager i livmoderhalsscreening, men også i nogle tilfælde får andre til at deltage. Derudover argumenterer Howson for, at det at sygdomme bliver forsøgt undgået igennem livmoderhalsscreeninger kan gøre, at individet i risikosamfundet føler sig mere sikkert (Howson 1999:419).

Kritik eller tillid til videnskaben

Vahabi & Gastaldo (2003) undersøger kvalitativt opfattelsen af mammografiscreening blandt canadiske kvinder ud fra tre risikoperspektiver herunder Becks. Det bliver fundet, at mange kvinder tilkendegiver, at lægernes anbefalinger er vigtig for, at de vil deltage. En vis afhængighed af lægerne opstår som følge af at kvinderne føler, at de ikke har nok viden, og at eksperterne må have en større viden, og der ses dermed en tillid til eksperterne. Der bliver fundet eksempler på Becks forståelse, eftersom at en række kvinder nærer mistillid til videnskaben, hvilket kommer til udtryk ved, at kvinderne ikke tror på screeningsredskabets mulighed for at identificere kræft (Vahabi & Gastaldo 2003:251-252). Derudover bliver screening og

selvundersøgelse anset blandt en del af kvinderne, som være med til at sikre at man forbliver sund, samt er med til at udvise ansvar over for sin sundhed (Vahabi & Gastaldo 2003:252-253).

Solbjør et al. (2012) har kvalitativt undersøgt hvilken betydning intervalkræft har for norske kvinders tillid til screening. Forfatterne finder, at kvinderne, som følge af at blive diagnosticeret med intervalkræft, bliver opmærksomme på hvordan screening kan være mangelfuld, men de mister dog ikke deres tillid til screeningen (Solbjør et al. 2012:1748). Kvinderne forbliver tillidsfulde af to årsager: kendskabet til at screeningen har hjulpet andre, samt man får bedre overlevelseschancer statistisk set som følge af screening. Kvinderne vil hellere screenes end slet ikke at blive screenet, selvom der er en risiko for at den overser nogle kræfttilfælde. Dette skyldes, at screening bliver forstået som den eneste mulighed for at identificere brystkræft, og derfor er det nødvendig for kvinderne at have tillid til screeningen. Kvinder efterspørger i stedet mere screening som resultat af intervalkræft (Solbjør et al. 2012:1749-1750).

Yderligere har en dansk kvalitativ undersøgelse af konsekvenserne ved falsk positiv ved mammografiscreening viser, at de screeningskabte bekymringer, som er en følge af det falske positive resultat, medfører, at kvinderne bliver mere positivstemte over for screening og efterspørger mere screening (Lindberg et al. 2013:712).

Specialets fokus i relation til den tidligere litteratur

De fundne artikler synes at indikere, at der er foretaget flest undersøgelser af mammografiscreening, idet kun tre af artiklerne, Lunde & Nielsen (1993), Howson (1999) og Cullen et al. (2004) beskriver andre screeninger end mammografiscreening. Desuden fokuserer samtlige artiklerne kun på deltagelsen i en enkelt screening, hvorimod specialet fokuserer på tre screeningsprogrammer. Ved at fokusere på andre screeninger end blot mammografiscreening i specialet opnås en forståelse for om de nævnte konsekvenser i den tidligere litteratur kun gælder i forhold til mammografiscreening eller om de er generelle konsekvenser ved screeningsdeltagelse. Derudover bidrager specialet med en forståelse af hvilken betydning, det har for kvinder at deltage i flere screeningsprogrammer.

Derudover har litteratursøgningen vist, at mange artikler har beskæftiget sig med om screeningsdeltagelsen skaber bekymringer, mens medikaliseringensbegrebet i mindre grad synes at være anvendt i forhold til kræftscreening (se forklaring i Bilag A). Da der i projektet er argumenteret for, at screening kan ses som et karakteristikum ved det nuværende samfund bl.a. grundet medikaliseringprocessen, synes det at være relevant at forstå hvilken konsekvenser medikaliseringen har for individet. Specialet bidrager dermed med yderligere forståelse af medikaliseringens konsekvenser for individet i relation til screening.

Yderligere har litteratursøgningen en indflydelse i forhold til den metodiske tilgang i projektet. Brett et al. (2005) argumenterer for, at en metodekombinerende tilgang kan give bedre forståelse for emnet, men af hensyn til projektets begrænset omfang er det vurderet, at det er bedre at gå i dybden med en metode. Der er valgt en kvalitativ tilgang, da de kvalitative undersøgelser i højere grad generelt synes at finde tegn på, at screeningdeltagerne oplever negative konsekvenser (Lunde 1997:1; Wardle & Pope 1992:621-622; von

Bülow 2000:1057-1058). Lunde (1997:1) argumenterer for, at de standardiserende spørgeskemaer ikke kan producere den viden, der er brug for, mens von Bülow (2000:1058) argumenterer for, at de psykometriske spørgeskemaer ikke synes at være den optimale metode til at skabe en forståelse for emnet. Det kan tyde på, at de kvalitative metoder kan være bedre til at belyse konsekvenserne ved screening end spørgeskemaundersøgelser. Derfor bliver det i projektet vurderet, at en kvalitative tilgang er hensigtsmæssigt i forhold til projektets emne. Specialet forsøger dermed, at imødekomme den kritik, der har været af den kvantitative metode i forhold til emnet ved at undersøge emnet kvalitativt.

3. Teori

I det følgende kapitel vil der blive redegjort for de to teoretiske perspektiver, som bliver anvendt i belysningen af screenings konsekvenser. Først vil der blive beskrevet forskellige perspektiver på medikaliseringen, men med vægt på Ivan Illichs forståelse af medikaliseringsprocessen. Derefter vil der blive redegjort for Ulrich Becks teori omkring risikosamfundet, hvor afsnittet vil berøre Becks forståelse af videnskabens rolle samt individualiseringsprocessen. Endelig vil der blive forklaret hvordan teorierne vil blive brugt i projektet, samt afslutningsvis blive diskuteret forskelle og ligheder mellem teorierne.

Medikalisering

Medikaliseringen er af sociologen Peter Conrad blevet defineret som: "*a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders.*" (Conrad 2007:4). Medikaliseringen indebærer dermed, at der opstår en lægevidenskabelige forståelse og behandlingsmetoder af et problem, som ikke tidligere er blevet forstået som et problem, som lægevidenskaben har taget sig af. Det indebærer også, at lægevidenskabens område bliver udvidet, og denne proces bliver af en række forskere vurderet til at være blandt de ændringer, som har haft størst betydning i den vestlige verden mod slutningen af 1900-tallet. Mange perspektiver har typisk været kritiske og forstået det som en overmedikalisering, hvorimod Conrad pointerer, at det blot er en proces (Conrad 2007:4-6). Medikaliseringen har haft en betydning for hvorledes afvigelse og normale processer forstås, hvor medikaliseringen stadig berører en større del af samfundet. I forhold til almindelige livsoplevelser er eksempler på hvor medikaliseringen har haft indflydelse; angst, fødsel, alderdom og død. Der ses ligeledes eksempler på afmedikalisering, hvor problemer ophører med at blive forstået i en lægevidenskabelig kontekst, hvor eksempler er onani og homoseksualitet (Conrad 2007:6-7).

Conrad argumenterer for, at der er sket en medikalisering af risiko, eftersom det nutidige samfund bliver beskrevet som et risikosamfund med en øget mængde af lægevidenskabelige risici. Sygdommes risikofaktorer kan, grundet den teknologiske udvikling, blive identificeret på et tidligt tidspunkt, men har den effekt, at det bliver svært at skelne mellem hvad der er sygdom, og hvad der er risiko. Dette medfører, at risiko bliver anset som en sygdom og behandlet således, frem for blot en mulighed for at blive syg. Medikaliseringen af risiko vurderer Conrad vil øges, og derved øge mængden af screenings, og fører til at kroppen i stigende grad vil blive overvåget (Conrad 2007:163). Medikaliseringen fører til en øget medicinsk social kontrol, og derved at ansvaret for adfærd i mindre grad blive forstået som at være individets. Dette hænger sammen med, at adfærden/sygdommen derved skyldes individets biologi, og derved har individet det som Conrad betegner som en lægevidenskabelig undskyldning (Conrad 2007:151-152).

Medikalisering af tilværelsen

John-Arne Skolbekken og Ivan Illich taler henholdsvis om medikaliseringen af livet, og medikaliseringen af tilværelsen (Skolbekken 2008:18; Illich 1977:15), som begge kan belyse medikaliseringens relation til screening.

I relation til medikaliseringen af livet argumenterer Skolbekken for, at der i højere grad bliver fokuseret på risikofaktorer. Risiko har i stigende grad fået en betydning i litteraturen, og blandt de vigtigste diskurser på nuværende tidspunkt er risikodiskursen (Skolbekken 2008:18-19). Risici er ikke muligt for individet selv at mærke på sin krop, men udregninger, målinger eller overvågningsteknologi kan gøre risici synlige. Dette medfører, at der blandt individerne opstår en afhængighed af læger, som må vurdere individets sundhed, eftersom der ingen tillid er til kroppen (Skolbekken 2008:19). Risikodiskursen har dermed den konsekvens, at individet hele tiden bliver påmindet, om de er sårbare. Dette bliver benævnt som at-risk status, hvilket gør, at individet på en gang både er syg og rask. Individet kan komme i en bekymringstilstand, hvis at-risk status bliver skabt i forbindelse med surveillance medicine. Årsagen til bekymringerne skyldes selve det at overvåge sundheden end endeligt at der findes en risiko. Uanset om individet bliver anset som værende i risiko eller ej, kan individet blive påvirket heraf (Skolbekken 2008:19).

Ivan Illich og de tre former for iatrogenese

Ivan Illich har en baggrund i teologi og filosofi, og han er kendt for i 1970'erne at have kritiseret en række samfundsinstitutioner såsom uddannelsessystemet og lægevidenskaben. Heri var fokuset, at institutionernes effekt var den modsatte af deres hensigt, hvilket for lægevidenskaben betød, at individet som følge heraf blev syg (Kennedy & Kennedy 2010:20). Der vil i det følgende blive redegjort for Illichs kritik af lægevidenskaben med udgangspunkt i bogen *'Grænser for lægevidenskaben. Lægevæsenets nemesis: Undergravningen af sundheden'*. Illich starter bogen på følgende måde:

"Det etablerede sundhedsvæsen er blevet en af de største trusler mod vor sundhed. Den invaliderende indflydelse, som lægevæsenets kontrol udøver over sundhedsvæsenet, har antaget epidemiske proportioner. Iatrogenese, betegnelsen for denne nye epidemi, kommer af iatros, det græske ord for 'læge', og genesis som betyder 'oprindelse'." (Illich 1977:11).

Illich giver i bogen eksempler på hvordan lægevidenskaben er iatrogenetisk, hvilket er det ord som Illich bruger om forhold, der er fremkaldt af lægevidenskaben. Samtlige af samfundets forhold bliver influeret af iatrogenesen, hvor Illich omtaler processen som medikaliseringen af tilværelsen. Illich nævner tre former for iatrogenese; klinisk iatrogenese, social iatrogenese og kulturel iatrogenese (Illich 1977:15,258).

Illich beskriver hvordan sygdomsbilledet har ændret sig igennem de seneste generationer, hvor individerne i højere grad dør af sygdomme, som er forbundet med alderdommen, som følge af at de sygdomme, der tidligere slog mange mennesker ihjel, ikke længere gør det. Det er dog ikke lægevidenskabens fortjeneste, at sygdomsbilledet er ændret. Derimod har lægevidenskaben været medvirkende til at udvide sygdomsbyrden og skade individets sundhed (Illich 1977:19). Der er en opfattelse af lægevidenskaben er virksom som følge af den medicinske teknologi, men for de fleste af disse gælder det, at de ikke mindsker sygeligheden. I stedet er der en nytteløs lægebehandling af både smitsomme og ikke-smitsomme sygdomme, hvor effekten i forhold til de ikke-smitsomme sygdomme af Illich bliver anset mest anfægtelig (Illich 1977:22-23). Denne

nytteløse lægebehandling bliver dog overgået i alvorlighed af lægeskabte skader, såsom smerte, invaliditet og ængstelse. *Klinisk iatrogenese* omhandler i den brede definition alle kliniske sygdomme, hvor årsagen til sygdommen har været medicin, læger eller sygehuse. I den forbindelse nævnes bivirkninger ved medicin og overbehandling (Illich 1977:24-25).

Den sociale iatrogenese omhandler, at lægevidenskaben opmuntrer individet til at konsumere medicin for bl.a. at kurere og forebygge, og herved skabes sygdom og grundlaget for et sygt samfund (Illich 1977:26-27). Der er altså tale om lægevidenskaben gør, at forebyggelse og helbredelse bliver efterspurgt af individet (Morrall 2001:110). Sociale iatrogenese skyldes, at sundhedsvæsnets organisering muliggør eller kræver forandringer af socioøkonomiske karakter, som er med til at svække individets sundhed. Den sociale iatrogenese kommer til udtryk på en lang række områder, såsom at individet bliver mindre tolerant i forhold til lidelse og ubehag samt fratages rettigheden til at klare sig selv. Samt indebærer, at hverken fødsel, sygdom eller død kan foregå i individets eget hjem, men derimod skal foregå på sygehuset (Illich 1977:45-46).

Illich argumenterer for, at hvis strukturingen af samfundet gør det muligt at patientliggøre individer, som følge af deres alder, hvad enten der er tale om ufødte, nyfødte eller individer i en "kritisk alder", så betyder det, at lægerne overtager en andel af individets selvbestemmelse. Der er tale om en medikalisering af livets stadier, og igennem hele livet må individer gå til undersøgelser for at blive overvåget (Illich 1977:62-63). Det medfører ligeledes, at flere forhold kan forstås som sygdom, hvilket bl.a. indbefatter fremtidige risici. Individer forstås som følge heraf som patienter, på trods af de ikke fejler noget. Dette kalder Illich for medikaliseringen af forebyggelse, og er et resultat af den sociale iatrogenese (Illich 1977:68-69).

Dette medfører, at individets ansvar for fremtiden, i stedet bliver en institutions ansvar. Med medikaliseringen af forebyggelse udvides antallet af personer, som bliver påvirket af lægernes domme, da der ledes efter de individer, som er under særlig risiko. Illich henviser indirekte til screening, eftersom han nævner kontrolundersøgelser, hvor formålet er tidligt diagnose. Disse kontrolundersøgelser nedsætter dog ikke dødeligheden (Illich 1977:69-70). Illich argumenterer for at: "*Under alle omstændigheder omskaber den nogle mennesker, som føler sig raske, til at være patienter, der lever i ængstelse for deres dom*". (Illich 1977:70). Lægerne vil hellere diagnosticere raske personer end at overse en sygdom, og derfor har lægerne en tendens til at overdiagnosticere. Det er ikke kun lægerne, som kan tage fejl, men også diagnoseapparater kan tage fejl (Illich 1977:71-72). Konsekvenserne for individet beskrives på følgende måde:

"Diagnosearbejdet vil altid intensivere folks følelse af stress, demonstrere deres magtesløshed, pålægge dem passivitet og samle opmærksomheden omkring ikke-helbredelsen, om usikkerheden og om afhængigheden af fremtidige medicinske opdagelser, hvilket alt sammen betyder, at man mister retten til at bestemme over sig selv. Det isolerer også mennesket i en særlig rolle, skiller ham ud fra de normale og raske, og kræver, at han underkaster sig det specialiserende personales autoritet" (Illich 1977:73).

Diagnosearbejdet har således konsekvenser for individets selvstændighed, og skaber stress og passivitet hos individet. Det fører yderligere til, at det bliver obligatorisk at deltage i de forebyggende undersøgelser (Illich 1977:73). Individet bliver ikke forstået som rask, men derimod syg til det modsatte er dokumenteret igennem lægens overvågning. Samtidig har individet fået flere roller, hvor de både skal helbredes, foretages forsøg med og overvåges i forhold til deres sundhed. Som følge af de nye roller, har lægevidenskaben fået kontrol over en stadig større andel af befolkningen. Derudover bliver der skabt en afhængighed af lægebehandling blandt raske individer, eftersom de må forholde sig til deres fremtidige helbred (Illich 1977:85). Der er altså tale om der opstår en afhængighed af lægevidenskaben, hvilket illustrerer hvilken stor magt lægevidenskaben har (Morrall 2001:110).

Konsekvenser ved den kliniske og sociale iatrogenese er, at lægevidenskaben får mere magt over individets liv, hvilket gør, at individet ikke selv kan foretage beslutninger. *Den kulturelle iatrogenese* skal ifølge Illich forstås i forhold til hvordan individets liv bliver struktureret. Uanset hvilket aspekt af livet får individet råd fra lægevidenskaben (Morrall 2001:110). Den kulturelle iatrogenese fokuserer på hvordan lægevidenskaben har en negativ konsekvens for individets evne til at selv at håndtere sin svaghed og sårbarhed. Ifølge Illich er dette den værste konsekvens, som lægevidenskaben har medført (Illich 1977:27). Den kulturelle iatrogenese har en negativ betydning individets villighed til at gennemgå virkeligheden. Dette skyldes, at individet ikke kan forstås som lidende, idet lægevidenskaben bliver et redskab til at bekæmpe lidelse. Illich hævder, at lidelse er en del af det menneskelige liv (Illich 1977:129), men lægevidenskaben gør, at individet kan undslippe virkeligheden, da individerne ikke er præget af angst. Det betyder også, at individet ikke kan forstås som et rigtigt menneske, da Illich finder ubehag og sorg nødvendigt for individet (Morrall 2001:110). Der bliver tale om at individet mister sin evne til forstå virkeligheden, udvise sine værdier, samt at individet ikke vil finde sig i lidelse, svækkelse og dødsfald. Lægevidenskaben stræber dermed efter at foretage opgaver som det tidligere har været muligt for individet selv at tage vare på (Illich 1977:129,131). Således er det ikke muligt for individet at helbrede sig selv, og individet forventer at have et perfekt helbred. Helbredelsen bliver dermed overladt til andre (Kennedy & Kennedy 2010:25).

Risiko i det senmoderne samfund

I *'Risikosamfund – på vej mod en ny modernitet'* beskriver Ulrich Beck samfundsudviklingen, som har flyttet sig fra et klassisk industrisamfund mod et risikosamfund (Beck 1997:15,29). Beck hævder, at der kommer et nyt stadie af moderniteten i risikosamfundet, hvilket benævnes *den reflektive modernitet*, og skal forstås som at være en modernisering af industrisamfundet. Moderniseringen af traditionen er derimod udgangspunktet for det tidligere stadie, *den simple modernisering* (Beck 1997:16; Rasborg 2007:468-469). Med det nye stadie af moderniteten er der tale om en modernisering af moderniseringen selv. At moderniteten er blevet reflektiv vil sige, at moderniteten er blevet opmærksom på hvilke bivirkninger den medfører, og det er denne opmærksomhed på egne konsekvenser, der skaber refleksiviteten (Rasborg 2007:469). Med den reflektive modernitet følger en ny logik, hvor rigdom tidligere var i fokus, er det nu risiko (Beck 1997:19-20). Til at belyse

hvorfor samfundet kan betegnes som et risikosamfund, inddrages følgende definition af risiko fra den engelske version 'Risk Society':

"Risk may be defined as a systematic way of dealing with hazards and insecurities inducted and introduced by modernization itself. Risks, as opposed to older dangers, are consequences which relate to the threatening force of modernization and to its globalization of doubt. They are politically reflexive" (Beck 1992:21).

Citatet er centralt i forståelsen af risikosamfundet, eftersom grundforståelsen af Becks teori kan læses herudaf. Risiko bliver forstået som et produkt af samfundet – eller rettere en utilsigtet følgevirkning af industrisamfundet (Sørensen & Christiansen 2006:20; Rasborg 2007:463). Baggrunden for denne tanke er, at videnskaben i moderniteten var et middel til at hæmme usikkerheden, men i risikosamfundet genopstår usikkerheden grundet den videnskabelige udvikling (Sørensen & Christiansen 2006:20). Dermed kan de nye risici blive forstået som menneskeskabte risici (Rasborg 2007:463). Yderligere adskiller risiko i risikosamfundet sig fra tidligere risici ved at være mindre håndterlige og havende en mere uforudsigelig karakter. Grundet deres uforudsigelige karakter, kan det ikke lade sig gøre at forsikre sig mod de nye risici, hvilket tidligere var muligt (Sørensen & Christiansen 2006:20,27-29; Rasborg 2007:463,465). I risikosamfundet er der en daglig håndtering af risici blandt individerne, eftersom individerne er blevet klar over risicienes eksistens (Lupton 1999:59).

Risikoen skal ikke kun ses i forhold til eksisterende bivirkninger og skader, men der ses ligeledes elementer, som peger mod fremtiden (Beck 1997:46). Beck forklarer det på følgende måde: *"Grundlæggende drejer risici sig altså om foregribelsen af skader, som endnu ikke er sket, men som truer og for så vidt allerede i dag er reale. [...] For så vidt repræsenterer risici en fremtid, som det gælder om at forhindre."* (Beck 1997:46). Der fokuseres således på de farer, som man forventer, vil true i fremtiden, og dermed er risikobevidstheden på fremtiden frem for nutiden. Det har betydning for nutidige handlinger, eftersom der vil forsøges at hæmme og forebygge fremtidige problemer (Beck 1997:46-47).

Videnskabens rolle i risikosamfundet

Beck argumenterer for, at det for de nye risici i risikosamfundet gælder, at de ikke kan ses og heller ikke føles af dem, som udsættes for risikoen. Det betyder, at for kunne se risikoen er det nødvendigt med videnskabeligt udstyr såsom eksperimenter og måleredskaber, og derfor bliver der tale om en afhængighed af viden (Beck 1997:37-38). Individet er afhængig af eksperter, da det ikke er muligt for individet selv at vurdere farerne, som ses alle vegne. Eksperterne er dog ikke enige i hvad som er farligt og hvad som er ufarligt (Beck 1997:72). At individet er afhængig af viden for at synliggøre risici medfører, at individets erfaringer af Beck anses for at være "andenhånds ikke-erfaring" (Sørensen & Christiansen 2006:31).

Hvor der til starten af det 20. århundrede var en videnskabstro, er dette forhold ændret i risikosamfundet. Med en henvisning til Illich, hævder Beck, at individet i risikosamfundet er undsluppet eksperternes

umyndiggørelse, og samtidig kan en større andel udføre kritik af videnskaben (Beck 1997:255,276). I risikosamfundet har videnskaben en tredobbelt rolle, hvor den både er med til at skabe, definere og bekæmpe risici. Man bliver mere opmærksom på, at videnskaben ikke kun er problemløsende, men også problemskabende. På baggrund heraf opstår der en tvivl om videnskaben (Beck 1997:254-256). Beck beskriver på følgende måde hvordan videnskaben ses i risikosamfundet:

”Videnskaben mister sin aura, samtidig med at den bliver uundværlig. De tre påpegede udviklingstendenser – tabet af sandhed, tabet af oplysning og videnskabens stigende uundværlighed – er symptomer på én og samme udviklingsproces, nemlig opkomsten af et risikosamfund, som på én gang er videnskabsafhængigt og videnskabskritisk” (Beck 1997:279).

Citatet er med til at pointere det særlige ved videnskaben i risikosamfundet, eftersom der både er en afhængighed og kritik af videnskaben. Beck hævder således, at nødvendigheden af videnskaben stiger, samtidig med at den i større udstrækning ikke kan bestemme sandheden (Beck 1997:256). Hermed bliver videnskaben mere usikker og oplever et tab af magten. Ekspertter og lægfolk kommer i flere konflikter med hinanden, hvor Beck som eksempel nævner, at flere læger anklages for fejlbehandling (Beck 1997:268).

Yderligere er der tale om en differentiering af videnskaben, hvilket betyder, at dens resultater i højere grad bliver modsigende, uensartede og ikke komplementære. Dette gør det nødvendigt for individet selv at foretage beslutninger. Følgen af at videnskaben ikke længere er forbundet med sandheden er, at andre prøver fastslå sandheden, og andre samfundsaktører vil forsøge at få definitionsmagten, som videnskaben havde, uanset om den kan bruges til at negligere eller omfortolke risici (Beck 1997:275-276). Der er altså tale om en kamp om definitionen af risici imellem individer, staten og firmaer. Ændringerne i risikosamfundet medfører, at risici kan fortolkes på forskellige måder afhængig af konteksten og hvad samfundet er optaget af (Rasborg 2007:462).

Videnskaben er ikke længere overbevisende blot i kraft af, at det er videnskab, men det væsentlige er derimod at individet tror på videnskaben (Beck 1997:277). Som følge af videnskabens nye karakteristika, er det muligt for individet og politikere at foretage valg mellem forskellige eksperter. Konsekvensen er yderligere, at individets behov for tryghed i mindre udstrækning kan efterkommes af videnskaben. Det betyder, at individet selv er nødsaget til at foretage valg, og må være kritisk i forhold til eksperter og andre aktørers forskellige og opponerende udsagn (Beck 1997:219,288).

Endelig har Beck et perspektiv på lægevidenskaben, som er interessant i forhold til projektet. Beck hævder, at lægevidenskaben har gjort, at individet får en ny relation til sig selv, men har også ændret individets relation til sygdom, smerte og dødsfald. Selvom lægevidenskaben har haft en betydning for, at befolkningstallet er steget (Beck 1997:329), hævder Beck samtidigt, at lægevidenskabens succes har en negativ side, eftersom det bliver muligt at diagnosticere flere sygdomme, som er af kroniske karakter, og

derfor helbreder lægevidenskaben i mindre grad. Desuden argumenterer Beck for, at der sker en generalisering af sygdomme, som et resultat af denne udvikling. Dette medfører, at alle individer anses som værende syge, enten på nuværende tidspunkt eller tænkeligt, hvilket ikke afhænger af en sygdomsfølelse (Beck 1997:330-331).

Individualiseringen

Beck argumenterer for, at et yderligere karakteristikum ved risikosamfundet er individualiseringsprocessen. Processen omhandler, at individet oplever en frisættelse i forhold til bl.a. klasse, kønsroller og familie (Beck 1997:117-118). Med risikosamfundet opstår der nye måder at mindske usikkerhed og frygt, hvor det tidligere var igennem bl.a. familien, klassebevidstheden og kønsrollerne, er der i risikosamfundet i højere grad en forventning om, at individet selv skal mindske frygten (Beck 1997:103). Beck beskriver i samarbejde med Elisabeth Beck-Gernsheim individualiseringen, og hvordan denne medfører at: "*Normalbiografien bliver dermed til 'valgbiografi', til 'refleksiv biografi', til 'gør-det-selv-biografi'*". (Beck & Beck-Gernsheim 2002:15). Med denne biografi bliver der også tale om en risikobiografi. Individualisering skal ikke anses som et frit valg, men derimod en tvang som individet er underlagt. Individet må nu selv betragte, fortolke og behandle biografiens risici og usikkerheder, hvor dette førhen blev forstået ud fra ens familie og klasse (Beck & Beck-Gernsheim 2002:15,17).

Beck argumenterer yderligere for, at samfundsproducerede risici bliver individualiseret. Dette skyldes, at individet bliver influeret af institutionelle forhold, der dog bliver forstået som resultater af valg, som individet selv har foretaget (Beck 1997:217). Individualiseringen fører dermed til, at individet bliver ansvarligt for sig selv, og Beck betegner dette som "all-risk" individualisering, hvor det dermed gælder, at de risici og usikkerheder, som er skabt af samfundet, anses individet ansvarligt for (Sørensen & Christiansen 2006:77).

Derudover er sket en ændring i hvilke begivenheder, som gør individet ked af det. Førhen var det begivenheder, såsom krige eller dødsfald af ægtefællen, hvilket blev forstået som skyldes skæbnen, mens det i risikosamfundet er begivenheder såsom arbejdsløshed og skilsmisse, der skyldes, at individet ikke er tilstrækkelig. Der fremkommer altså nye personlige risici i risikosamfundet (Beck 1997:217-218), hvilket kan medføre angst og usikkerhed. Dette fører til, at individet oplever en øget usikkerhed af livet (Lupton 1999:71). Da risici er blevet individualiserede, betyder det, at samfundsforhold såsom arbejdsløshed og sygdom bliver forstået som personlige fiaskoer. Dette skyldes, at individet vil forstås som at ikke have ressourcer og egenskaber til at gøre brug de muligheder, der er i samfundet (Sørensen & Christiansen 2006:78-79).

Anvendelsen af teorierne

Følgende afsnit vil beskrive hvordan teorierne vil blive anvendt i projektet for herigennem at skabe en forståelse for hvorledes de teoretiske perspektiver kan belyse konsekvenserne af screening.

Medikalisering

Formålet med projektet er ikke at undersøge om der er tale om en medikalisering af forebyggelse eller tilværelse. Dette vil derimod være den præmis, der arbejdes ud fra. Der vil i stedet blive taget udgangspunkt

i de konsekvenser, som Illich, Skolbekken og Conrad berører i forhold til medikaliseringen, hvor der især vil blive fokuseret på de tre former for iatrogenese. I forbindelse med klinisk iatrogenese nævner Illich bl.a. ængstelse, hvilket vil blive forstået som bekymringer. Således vil det, at informanterne giver udtryk for, at screeningsdeltagelsen medfører bekymringer, anses som et udtryk for klinisk iatrogenese, idet bekymringerne da er skabt af screeningerne. Derudover vil informanternes kendskab til overdiagnose/overbehandling blive forstået som et kendskab til klinisk iatrogenese.

Den sociale iatrogenese omhandler hvordan organiseringen af samfundet medfører, at individet oplever en svækkelse af sin sundhed. Screening anses som et udtryk for sociale iatrogenese, eftersom det betyder, at den måde samfundet er udformet på, tillader, at individer bliver til patienter grundet at de befinder sig en kritisk alder. Screening kan også ses som en måde, at lægevidenskaben opmuntrer til brug af forebyggelse. Dermed kan der argumenteres for, at den sociale iatrogenese kommer til udtryk i Danmark, men det er ikke dette faktum, som vil blive undersøgt i projektet. Derimod vil de følger, som Illich nævner, som konsekvenser ved screeningerne, blive undersøgt. Disse konsekvenser indebærer bl.a. at individet bliver magtesløse, passive og afhængige af lægevidenskaben. Passivitet vil blive belyst ved at spørge ind til om kvinderne foretager selvundersøgelser eller tænker det ikke er nødvendigt grundet screeningerne, mens afhængigheden bl.a. vil blive belyst ud fra om kvinderne efterspørger screening. Derudover vil der blive belyst om screeningsdeltagelsen bliver oplevet som obligatorisk ved at spørge ind til at kvinderne synes man skal deltage i screeningerne.

Den kulturelle iatrogenese medfører, at individet ikke kan håndtere sin svaghed og sårbarhed, samt at mennesket ikke kan forstås som værende lidende, fordi lægevidenskaben er med til at udrydde lidelse. Der kan argumenteres for, at screeningsdeltagelsen, hvor der ledes efter forstadier og kræft, er et udtryk for, at individet forsøger at undgå lidelse, sygdom og død, og dermed i mindre grad er lidende. På den måde kan der argumenteres for, at den kulturelle iatrogenese kommer til udtryk i samfundet, og derfor vil dette perspektiv i mindre grad blevet belyst i analysen. Et yderligere perspektiv i forhold til den kulturelle iatrogenese er dog, hvordan individet har overladt ansvaret for sundheden til andre, hvorved det vil blive undersøgt om informanterne overlader ansvaret til lægerne, hvilket dog synes at være en generel konsekvens af medikaliseringen af tilværelsen.

Beck

For at forstå hvordan Becks teori vil blive anvendt, vil der inddrages et perspektiv fra Dawn S. Jones, som har analyseret fosterscreeninger ud fra Becks risikoforståelse (Jones 2007:37). Ud fra Becks forståelse argumenterer Jones for, at fosterscreening blive foretaget for at håndtere risikoen for at få et sygt barn, men igennem screeningerne produceres en risiko. Uden screeningen forekommer risikoen dermed ikke. Jones finder nemlig i sin undersøgelse, at det er deltagelsen i screeningen, der gør kvinderne opmærksomme på, at de har en risiko for at få et sygt barn (Jones 2007:39). Jones opsummerer det således: *"It is only through wanting to find out what one's risk might be, that the risk as such becomes 'knowable'"*. (Jones 2007:39). Eftersom kvinderne siger, at de vil undgå screening ved en evt. senere graviditet, argumenterer Jones for at,

kvinderne finder screening for risikabel. Risikoen indbefatter et falsk positiv resultat, som størstedelen af kvinderne har oplevet (Jones 2007:43,46). Der er dog nødvendigt at være opmærksom på, at der i Jones' kvalitative undersøgelse blot indgår seks kvinder (Jones 2007:41), men måden hvorledes Becks teori er anvendt i Jones' undersøgelse findes interessant i forhold til projektets fokus.

Screeningerne vil ud fra Beck i projektet blive forstået som et eksempel på at risikobevidstheden er rettet mod fremtiden, hvor en nutidig handling i form af screening kan være med til at hæmme eller forebygge fremtidig alvorlig sygdom. Ud fra Jones' forståelse kan der argumenteres for, at kræftscreening er et forsøg på at bekæmpe risikoen for i fremtiden at blive alvorlig syg af kræft, men at dette forsøg på at bekæmpe usikkerhed gør, at der produceres en risiko, som ikke forekommer uden screeningen. Der kan argumenteres for, at kvinderne i alderen 50-64 år er defineret som værende i risiko for kræft, i kraft af at være inviteret til screeningerne, og der vil i projektet blive undersøgt om kvinderne igennem deltagelsen i screeninger bliver gjort bevidste om, at de befinder sig i denne risikogruppe. Der skal forstås som at screeninger gør, at kvinderne føler sig i risiko for kræft, hvilket ville kunne forstås som en utilsigtet følgevirkning af samfundet.

At screening i Jones' undersøgelse bliver anset som risikabelt grundet et falsk positiv resultat, er ligeledes interessant i forhold til specialet. Der vil dog i specialet argumenteres for, at screeningen også kan producere andre typer af risici fx falsk negativ og overdiagnose/overbehandling. Disse mulige udfald af screeningen vil blive forstået som risici, som screeningsudstyret har været med til at skabe, og som kun eksisterer i kraft heraf. Det vil derfor blive undersøgt om informanterne har oplevet eller blot har kendskab til disse screeningsskabte risici, og hvilke tanker de har gjort sig i forhold til disse risici. Har informanterne kendskab til screeningsskabte risici vil det forventes, at informanterne vil være kritiske over for videnskaben, i kraft af at de er ved, at videnskaben ikke kun er problemløsende, men også problemskabende. Det vil ud fra Becks perspektiv blive undersøgt om kvinderne er kritisk over for lægevidenskaben. Derudover vil det ud fra Beck blive undersøgt om kræft af informanterne bliver forstået som have de samme karakteristika, som de nye risici i risikosamfundet ved at være usynlig og uforudsigelig, samt om kvinderne er afhængige af videnskaben til at vurdere deres risiko for kræft.

Lupton (1995) problematiserer, at videnskabens tredobbelte rolle i mindre grad synes at gælde for lægevidenskaben. Lægevidenskaben bliver typisk ikke forstået som at skabe risici, men blot som at bekæmpe og bestemme sundhedsrisici. Det er ligeledes sværere at kritisere lægevidenskaben, idet den fokuserer på at øge sundheden og livskvaliteten, og overordnet set bliver lægevidenskaben i mindre grad end andre former for videnskaben kritiseret (Lupton 1995:104). Perspektivet kan være med til at forklare, at informanterne evt. ikke er kritiske over for screeningerne, og sætte spørgsmålstejn ved om Becks teori er anvendeligt i forhold til emnet. En anden undersøgelse har dog fundet, at det er muligt at være kritisk over for lægevidenskaben, hvor der bl.a. har været en debat omkring MFR-vaccinationens mulige forøgelse af risikoen for autisme (Kennedy & Kennedy 2010:84,91).

Beck forståelse af individualiseringen vil blive brugt til at forstå om informanterne opfatter risiko som individualiseret, herunder risikoen for kræft og om informanterne mener, at sundhed er ens eget ansvar. Derudover vil det blive anvendt til at diskutere om deltagelsen i screening kan anses som at tage ansvar for eget sundhed, og derfor sætte spørgsmålstegn ved om screening betyder, at individet overlader ansvaret til lægerne.

Teoretisk diskussion

Fælles for Beck og medikaliseringen er, at de har en forståelse for, at lægevidenskaben kan have en negativ betydning for individet, og begge perspektiver påpeger, at individet kan blive forstået som syg på sigt eller på nuværende tidspunkt, og dette ikke kræver, at individet føler sig syg. Derudover mener Illich, at lægevidenskaben skader individet, mens videnskaben hos Beck skaber risici, og derfor kan der argumenteres for, at de begge hævder, at risici eller skader er menneskeskabte. Derfor betyder brugen af teorierne i projektet, at der er et kritisk blik på screening. Ligeledes synes begge teorier at være fokuseret på de negative følger. Illich påpeger lægevidenskabens negative effekter, såsom fejlbehandling, mens lægevidenskabens positive effekter, såsom sygdomsbekæmpelse, bliver overset af Illich (Kennedy & Kennedy 2010:36). Beck er ligeledes blevet kritiseret for at fokusere på risikoens negative egenskaber og ikke have blik for de positive egenskaber i form af, at udviklingen inden for bl.a. økonomi og videnskab kan være afhængig af at der tages en vis mængde af risiko (Rasborg 2007:474). Teorierne kan derfor ikke nødvendigvis skabe en nuanceret forståelse af screening, eftersom de fokuserer på de negative elementer. Derfor vil der i projektet blive søgt efter elementer, som ikke stemmer overens med teorierne.

Derudover ses der en lighed mellem Illich og Skolbekken, idet de begge påpeger konsekvenserne ved screening. Der er dog den forskel, at mens Illich påpeger, at det gør individet stresset og passivt, påpeger Skolbekken, at individet bliver bekymret.

Beck påpeger en afhængighed af eksperter, mens Illich og Skolbekken påpeger en afhængighed af lægevidenskaben. Der vil dog argumenteres for, at Becks perspektiv i projektets sammenhæng kan blive forstået som en afhængighed af læger, hvormed det kan ses et lighedspunkt mellem de tre teoretiske perspektiver. Derudover er det også et eksempel på forskellen mellem teorierne, da Illich og Skolbekken er rettet direkte mod lægevidenskaben, mens Becks perspektiv i højere grad er rettet mod videnskaben. Årsagen til individets afhængighed er desuden forskellige mellem teorierne. Beck og Skolbekken har begge en forståelse for, at afhængigheden skyldes, at risici er usynlige, hvormed der enten kræves måleinstrumenter eller overvågningsteknologi til at synliggøre risiciene. Dermed ses der en lighed, men Skolbekken adskiller sig fra Beck ved at påpege at afhængigheden af lægevidenskaben også skyldes, at der ikke blandt individerne er en tillid til deres kroppe, grundet usynligheden af risiciene. Illich hævder, at afhængigheden opstår som et resultat af, at lægevidenskaben fremelsker et sygt samfund igennem at skabe en efterspørgsel for bl.a. forebyggelse. Baggrunden for afhængigheden synes derfor at være forskellig mellem teorierne.

Hos Beck er der samtidig med afhængigheden af videnskaben en kritik af videnskaben. Denne kritik forekommer ikke hos de andre teorier, og er en af de centrale forskellene mellem teorierne. Som nævnt henviser Beck til Illich og argumenterer for, at individet har undsluppet eksperternes umyndiggørelse. Beck har en forståelse for at individet i højere grad er kritisk over for eksperterne, mens Illich påpeger afhængigheden af lægevidenskaben, og lægernes magt. Der kan dog argumenteres for, at Beck mener, at eksperterne tidligere har haft en større rolle, sådan som Illich hævder. Dette påpeger, at Illichs perspektiv kan være forældet i forhold til Becks perspektiv. Becks perspektiv omkring risikosamfundet stammer dog fra 1986 (Sørensen & Christiansen 2006:9). Det er derfor i ligeså høj grad muligt, at Becks teori kan være forældet eller ikke anvendeligt i forhold til specialets problemstilling. Det vil derfor i projektet blive undersøgt om Beck eller/og Illichs teori synes at være meningsfuldt at anvende i forhold til projektets emne.

En anden central forskel mellem Beck og Illich ses i forhold til hvor ansvaret er placeret. Beck argumenterer for, at individualiseringen betyder, at risiko bliver individualiseret, og dermed bliver individet ansvarliggjort. Det betyder også, at sygdomme bliver forstået som personlige fiaskoer. Illich mener derimod, at ansvaret for sundheden ikke ligger hos individet, men på lægevidenskaben, og at individet bliver passivitet i forhold til egen sundhed. Så mens Beck mener, at individet selv har ansvaret, påpeger Illich, at individet har overladt ansvaret til institutioner. Conrad har ligeledes et perspektiv på ansvarlig, idet han påpeger, at eftersom baggrunden for nogle sygdomme/adfærd bliver set som noget biologisk, bliver det i mindre grad anses som noget individet er ansvarligt for. På dette punkt ses der ligeledes et konkurrerende element.

Generelt vil de konkurrerende elementer blive anvendt til at diskutere i hvilken grad individet bliver afhængigt og/eller passivt som følge af screening, som er udgangspunktet for arbejdsspørgsmål 2.

4. Metode

I det følgende kapitel vil der blive argumenteret for den metodisk tilgang i projektet herunder for valget af forskningsdesign og metode, samt videnskabsteoretiske perspektiv. Derudover vil projektets analysestrategi blive præsenteret, samt en beskrivelse af projektets otte informanter.

Der er allerede i kapitel 2 argumenteret for, at den kvalitative tilgang er fordelagtig i forhold til projektets emne, og baggrunden for hvorfor denne metode er valgt. Pointen var, at den kvalitative metode i højere grad synes at kunne belyse de negative konsekvenser ved screening end det er muligt igennem spørgeskemaer. Derudover synes den kvalitative tilgang at være anvendelig, idet fokuset i projektet er, at forstå hvordan raske kvinder oplever deltagelsen i screeningen for at belyse konsekvenserne ved screening. Der vil blive taget udgangspunkt i kvindernes perspektiver og oplevelser af screeninger, kræft og risiko. Interessen er ikke, hvor stor en andel af raske kvinder, som har oplevet konsekvenser ved screening, men derimod hvilke konsekvenser kvinderne oplever, samt en detaljeret beskrivelse af kvindernes oplevelser i forbindelse til screeninger (Brinkmann & Tanggaard 2015:13-14). Der vil i projektet blive anvendt interview til indsamling af datamateriale, da interviews kan være med til at forstå kvindernes egne oplevelser med screeninger og give en detaljeret og nuanceret beskrivelse heraf (Tanggaard & Brinkmann 2015:31-32).

Videnskabsteori

Følgende afsnit vil beskrive hvilke videnskabsteoretiske tanker, der er gjort i forhold til projektet. De videnskabsteoretiske perspektiver, som har haft en betydning i projektet, er socialkonstruktivismen og hermeneutikken.

Socialkonstruktivismen

Projektets forståelse af at screening kan ses som et karakteristikum ved det nuværende samfund ud fra bl.a. medikaliseringen gør, at der er en socialkonstruktivistisk forståelse i projektet. Et centralt element i socialkonstruktivismen er, at fænomener opstår og forekommer grundet sociale handlinger, og forekommer dermed ikke uafhængigt af disse. Det betyder, at fænomener kan variere i tid og sted, hvormed den sociale kontekst er vigtig for hvorledes fænomenerne forekommer og forstås (Collin 2012:335-336). Virkeligheden bliver ikke forstået som værende objektiv, men hænger derimod sammen med individers erkendelse. Der er forskellige versioner af socialkonstruktivismen (Rasborg 2013:403-404), men der vil ikke blive redegjort for en bestemt socialkonstruktivisme, men i stedet forklare hvordan medikaliseringen kan forstås ud fra et socialkonstruktivistisk perspektiv.

I medikaliseringensbegrebet ligger der en forståelse af, at medicinsk viden er en social konstruktion (Conrad & Barker 2010:574). Dette skyldes, at: *"medikaliseringen sker når menneskelige problemer eller oplevelser bliver defineret som lægevidenskabelige problemer, typisk i form af sygdom [...]"*. [min oversættelse] (Conrad & Barker 2010:574). Der kan argumenteres for, at medikaliseringen af forskellige forhold kan ses som en social konstruktion, som afhænger af tid og sted. Medikaliseringen af risiko kan ses som et eksempel på

hvordan risiko i det nutidige vestlige verden bliver forstået som et forhold, der kræver medicinsk behandling, hvilket ikke har været tilfældet tidligere. Den socialkonstruktivistiske tankegang skaber en forståelse for, at risiko bliver anset og behandlet som en sygdom, og dermed at risiko kan forstås som en social konstruktion. Forståelsen af risiko kræver lægebehandling fører til screeninger bliver nødvendigt, og derved kan screening anses som et karakteristikum ved det nutidige vestlige samfund.

Da formålet med projektet ikke er, at konstatere om en medikalisering af risiko eller tilværelsen eksisterer, er formålet ikke som i de typiske medikaliseringsstudier at tage udgangspunkt i den proces, som leder til at fx risiko bliver socialt accepterede som at kræve lægebehandling (Conrad & Barker 2010:574). I stedet bliver der i projektet taget udgangspunkt i individets forståelse for at undersøge hvilke konsekvenser medikaliseringen har for individet, og derfor inddrages en hermeneutisk forståelse.

Hermeneutikken

Eftersom der i projektet bliver fokuseret på hvordan informanterne forstår og oplever screeninger, er der valgt at tage udgangspunkt i en hermeneutisk tilgang. Hensigten er her igennem fortolkninger at nå frem til en ny forståelse for kvinders oplevelser af screeningernes konsekvenser (Martinsen & Norlyk 2011:67). Der er tale om at forstå informanternes egen forståelser for herigennem at nærmere sig den undersøgte sociale virkelighed yderligere end det er muligt, hvis informanternes oplevelser blevet forstået med lovmæssigheder (Berg-Sørensen 2012:216).

I projektet vil der blive anvendt den filosofiske hermeneutik, hvor der er et ontologisk perspektiv på, at det at fortolke er en central del af den menneskelige adfærd (Berg-Sørensen 2012:220-221; Højberg 2013:293). Der er valgt at tage udgangspunkt i den filosofiske hermeneutik, eftersom dette perspektiv påpeger, at viden er afhængig af konteksten (Højberg 2013:293,306). Valget af denne tilgang skyldes bl.a., at den kan forenes med den socialkonstruktivistiske tankegang omkring, at fænomener ikke er uafhængige af den kontekst de indgår i.

Den filosofiske hermeneutik tilgang betyder, at den hermeneutiske cirkel i projektet bliver forstået som at gå mellem mig som forsker og interviewene. Det betyder, at jeg som forsker har en central rolle i fortolkning af interviewene, og medfører, at projektets viden ikke er objektiv (Højberg 2013:293,301). Min rolle i fortolkningen kommer til udtryk igennem mine forforståelser og fordomme, som ses som essentielle for at opnå forståelse for informanternes oplevelser af screeningerne. Der skal dermed forstås som at jeg på forhånd har en forståelse for fænomenet, hvilket har den betydning, at det gør det muligt at få interviewene til at give mening (Højberg 2013:301). I projektet kan der argumenteres for, at medikaliseringstesen og Becks teori kan blive forstået som være blandt de fordomme og forforståelser, som der gør det muligt at opnå en mening med informanternes udtalelser. Eftersom projektets arbejdsspørgsmål har en relation til teorierne, har arbejdsspørgsmålene en vis teoretisk forankret, og teorierne bliver anvendt i analysen af projektets interviews (Brinkmann 2014:90). Der er altså tale om at projektets teoretiske perspektiver fra starten af projektet er blevet anvendt, og at interviewguiden er funderet på de teoretiske perspektiver (Martinsen &

Norlyk 2011:66). Derudover kan den tidligere litteratur ses som en del af min forståelseshorisont, som består af både forforståelser og fordomme. Denne forståelseshorisont er med til at fortolke interviewene. Forståelseshorisonter skal til dels forstås som være forskellige mellem individer, men indeholder også ligheder, da forståelseshorisonten indeholder personlige oplevelser, men bl.a. også sproget og den kulturelle kontekst, som vil være fælles for en række individer (Højberg 2013:302-303).

Det er væsentligt, at fordomme bliver udfordret, og forskeren er åben over for informanternes synspunkter, og at der ikke bare bliver forsøgt på at få fordommene verificeret (Berg-Sørensen 2012:222). Da de teoretiske perspektiver indeholder konkurrerende perspektiver, er det således en del af min forståelseshorisont, at være opmærksom på at begge teoretiske perspektiver ikke nødvendigvis kan genfindes i empirien. Det betyder også, at det i projektet er nødvendigt med en åbenhed over for informanternes synspunkter.

Forståelsen for informanternes oplevelser sker igennem horisontsammensmeltning, hvor dette opnås igennem den hermeneutiske cirkels vekselvirkning mellem mig som forsker og informanternes forståelse af screening. Herigennem bliver min horisont øget, og mine fordomme blive genovervejet. Denne proces er reelt set uendelig, hvor forståelseshorisonten ændres som der fortolkes, hvilket leder til nye forståelser af fænomenet (Højberg 2013:303-304; Berg-Sørensen 2012:223). Det betyder, at der igennem fortolkningen af interviewene bliver muligt at revidere den forforståelse, som teorierne og den tidligere litteratur har givet af konsekvenserne ved screening, og derigennem opnå en ny forståelse for hvilke konsekvenser individet oplever ved screening.

Forskningsdesign

Projektet er et casestudie af konsekvenserne af screeninger hos kvinder i alderen 50-64 år i nutidens Danmark. Gruppen af kvinder er casen, hvilket vil sige, at det er denne gruppe, der i sin helhed ønskes at opnå indsigt i, hvorledes de oplever screeninger (de Vaus 2001:220). Konteksten vil blive anset som at give mening til informanternes handlinger, adfærd og udtalelser, og derudover vil den mening informanterne selv tillægger deres adfærd anses vigtigt. Da casestudiet inddrager helheden og konteksten, er dette med til at give en større forståelse for hvorfor eller hvorfor ikke informanterne oplever konsekvenser ved screeninger (de Vaus 2001:234-236).

Projektet er et teoritestende casestudie, hvormed formålet er at danne et grundlag for enten at kunne verificere eller udbygge medikaliseringstesens og Becks teori, samt vurdere om teorierne er gældende i forhold til screeningsdeltagelse. Da projektet kun er et mindre studie, vil der i projektet ikke blive konkluderet på om teorierne kan be- eller afkræft, idet et enkelt casestudie ikke vil blive anset som værende tilstrækkeligt til dette (Antoft & Salomonsen 2012:41,43). Der vil i projektet i stedet blive undersøgt om det synes at være meningsfuldt at anvende teorierne i forhold til konsekvenserne ved screening. Teorierne vil også blive anvendt i diskussionen af hvorfor kvinderne oplever, det de gør, hvorved teorierne bliver anvendt som fortolkningsramme. Herigennem opnås også ny empirisk viden omkring 50-64 årige kvinders oplevelser af

screeninger. Dermed har projektet også elementer af en teorifortolkende tilgang (Antoft & Salomonsen 2012:38-39).

Teorierne er i projektet valgt på baggrund af den måde, som de kan belyse arbejdsspørgsmålene, hvor Illichs stemmer overens med arbejdsspørgsmålenes udsagn. Derfor har arbejdsspørgsmålene også en vis teoretisk forankring. Herefter har teorierne en afgørende rolle i projektet, idet disse danner grundlaget for hvorledes casen bliver analyseret og forstået, og en betydning for hvad der bliver fokuseret på i analysen. Dette hænger sammen med at projektet har en teoritestende tilgang, og dermed også en deduktiv tilgang (Antoft & Salomonsen 2012:41-42). Teorierne har haft indflydelse på spørgsmålene i interviewguiden (Bilag B) for, at kunne sikre at den nødvendige information indsamles til at vurdere teoriernes gyldighed i forhold til projektets emne. Derfor er der ikke tale om en direkte afspejling af casen, men derimod en fortolkning, der er foretaget ud fra det teoretiske fokus (de Vaus 2001:6,225).

De konkurrerende elementer i teorierne vil blive anset væsentlige for at sikre, at projektets konklusion bliver så entydigt som muligt, da de konkurrerende elementer sikrer, at der ikke kun kan ledes efter forhold, der bekræfter teorierne (de Vaus 2001:11). De konkurrerede elementer ses kun i forhold til arbejdsspørgsmål 2, og for at sikre at arbejdsspørgsmål 1 ikke blot bliver forsøgt bekræftet, vil der blive spurgt ind til fordele, samt gode oplevelser ved screening. Dette gøres for at være åben over for, at screeningen ikke kun har negative konsekvenser, men også positive følger for kvinderne, hvilket anses som vigtigt for at sikre en mere nuanceret forståelse af screeningsdeltagelsen.

Oprindeligt skyldes valget af gruppen af kvinder i alderen 50-64 år, at det kunne anses som et strategisk valg af case. Et strategisk valg er case er vigtig i forhold til muligheden for at kunne generalisere og vurdere om teorierne er gyldige i forhold til emnet, når der anvendes et casestudie som forskningsdesign. For at dette er muligt handler det om, at casen skal kunne relateres til de teorier, hvis gyldighed undersøges (Antoft & Salomonsen 2012:42). Valget af casen skal ses i forhold til Lundes (1997) pointe om, at flere screeningsprogrammer er med til at gentage screeningens meddelelse om, at individet kan være ramt af sygdom uden selv at kunne mærke symptomer herpå, og dermed øges følelsen af det ikke selv er muligt at vurdere ens sundhedstilstand (Lunde 1997:23). Der kan dermed argumenteres for, at det er den udvalgte gruppe af kvinder, som igennem invitationen til tre screeningsprogrammer, får dette budskab gentaget mest. Det forventes derfor, at det kan være disse kvinder, som oplever den største afhængighed af lægevidenskaben til at vurdere deres helbred. Casen kunne dermed blive forstået som en kritisk case. Fordelen ved denne tilgang er, at det i højere grad er muligt at kunne fastslå om screeningerne skaber afhængighed eller ej, idet det kan formodes, at hvis en afhængighed ikke eksisterer blandt denne gruppe vil det sandsynligvis heller ikke gøre sig gældende for andre grupper. En kritisk case er dermed fordelagtig i forhold til en teoritestende tilgang (Antoft & Salomonsen 2012:45; Flyvbjerg 2015:508-509).

Casen udgør dog ikke nødvendigvis en kritisk case, da det har været nødvendigt at anvende convenience sampling, hvor der er blevet interviewet de personer, som har været tilgængelige (Bryman 2012:201), for at

sikre nok informanter. Det betyder, at ikke samtlige kvinder har været inviteret til alle tre screeninger, hvor især det forhold, at ikke alle informanter endnu har været tilbudt tarmkræftscreening, er problemet. I stedet er der i de fleste tilfælde tale om informanterne kun har deltaget i to screeninger, hvormed projektet stadig bidrager med en forståelse for hvilke konsekvenser, det har at deltage i flere screeninger. Idet informantgruppen, som minimum har deltaget i to screeninger, kan de potentielt stadig være mere afhængige af lægevidenskaben end andre befolkningsgrupper, eftersom de yngre kvinder (23-49 årige) og mænd i alderen 50-74 år kun får tilbudt en screening (jf. problemfelt). Det vil dog anses som have været optimalt, hvis samtlige informanter deltog i samtlige tre screeninger for at kunne anse case som kritisk.

Projektet bliver i højere grad en undersøgelse af hvordan raske kvinder i alderen 50-64 år oplever deltagelsen i flere screeninger, og hvilke generelle konsekvenser dette medfører. Udover at denne tilgangen sikrer nok informanter, har det en yderligere fordel i relation til teorierne. Ved ikke at opstille som kriterium, at informanterne ikke har deltaget i alle screeningsprogrammer og nødvendigvis heller ikke alle gange de har været inviteret, er det muligt at belyse om et evt. fravalg skyldes, at kvinderne er kritisk over for lægevidenskaben, eller at de selv føler, at de kan vurdere deres helbred. Dermed kan tilgangen sikre, at teorierne bliver belyst eller testet på forskellige måder. At kvinderne ikke deltager i alle screeningsprogrammer behøver dog ikke nødvendigvis være et udtryk for kritik eller uafhængighed af lægevidenskaben, men indikerer, at der er forskellige årsager til fravalget af screening, idet deltagelsesprocenten varierer imellem screeningerne. Derfor er det vigtigt at forstå hvorfor kvinderne evt. ikke at have deltaget i screeningerne, hvilket der spørges ind til. Derudover kan tilgangen belyse hvilke konsekvenser et fravalg af screening kan have, idet ikke-deltagelse (jf. problemfelt) kan føre til bebrejdelse. Dette er interessant i forhold til individualiseringen, da bebrejdelsen kan skyldes, at individet ikke tager ansvar for egen sundhed.

Dermed bliver de eneste kriterier, som informanter skal efterleve, er at de er kvinder i alderen 50-64 år, samt at de er raske, idet det forventes, at raske kvinder formentlig kun oplever ulemperne og ikke fordelene ved screening. At der tage udgangspunkt i raske kvinder, som ikke tidligere har haft kræft, giver en yderligere fordel, eftersom det kan formodes, at tidligere kræftramte kvinder enten kan være mere bekymrede eller opmærksomme på kræfttrikoen. Dermed bliver der elimineret andre årsager til kvindernes bekymringer for kræft end screeningerne (de Vaus 2001:28). Det kan formodes, at kvinder, som har haft kræft tæt inden på livet i form af et nært familiemedlemmer, der har/har haft kræft, kan være mere bekymret for kræft end kvinderne uden dette forhold. Der er ikke fravalgt disse kvinder, idet ca. hvert tredje dødsfald i Danmark skyldes en kræftsygdom, og derfor vil det ikke være hensigtsmæssigt at frasortere kvinder på denne baggrund. For at belyse om det kan have en betydning for kvinderne, er der spurgt ind til hvor tæt kvinderne har haft kræft inde på livet.

Rekruttering af informanter

For at rekruttere informanter er der lavet et opslag på min profil på Facebook, samt en række yderligere facebooksider, en debatside på internettet, samt fysisk på to biblioteker i Aalborg (Se Bilag C¹⁴ for opslaget og opslagssteder). Fire af informanterne er fundet igennem opslaget på min facebookside, som var blevet delt en række gange. De resterende fire informanter er fundet igennem mit netværk. Det viste sig sværere end forventet igennem mit netværk at finde kvinder, som jeg ikke var bekendt med i forvejen, og som var interesseret i at deltage i interviewet. Det er uvist, om det skyldes projektets emne eller blot, at de adspurgte ikke have lyst til at deltage. Det er blevet anset vigtigt at finde kvinder, som jeg ikke havde en personlig relation til, for at sikre at relationen ikke havde betydning for resultatet. Derfor er informanterne fra mit netværks netværk.

Som nævnt har det været nødvendigt at anvende en convenience sampling for at sikre et tilstrækkeligt antal informanter. Det optimale havde været, hvis det havde været muligt at foretage en purposive sampling, hvor informanterne ville blive udvalgt i forhold til ønsket om en kritisk case, samt at det bliver sikret en variation imellem informanternes karakteristika (Bryman 2012:418-419). Ved sidste nævnte strategi vil informanterne variere i forhold til fx geografisk placering, alder eller erhverv, hvor tankegangen bag er, at kunne belyse hvad som er fælles for informanterne på tværs af forskellene (Bryman 2012:422). Hverken convenience sampling eller purposive sampling udgør grundlaget for generalisering, eftersom der ikke er tale om et repræsentativt sampel (Bryman 2012:201,418).

Selvom der ikke er en purposive sampling er der en variation mellem informanternes erhvervsstillinger samt uddannelsesniveau, og til dels også alder, hvor dog kun en af kvinderne er over 60 år, mens tre af kvinderne er 50 år. I forhold til geografisk placering er fem af kvinder bosat i Region Midtjylland, mens de resterende er bosat i Region Nordjylland, og dermed er der kun i en mindre variation i geografisk placering. Yderligere er der forskel på hvilke screeninger, som kvinderne har deltaget i, hvor halvdelen af kvinderne endnu ikke har været inviteret til tarmkræftscreening, mens alle kvinder har deltaget i den seneste brystkræftscreening.

Interviewguide

Der er anvendt en semistruktureret tilgang til interviewene, hvilket vil sige, at der er udformet en interviewguide (Bilag B), der er anvendt som udgangspunkt for interviewene, men at der samtidig er stillet specifikke spørgsmål til informanterne. De specifikke spørgsmål afhænger af hvad der anses som interessant ud fra informanternes synspunkt. Tilgangen sikrer fleksibilitet (Bryman 2012:470-471). Interviewguiden er opstillet på baggrund af projektets teoretiske perspektiver, og de opstillede spørgsmål er med til at sikre at teorierne bliver belyst. Inden interviewene blev gennemført, blev interviewguiden testet ved et pilotinterview med en af mine bekendte for at få en fornemmelse for om alle teoretiske perspektiver kunne belyses igennem interviewguiden. Dette medførte hovedsageligt ændringer i ordlyden af interviewspørgsmålene for

¹⁴ Findes på cd'en

at gøre spørgsmålene mere åbne. Interviewguiden er opdelt i en række temaer, og det overordnede formål med hvert af temaerne præsenteres i nedstående tabel.

Tabel 4.1: Oversigt over tema og deres formål

Tema i interviewguiden	Overordnet formål
Baggrundsspørgsmål + deltagelse i screening	Hvad karakteriserer kvinderne, som deltager i interviewene i forhold til uddannelse, erhverv og alder, samt hvilke screeninger har de deltaget i.
Sundhed generelt	Disse spørgsmål bruges i forhold til om sundheden bliver forstået som individets ansvar. Dette vil blive sammenlignet med kvindernes tanker i forhold til kræft for at forstå om kræft udgør et særligt forhold. Spørgsmålene belyser om sundhed og risikoen for kræft er individualiseret.
Tanker omkring kræft + tiden mellem screeninger	Formålet er at forstå om kvinderne oplever, at de selv kan gøre noget for at undgå kræft, og om de gør dette. Dette gøres for at forstå om informanterne er afhængige af lægevidenskaben, samt om de føler sig i risiko for kræft eller dette opstår som følge af screeningerne. Temaerne bliver også anvendt i forhold til om informanterne er passive imellem screeningerne.
Deltagelse i screening	Formålene med spørgsmålene er at forstå om informanterne føler sig afhængige af lægerne til at bedømme deres sundhedstilstand, og generelt hvorfor de deltager i screeninger.
Oplevelser med screening	Disse spørgsmål bliver anvendt for at undersøge om kvinderne bliver bekymret før og efter screeningerne, og om de har haft dårlige oplevelser, der gør dem kritiske over for lægevidenskaben. Der spørges også ind til gode oplevelser for at sikre en mere nuanceret forståelse.
Holdninger til screening	Disse spørgsmål bruges til at forstå om informanterne gerne vil screenes mere, og derfor om de er afhængige af lægernes bedømmelse. Der vil ligeledes spørges ind til fordele og ulemper ved screeningen for at fastslå om de er kritisk over for lægevidenskaben, samt om screening bidrager med noget positivt.

I forhold til rækkefølgen af spørgsmålene er der valgt at placere temaet "sundhed generelt" til at starte med, da disse spørgsmål er mindre sensitive, og det er vurderet, at spørgsmålene er en god måde at få informanterne i gang med at snakke. Generelt er rækkefølgen på de følgende temaer vurderet til at være af mindre betydning, og rækkefølgen på spørgsmålet har i mindre grad varierede imellem de forskellige interviews. Dog synes placering af spørgsmål "Hvor tæt har du haft kræft inde på livet?", først i interviewet at have haft en betydning. Spørgsmålet medførte i flere tilfælde et stort stemningsskifte i interviewene, da

nogle af kvinder var påvirkede af at nære relationer havde været ramt af kræft eller frygten for kræft. Det blev vurderet efter udførelsen af interviewene, at dette spørgsmål med fordel kunne være placeret længere inde i interviewene for at undgå, at stemningsskiftet blev så kraftigt, som det blev.

I forbindelse med udformning af interviewguiden og studiet generelt, er der overvejet en række etiske retningslinjer, herunder informeret samtykke, fortrolighed samt konsekvenser ved deltagelse i interviewet. Konsekvenser omhandler hvilke konsekvenser, det kan have for informanten at deltage i interviewet, samt at disse bør befinde sig på et minimum (Kvale & Brinkmann 2009:86,92). At interviewet ikke må have negative konsekvenser for informanterne har været en central overvejelse i udformning af interviewguiden. Der er forsøgt at undgå at informanternes forståelse af sikkerheden af screeningsresultatet ikke bliver ændret, idet det kan frygtes at have en betydning for informanternes senere screeningsdeltagelse. Lunde & Nielsen (1993) har i deres undersøgelse diskuteret denne problematik, idet de kan konstatere, at spørgsmålet omkring sikkerheden af screeningsresultatet ændrede på informanternes tiltro til hvor sikkert screeningsresultatet var (Lunde & Nielsen 1993:61-62).

Da det er usikkert om danske kvinder i dag har et større kendskab til screeningens sikkerhed, er der valgt at gå forsigtigt til værks for så vidt som muligt at undgå, at interviewpersoner mister tiltroen på screeningsredskabets sikkerhed. Derfor er der startet med at stille mere indirekte spørgsmål til usikkerheden af screeningsresultatet og derved forsøge at lade interviewpersonerne selv komme ind på emnet. Det er dog nødvendigt for projektets konklusion, at der opnås en forståelse af om informanterne har kendskab til screeningens problematikker, og om dette kendskab gør informanterne kritiske over for screeningsredskabet. I tilfælde af at informanterne ikke selv har berørt emnet har det været nødvendigt at anvende et direkte spørgsmål. Men en enkelt undtagelse er dette gjort i alle interviewene, eftersom den indirekte tilgang enten ikke førte til, at informanten berørte emnet, eller at der manglede en dybere forståelse for informantens tanker. Efter det direkte spørgsmål er der ikke at stille mange eller kritiske opfølgende spørgsmål for at undgå en ændret forståelse af screeningens sikkerhed. Der er derfor tale om en balancegang, for at opnå en forståelse af informanternes tanker uden at ændre (for meget) på informanternes forståelse. Det er umiddelbart vurderet, at ingen af informanterne ændrede opfattelse af screeningsresultatets sikkerhed, men det kan reelt set være svært at vurdere hvad kvinderne efter interviewet har gjort af tanker omkring spørgsmålene.

Yderligere kan det problematiseres om selve deltagelsen i interviewet kan gøre kvinderne bekymret for kræft eller mere opmærksomme på risikoen for kræft. En af informanterne, Tove, berører dette i interviewet, hvor hun nævner, at interviewet har været en af de ting, der har gjort, at hun tænker lidt mere over risikoen for kræft. Det er dog uklart i interviewet i hvor højt grad det kun skyldes interviewet, eller at interviewet finder sted tæt på, at hendes svigerinde er blevet diagnosticeret med kræft (Tove:L.256-273). Denne konsekvens ved interviewet er ikke muligt at undgå, hvilket gør det nødvendigt i interviewsituationen at være

opmærksom på hvordan kvinderne agerer og være sensitive over for kvindernes følelser. Hverken Tove eller de andre kvinder synes at være påvirket i så høj grad af interviewet, at det vil anses som problematisk.

Det informerede samtykke omhandler, at interviewpersoner opnår kendskab til hensigten med interviewet, samt forstår at deltagelsen er frivillig. Det indebærer også, at interviewpersonerne får kendskab til deres fortrolighed i projektet, og hvordan projektet bliver offentliggjort (Kvale & Brinkmann 2009:89). For at opnå et informeret samtykke er der både i opslaget til rekruttering af interviewpersoner (se Bilag C), samt i forbindelse med briefing inden starten af interviewet (se Bilag B) blevet informeret omkring hensigten med projektet. Briefingen inden interviewet indeholder yderligere informationer omkring fortrolighed, samt det er blevet pointeret, at det var frivilligt, om de ville svare på alle spørgsmål. I forhold til fortrolighed er informanternes navne, navne på andre personer, bynavne og andre personlige data, som skulle blive nævnt under interviewet, blevet anonymiseret i forbindelse med transskribering (Kvale & Brinkmann 2009:91).

Kvalitetskriterier

Følgende afsnit vil diskutere styrker og svagheder i forhold til en række kvalitetskriterier. Guba & Lincoln argumenterer for, at andre kvalitetskriterier er relevante ved kvalitative undersøgelser end kvantitative undersøgelser, idet de ikke mener, at der eksisterer en absolut sandhed, men derimod flere sandheder (Bryman 2012:390). Denne tankegang stemmer overens med projektets videnskabsteoretiske forståelse af, at der ikke er en objektiv sandhed, men at viden afhænger af konteksten. Derfor bliver er inddraget Guba & Lincolns forståelse af kvalitetskriterier i afsnittet udover begreberne validitet, reliabilitet og ekstern validitet.

Validitet

Validitet omhandler om der reelt set bliver målt på det, som projektet hævder det måler, hvilket i projektet betyder, om der bliver målt konsekvenser af screeninger fra informanternes synspunkt (de Vaus 2001:29; Bryman 2012:47). Et af de problemer, der kan have effekt på validiteten er social desirability bias, hvilket vil sige, at informanterne, i stedet for at give udtryk for deres reelle holdning, giver udtryk for hvad der anses som den social accepterede holdning (Bryman 2012:227-228). Denne bias kan bl.a. komme til udtryk i forhold til spørgsmålet omkring ansvarlighed for egen sundhed, idet individualiseringsprocessen kan betyde, at sundhed bliver forstået som individets ansvar. Det, at give udtryk for, at man er ansvarlig over for sin egen sundhed, kan være den socialt accepterede holdning, og det kan være denne holdning, som informanterne giver udtryk for.

Det kan være nødvendigt at overveje om det er en bestemt type kvinde, der melder sig eller siger ja til deltage i interviewene. Det kan formodes, at kvinder, som har oplevet psykologiske konsekvenser ved screeninger ikke har lyst til at deltage i et interview, da det kan fremkalde dårlige minder, men det kan også formodes, at dårlige oplevelser kan være en motivationsfaktor for at fortælle sin historie. Det er dog svært at vurdere om kvinder, som har oplevet bekymringer i forbindelse med screening, er blevet afskrækket fra at deltage i et interview. Hvis en særlig gruppe deltager i interviewene og hvis det bliver fundet, at informanterne i høj grad ikke er bekymret, kan det anses som problematisk. Det vil betyde, at teorierne i højere grad bliver

problematiseret, da disse kvinders oplevelser ikke stemmer overens med teoriernes udlægning på dette område.

Udførelsen af to af interviewene kan en betydning for konklusionerne, der drages på baggrund af dem. Petra var meget kortfattet i hendes svar, hvilket medførte, at der blev stillet flere spørgsmål, herunder også spørgsmål af ledende karakter. Dette kan problematisk for validiteten, idet de ledende spørgsmål kan lede til en bestemt besvarelse (Kvale & Brinkmann 2009:194). Derudover havde Petra svært ved at forstå nogle af spørgsmålene, hvor en omformulering af spørgsmålene kun i nogle tilfælde hjalp. Derfor er Petras udtalelser anvendt med forsigtighed for at sikre, at det reelt set er hendes opfattelse, der kommer til udtryk. I tvivlstilfælde af forståelsen er Petras eller andres informanternes udtalelser ikke anvendt. Dorthe fik fejlagtigt mere information omkring projektets formål end de øvrige informanter inden interviewets start. Dette kan være have influeret hendes svar i en bestemt retning og forhindret mere spontant svar, samt være en muligt forklaring på, at hun er mere fokuseret på problematikkerne ved screening end de øvrige informanter (Kvale & Brinkmann 2009:90).

Credibility er den udtryk, som Guba & Lincoln bruger i stedet for intern validitet. Dette omhandler, at forskning udføres efter anerkendte metoder og at der opnås *respondent validation*. Respondent validation gøres ved, at informanterne bekræfter den fortolkning, som er foretaget i projektet, for herigennem at være sikker på, at der er opnået en reelt forståelse for informanternes virkelighed (Bryman 2012:390). Det første punkt vurderes opnået igennem bl.a. brugen af casestudie som forskningsmetode, mens respondent validation ikke efterleves. Der er tale om et bevidst valg ud fra etiske overvejelser, at informanterne ikke skal godkende fortolkningen, idet der ikke ønskes, at informanterne ændrer deres opfattelse af, hvor sikker screeningerne er. Dette valg har dog en negativ betydning for *credibility*. Endelig er en metode til at opnå *credibility triangulering* (Bryman 2012:390), hvor der overordnet set bliver differentieret mellem fire forskellige typer. I projektet er der i forhold til arbejdsspørgsmål 2 anvendt forståelsen fra teoretisk triangulering, hvilket omhandler, at der bliver anvendt forskellige teorier til at forstå emnet. Det er således de konkurrerende elementer af teorierne, som anses som positiv for *credibility*, idet dette medfører, at teorierne intern kan kritisere hinanden, samt at der indsamles data, som strider imod arbejdsspørgsmål 2 (Denzin 2009:301,303).

Den tidligere litteratur er blevet anvendt til at diskutere projektets resultater for herigennem at kunne øge validiteten af projektet. Der kan argumenteres for, at den tidligere litteratur bidrager med data, som på andre tidspunkter, blandt andre personer og andre steder berører konsekvenserne af screening, og der er derfor i projektet til en vis grad inddraget logikken af datatriangulering (Denzin 2009:301). I de tilfælde hvor der bliver fundet samme resultater i projektet, som i den tidligere litteratur, opnås der en større sikkerhed af konklusionen (Ramian 2012:19). De dele af projektets resultater, som ikke stemmer overens med den tidligere litteratur findes ligeledes interessante, og forskellene vil blive diskuteret.

Ekstern validitet

Ekstern validitet omhandler om generalisering fra projektets resultater til andre situationer er muligt (Bryman 2012:47). Der er ofte blevet argumenteret for, at generalisering ikke kan opnåes ved et casestudie, men denne er ikke berettiget. Der kan ikke foretages statistisk generalisering ud fra casestudier, men derimod er det muligt at foretage teoretisk generalisering. Dette betyder, at der kan generaliseres til de teorier, som er anvendt i forbindelse med casen. Det er altså tale om, at der igennem casen opnås en forståelse for gyldigheden af teorierne (de Vaus 2001:237; Ramian 2012:27). Dermed bliver der en overensstemmelse i forhold til at projektet har en teoritestende tilgang. Igennem et casestudie er det dermed muligt at afvise eller bekræfte teorier, hvilket bliver gjort igennem replikation, hvor der foretages flere forskellige cases, som finder ens resultater (de Vaus 2001:238; Ramian 2012:21). Som allerede påpeget er projektets størrelse en begrænsning for denne mulighed.

Flyvbjerg (2015) afviser ligeledes denne kritik af casestudiet, men mener modsat overstående, at det er muligt at generalisere ud fra en enkelt case, hvis den er strategisk valgt. Baggrunden for valget af de 50-64 årige var, at disse kunne anses som en kritisk case, der kunne være med til at sikre generaliseringsmuligheden (Flyvbjerg 2015:502-504,508), idet det kunne forventes, at de var mest afhængige af lægevidenskaben. Dette opnås som sagt ikke, idet det har været nødvendigt at anvende convenience sampling, og derved har ikke alle informanter været inviteret til alle tre screeninger. Dette har negative konsekvenser for at anse casen som kritisk og derved for generaliseringen.

Transferability er Guba & Lincolns pendant til ekstern validitet. Dette opnås igennem at foretage såkaldte tykke beskrivelser af den kontekst, som projektet undersøger. Derefter er det op til andre at bedømme om der kan generaliseres til deres område (Bryman 2012:390,392; Ramian 2012:21-22). Der er i projektet, i det omfang det har været muligt, forsøgt at foretage tykke beskrivelser, såsom at beskrive interviewsituationerne og i analysen ved at forklare hvordan kvindernes udtalelser er influeret af deres andre udtalelser.

Reliabilitet

Reliabilitet omhandler, at samme resultat kan findes af en anden forsker på et senere tidspunkt ved brug af samme metode på den samme case (Yin 2003:37). I denne forbindelse kan den hermeneutisk tilgang anses som at stride imod denne tanke, idet forskeren her skal ses som havende en central betydning i fortolkningen grundet forståelseshorisonten, som til dels vil være forskellig mellem forskere. Derfor kan der ikke opnås reliabilitet ud fra en hermeneutisk tankegang, idet forståelseshorisonten bruges til at opnå fortolkningen af interviewene, og fortolkningen er et resultat af vekselvirkning mellem forsker og informant. På samme måde kan et interview anses som et sammenspil mellem interviewer og informanten, som fører til bestemte svar (Tinggaard & Brinkmann 2015:30). Dette påpeger, at projektets reliabilitet er problematisk.

Derudover kan interviewernes køn, alder og klasse have betydning for informantens svar. Det kan bl.a. formodes, at det, at jeg er en kvinde, er fordelagtig for at opnå bestemt svar, da de kvindelige informanter kan have været mere trygge ved at fortælle om deres krop og dens evt. problemer til en anden kvinde, idet

de kan føle, at jeg har kendskab til lignende problemer. Det kan betyde, at en mandelig interviewer ikke nødvendigvis vil finde de samme resultater (de Vaus 2001:31).

Reliabiliteten bliver hos Guba & Lincoln til *dependability*. Dette omhandler, at fremlægge alt sit materiale herunder bl.a. transskriberinger og analysestrategi for andre, som så skal vurdere om projektet er udført ordentligt (Bryman 2012:392). Det handler altså om at gøre sin fremgangsmetode så gennemsigtig, hvilket er forsøgt igennem projektet ved at fremlægge beslutninger i dette kapitlet. Der er dog reelt set ikke andre, som har vurderet projektet, men dette er muligt, og derfor anses *dependability* bedre end projektets reliabilitet.

Efterbehandling af interviewene

Jeg har selv transskriberet alle interviewene¹⁵, hvilket har været med til at skabe en dybere forståelse for informanternes udsagn (Tanggaard & Brinkmann 2015:43). Der er valgt ikke at transskribere, når en informant gentager den samme ord, samt interviewers og informanternes øh'er. Interviewerens ja'et eller andre ord, som er brugt til at opfordre informanten til at fortsætte sin fortælling, er heller ikke transskriberet. Der er transskriberet på denne måde for, at transskriberingen og anvendte citater bliver mere letlæselige. I tilfælde, hvor det ikke er muligt at høre hvad informanten siger, er det i transskribering opgivet med (...). Imellem to parenteser (()) ses interviewerens observationer, hvilket vil sige, at der her vises pauser, grin, kropssprog samt beskrivelser af passager af interviewet, der er blevet vurderet irrelevant for interviewets formål (Kvale & Brinkmann 2009:204). Skrift imellem en enkelt parentes (), vil betyde, at der er foretaget en anonymisering af indholdet. I de anvendte citater vil [...] betyde, at der er undladt passager af interviewet.

Analysestrategi

Interviewene er blevet inddelt i en række temaer, hvor denne kodning er begrebsdrevne, da der er taget udgangspunkt i teorierne og arbejdsspørgsmålene for at kunne teste teorierne. Hermeneutikken anvender ofte kodning, hvorved denne tilgang stemmer dette overens med projektets videnskabsteoretiske forståelse. Kodningen af interviewene muliggør sammenligninger mellem interviewene, og derigennem at forstå om en given oplevelse er markant blandt informanterne (Tanggaard & Brinkmann 2015:47).

Resultaterne af interviewene vil blive præsenteret i en empirisk analyse, hvor der bliver fokuseret på informanternes udtalelser, samt hvordan deres udtalelser kan ses i forhold til hinanden. Teorierne danner som sagt grundlaget for interviewguiden og analysens temaer, og derfor har teorierne stadig en væsentlig betydning. Der vil i analysen blive inddraget citater, som enten udtrykker et generelt synspunkt blandt informanterne, eller som udtrykker synspunkter, der strider mod andre informanternes. Er der tvivl om hvad informanten mener om et givne emne, vil informanten ikke bliver inddraget til at belyse det givne emne. Arbejdsspørgsmålene danner udgangspunkt for hvorledes analysen er struktureret, og derfor er analysen

¹⁵ Transskriberingen er vedlagt på cd'en som bilag, der er navngivet efter informanterne. Der vil i analysen blive henvist til linje-nr. som er angivet i bilaget.

opdelt i to delanalyser, hvor arbejdsspørgsmål 1 vil blive besvaret igennem delanalyse 1, mens delanalyse 2 vil besvare arbejdsspørgsmål 2. Hver af delanalyserne er derudover inddelt i to temaer for at kunne belyse flere aspekter af teorierne, og herigennem at kunne fastslå, om det er meningsfuldt at anvende teorierne i forhold til projektets emne.

Efter hver af delanalyserne er der et diskussionsafsnit. Formålet med diskussionsafsnittene er at sammenligne projektets resultatet med den tidligere litteratur samt med teorierne. Dette gøres for at kunne konstatere om fundene af projektet er enestående eller stemmer overens med den tidligere litteratur, for derigennem at kunne højne validiteten af projektets resultatet. I forhold til teorierne ønskes der, at forstå om det er meningsfuldt at anvende disse i forhold til projektets emne. Både den tidligere litteratur og de teoretiske perspektiver bliver ligeledes anvendt til at forstå hvorfor projektets informanter agerer eller føler, som de gør. Analysen indeholder følgende dele:

Delanalyse 1: Øget risiko og bekymringer

- **Følelsen af risiko:** Temaet belyser om informanterne er bekymret som følge af screening, og herigennem om screening medfører en øget risikofølelse blandt informanterne.
- **Er screening risikabelt?:** Temaet tager udgangspunkt i informanternes forståelse af screeningsresultats sikkerhed, samt kendskab til andre problematikker.

Deldiskussion 1: Diskussion af delanalyse 1. Af teoretiske perspektiver vil der blive berørt klinisk og sociale iatrogenese i forhold om informanterne er bekymret. Ud fra Beck vil det blive diskuteret om screening er problemskabende i form af en risikofølelse eller risikoen for bl.a. falsk positiv, falsk negativ og overbehandling, samt om dette betyder, at informanterne er kritisk over for lægevidenskaben.

Delanalyse 2: Afhængighed og passivitet

- **Afhængige og passive individer:** Temaet fokuserer på om informanterne bliver afhængige og/eller passive som følge af screening.
- **En individualiserende forståelse:** Temaet belyser om kræft og sundhed bliver forstået som individets ansvar, samt om deltagelsen i screening bliver anset som en pligt.

Deldiskussion 2: Diskussion af delanalyse 2. Der vil blive diskuteret om informanterne bliver afhængige af screening, samt passive i forhold til egen sundhed. Resultatet af delanalyse 1 i forhold til om informanterne er kritiske, vil blive anvendt til at diskutere om kvinderne kun er afhængige af screeningerne. Derudover bliver der diskuteret om informanterne er præget af individualiseringsprocessen, og herunder om sundhed og kræft bliver forstået som individets ansvar, samt om det at deltage i screening kan anses for at udvise ansvarlighed for egen sundhed.

Præsentation af informanter

Den følgende præsentation af projektets informanter indeholder en kort beskrivelse af personlige karakteristika, samt hvilke screeninger kvinderne har deltaget i. Den social kontekst er skildret i kraft af at den overordnet stemning, der har været i interviewet samt stedet, hvor interviewet er foregået, bliver opgivet (Tanggaard & Brinkmann 2015:42). Dette bliver gjort for at bidrage til en dybere forståelse af informanterne og baggrunden for deres udtalelser.

Tove er 50 år, uddannede pædagog og arbejder i en vuggestue som konstitueret pædagogisk leder. Hun er gift og har to børn. Tove har deltaget i alle tre kræftscreeningsprogrammer. Ved en mammografiscreening har Toves svigerinde fornyeligt fået konstateret brystkræft, men Tove virker ikke følelsesmæssigt påvirket under interviewet. Interviewet er foregået i et privat hjem.

Ruth er 55 år, gift og har tre børn, samt to børnebørn. Ruth har deltaget i bryst- og livmoderhalskræftscreening, men er endnu ikke blevet tilbudt tarmkræftscreening. Ruths forældre er døde af kræft, og hendes storebror har på nuværende tidspunkt tarmkræft. Ruth virker under interviewet meget prægede af at hendes familie har været ramt af kræft, og stemningen under interviewet er forholdsvis intens. Ruth er lidt stille og giver forholdsvis korte svar på interviewspørgsmålene, og derfor er der i højere grad stillet uddybende spørgsmål under interviewet. Interviewet er foregået på Aalborg Universitet.

Laila er 59 år, uddannet revisor og arbejder i en kommune. Hun er fraskilt og har to børn. Laila har deltaget i bryst- og livmoderhalskræftscreening, men et par gange har hun ikke deltaget i livmoderhalskræftscreeningen, idet hun finder det grænseoverskridende. Hun har prøvesættet til tarmkræftscreeningen liggende derhjemme, men finder ligeledes denne screening for grænseoverskridende. Hun vil dog gerne deltage i screeningerne. Hendes mor havde hudkræft, men døde af alderdom. Lailas far er død af kræft, men Laila fortæller livligt om hans gåpåmod. Generelt er Lailas svar lange, og der er en god stemning i interviewet. Interviewet er foregået i en park.

Mette er 50 år, arbejder på kontoret i et autoværksted, men er uddannet lagerekspedient. Hun er gift og har en søn. Mette har haft frykten for kræft meget tæt på, da de for ca. 1½ år siden fandt en tumor i sønnens hoved, og han var igennem et forløb på 6 måneder inden lægerne kunne konstatere, at han ikke havde kræft. Hun pointerer både i og efter interviewet, at hun har meldt sig til interviewet, fordi hendes historie skelner sig ud fra andres, og hun mener, at det er vigtigt at få hendes perspektiv med. Første del af interviewet er præget af Mettes rørende og detaljeret fortælling omkring sønnens sygdomsforløb, og stemningen er prægede heraf, mens det resterende interview er mindre følelsespræget. Mette har deltaget i brystscreening, og mener hun tidligere har deltaget i livmoderhalskræftscreening, men det er usikkert om hun stadig modtager indkaldelse til denne screening. Prøvesættet til tarmkræftscreening har hun haft liggende i skuffen i over 5 måneder grundet manglende tid og overskud, men regner med at hun snart vil gøre det. Interviewet er foregået i Mettes hjem.

Birthe er 52 år og arbejder som social-og sundhedsassistent i hjemmeplejen. Hun er gift og har fire børn. Birthes svigermor og moster er død af kræft, og en del af hendes kollegaer har haft brystkræft. Hun har deltaget i livmoderhalskræftscreening og mammografiscreening, men er endnu ikke blevet tilbudt tarmkræftscreening. Hun virker ikke følelsesmæssigt påvirkede under interviewet. I sidste halvdel af interviewet er der larm i baggrunden som til dels var forstyrrende. Interviewet er foregået i Birthes hjem.

Petra er 64 år og har siden starten af 1990'erne været førtidspensionist, fordi hun har epilepsi. Hun har ved siden af førtidspensionen haft nogle mindre jobs, men har intet på nuværende tidspunkt. Hun er gift, har tre børn og er uddannede kontorassistent. Hun har deltaget i livmoderhalsscreening og brystscreening, men havde ikke inden interviewet hørt om tarmkræftscreening. Petras svar er meget korte, og det har været nødvendigt at stille mange uddybende spørgsmål, og der var desuden en række spørgsmål, som hun ikke helt forstod. Hun virker i nogle tilfælde usikker, men der er forsøgt i interviewet at skabe en god stemning ved ikke at virke dømmende, når hun havde problemer med at svare. Interviewet er foregået i Petras hjem.

Jane er 58 år, gift og har to børn, samt to børnebørn. Hun har en lederstilling i en kommune, og er uddannede på kontor. Jane har deltaget i livmoderhalskræftscreening og brystkræftscreening, og har endnu ikke været tilbudt tarmkræftscreening. Nogle af hendes kollegaer har haft kræft, og veninder samt en tidligere svigermor er død af kræft. Janes svar er forholdsvis lange og reflekterende, og stemningen var god under hele interviewet. Interviewet er foregået i Janes hjem.

Dorthe er 50 år, single igennem længere tid og har ingen børn. Hun er uddannede og arbejder som ingeniør. Hun fortæller inden interviewet, at hun har fået fjernet livmoderen og livmoderhalsen, fordi hun har haft muskelknuder, og derfor deltager hun ikke længere i livmoderhalsscreening. Dorthe har deltaget i bryst- og tarmkræftscreening. Hendes moster er død af kræft, hvor mosteren inden sin død længe ventede på at blive opereret for kræft. Dorthe synes i mindre grad at beskrive egen tanker i forbindelse med screeningsdeltagelsen, men reflekterer over hvordan screening på et mere samfundsmæssigt plan kan være problematisk. Interviewet er foregået på Dorthes arbejdsplads.

5. Delanalyse 1: Øget risiko og bekymringer

Besvarelsen af arbejds spørgsmål 1: Screeninger medfører en øget følelse af risiko for kræft, og individet bliver bekymret, vil være omdrejningspunktet for følgende delanalyse. Dette bliver gjort ud fra to temaer "Følelsen af risiko" og "Er screening risikabelt?". Det første tema belyser om kvinderne oplever bekymringer og et øget risikofølelse i forbindelse med screening, mens det andet tema belyser om kvinderne forbinder screeninger med nogle problematikker, og om det har nogen betydning for deres lyst til at deltage i screeninger.

Følelsen af risiko

Generelt fortæller kvinderne, at de i hverdagen ikke tænker videre over risikoen for kræft, hvor Petras udtalelse kan ses som et eksempel: *"Ja, det er ikke noget jeg sådan umiddelbart går og tænker over. Det gør jeg ikke"* (Petra:L.82). En del af kvinderne nævner dog forhold i hverdagen, som medfører en følelse af risiko for kræft. Tove udtaler fx: *"Altså i hverdagen gør jeg mig ikke så mange tanker. Det er klart, at nu her hvor min svigerinde lige står i det, så tænker jeg lidt mere over det"* (Tove:L.44-45). Jane, Laila, Petra, Ruth og Mette har lignende udtalelser, der indikerer, at de bliver mere opmærksomme på risikoen for kræft, når de hører om andres kræftsygdomme eller om kræft i medierne (Jane:L.133-142; Laila:L.111-119; Petra:L.322-325). For Mette har andres sygdom også en betydning for screeningsdeltagelsen, eftersom hun har følt, at det var vigtigere at deltage i mammografiscreening end tarmkræftscreening, da mange i hendes omgangskreds har haft brystkræft (Mette:L.353-366,419-421). Dette kan indikere, at en risikofølelse kan være en motivationsfaktor for at deltage i screeningerne. Ruth har dog i højere grad end de andre haft tanker omkring risikoen for kræft, og hun har tænkt over om hun har brugt livet, som hun gerne vil. Dette vil dog blive forstået som at skyldes, at Ruth i højere grad end de øvrige har kræft tæt inde på livet, og derfor i højere grad bliver påmindet om risikoen for kræft (Ruth:L.51-71). Det, som får Birthe til at tænke på kræft, adskiller hende fra de øvrige, idet hun fortæller:

"Næ, ikke andet sådan lige, når man skal til det der screeninger, der hører til når man er blevet 50. Så kommer der screeninger med brystkræft og livmoderhalskræft og tarmkræft [...] Man skal ind til undersøgelse, så gør jeg". (Birthe:L.74-76).

Birthe fortæller, at hun i kraft af screeningerne bliver opmærksom på risikoen for kræft, hvorimod ingen af de øvrige nævner, at screeningerne har denne effekt på dem. Screeningerne gør dermed Birthe opmærksom på risikoen for kræft, men Birthe nævner dog samtidigt, at hun tænker på kræft, hvis hendes krop virker anderledes (Birthe:L.77-78). Ruth adskiller sig også fra de øvrige, idet hun siger:

"Det gør man [tænker over kræft], fordi man er jo et eller andet sted. Så er man meget udsat, når omkredsen, når familien, den er ramt. Min fars side har haft lidt, og min mors side har haft lidt, så tænker man alligevel lidt, så er man lidt i risikogruppen". (Ruth:L.73-75).

Ruth føler sig, i kraft af hendes families kræftsygdomme, lidt i en risikogruppe. Laila mener derimod, at alle skal føle sig i risiko for kræft, eftersom både sunde og unge mennesker kan få kræft, men hun føler dog ikke

hendes risiko er større end andres (Laila:L.198-216). De fleste kvinder afviser at føle sig i risiko for kræft, hvilket ofte gøres i meget korte vendinger eller som Tove: *"Det kan godt lyde sådan arrogant eller mærkelig, så jamen det sker jo ikke for mig, og det tror jeg, vi er mange, der har det. Det sker jo ikke for mig. Det sker jo for naboen"* (Tove:258-260). Toves udtalelse kan også ses som et udtryk for, at hun reelt set lukker øjne for risikoen. De fleste af kvinderne tænker dermed ikke over risikoen for kræft i hverdagen, eller føler sig i risiko for kræft.

Bekymringer før screening

Generelt tænker kvinderne ikke videre over screeningsinvitationen, hvor Dorthe kan gives som eksempel: *"Det er ikke noget, jeg reflekterer ret meget over"* (Dorthe:L.290). Petra og Ruth udtrykker ligefrem en glæde over invitationen (Petra:L.218; Ruth:L.207), mens Jane som den eneste siger: *"Jamen det er igen lige de der gib"* (Jane:L.301). At indkaldelsen ikke fremkalder tanker omkring risikoen for kræft eller nervøse tanker, kan bl.a. ses ved at Mette og Laila sammenligner screening med et tandlægebesøg (Mette:L.451-453; Laila:L.418-425). Ruth tænker dog mere over screeningen:

"Ruth: Desto tættere, kan jeg godt tænke lidt på det. Det kan jeg.

Interviewer: Hvad tænker du?

Ruth: [...] Jeg tænker selvfølgelig på om der er noget den her gang, men så tænker jeg alligevel. Det tror jeg ikke der er, fordi jeg mærker ikke noget. Jeg har ikke sådan, jeg føler, der er noget. Så falder jeg lidt mere til ro". (Ruth:L.211-215).

Ruth tænker mere over screeningen, jo tættere den kommer, men hendes følelse af, at hun ikke fejler noget, beroliger hende. Det centrale er, at Ruth inden screeningen har tænkt over risikoen, mens ingen andre tænker videre over det inden screeningen. Dette indikerer, at de på daværende tidspunkt ikke har en risikofølelse.

Bekymringer efter screening

Der er fundet tre tendenser til hvordan informanterne tænker efter screeningerne; at kvinderne ikke tænker over det, at kvinderne glemmer det, eller at kvinderne til en vis grad er bekymret. Tove og Dorthe fortæller kun ved en kort vending, at de ikke tænker over screeningen, inden de får screeningsresultatet (Dorthe:L.319-320; Tove:L.230-233), mens Laila fortæller:

"Så glemmer jeg det. Så glemmer jeg det, det gør jeg. Og jeg går ud fra den fra min læge. Der spurgte jeg engang ham. Jeg skulle der op til noget andet. Der sagde jeg, sidst jeg var til det der livmoderting-der. Så siger jeg til ham, [...] hvordan gik det egentlig med det der. Altså vi har jo ikke hentet dig endnu, tror du ikke, det er gået godt nok ((grines)) siger han så". (Laila:L.380-385).

Laila fortæller, at hun har glemt at få svaret af livmoderhalskræftscreeningen, hvor Birthe fortæller en lignende historie, hvor først et brev fra sundhedsmyndigheder gør, at Birthe ringer for at få svaret (Birthe:L.323-373). Mette fortæller, at der i hendes yngre dage i forbindelse med livmoderhalsscreening godt

kunne gå op til en måned inden hun fik resultatet (Mette:L.336-347). Eftersom kvinderne glemmer at få resultatet, synes svaret ikke at have den store betydning for dem og indikerer, at de er ikke nervøse efter screeningen. Jane fortæller ligeledes, at hun glemmer det, når hun forlader sygehuset (Jane:L.153-154), men hun fortæller også:

”Så lige når den der tid nærmer sig, og man tænker oh, jeg må da snart høre fra dem, så kan man godt lige få de der tanker. Gud, hvad vil du egentlig gøre, hvis der er et eller andet, ikke også. Og det er egentlig den indvirkning, det lige har på mig. At man indtil man har fået resultatet, at man lige kan få de der tanker. Gad vide, hvis der er noget”.
(Jane:L.147-150).

Der er dermed kvinder, der glemmer, at de har været til screening, mens der er andre kvinder såsom Jane, der lige inden resultatet oplever lidt nervøsitet for, om de fejler noget. Petra og Ruth oplever ligeledes efter screeningen at være lidt bekymret for resultatet, hvor Ruth fortæller, at jo længere der går inden hun får svaret, jo mere tænker hun over det, på trods af at hun mener, at svaret ville komme hurtigt, hvis der var noget galt. Samtidig fortæller Ruth, at hun er mere bekymret efter screeningen end før (Petra:L.238-249; Ruth:L.230-245). Selvom Mette tidligere har fortalt, at hun har glemt at få resultatet af livsmoderhalskræftscreeningen, synes mammografiscreeningen at have gjort hende nervøs de første par dage efter screeningen. Mette fortæller, at hun i de første par dage efter screeningen i højere grad tjekkede sin e-Boks og holdt øje med hvem der ringede, eftersom hun forventede at få hurtigt svar, hvis hun fejlede noget. Efter der var gået et par dage, var hun ikke længere nervøs og hun forventede blot at få et standardsvar om, at hun ikke fejlede noget (Mette:L.521-534). Der er således nogle kvinder, som efter screeningen på forskellige tidspunkter er lidt nervøse for screeningsresultatet, og der kan argumenteres for, at disse kvinder føler sig lidt mere i risiko for at have kræft set i forhold til hverdagen.

Svaret – en følelse af lettelse

I forhold til screeningsresultatet ses der to forskellige oplevelser, hvor den ene gruppe giver udtryk for, at de ikke tænker videre over det, mens den anden gruppe på forskelligvis giver udtryk for, at de oplever en form for lettelse, når de får svaret. Yderligere er der en række af kvinderne, som er nervøse lige når brevet åbnes.

Laila og Dorthe fortæller, at de tænker ikke videre over screeningsvaret. Mens Dorthe ikke uddyber sit svar, mener Laila, at det skyldes, at hun ikke føler, at hun fejler noget (Dorthe:L.323-341; Laila:L.395-396). Følelsen af ikke at fejle noget har, ligesom den havde for Ruth inden screeningen, den betydning, at Laila ikke tænker over screeningsresultatet. Laila og Dorthe er de eneste to informanter, der hverken før, efter eller i forbindelse med brevet, giver udtryk for en vis grad af nervøsitet. Tove, Birthe og Mette giver udtryk for, at det er lidt spændende, når resultatet bliver åbnet (Tove:L.234-242; Birthe:L.374-384). Mette berører dette i forbindelse med fortællingen omkring sønnens sygdomsforløb, hvor hun siger:

”Så da jeg selv skulle igennem det her [screening] var jeg overhovedet ikke bange, fordi jeg har været igennem det værst tænkelig man kan komme ud for [...] Det gjorde altså jeg

ikke var ræd for den her undersøgelse. Det var jeg ikke. Hvis jeg har det, det er der ikke noget at gøre ved. Knægten, han er frisk og har det ikke [...] Det eneste jeg havde lige, det var selvfølgelig, da jeg fik sms'en fra sygehuset af. Svaret kom. Der havde du lige, da du trykkede på knappen, og skal se resultatet ikke, og der fik du lige et sug i maven, men ellers var jeg ikke". (Mette:L.87-97).

Mette fortæller hvordan sønnens sygdomsforløb har gjort, at hun ikke er bange for screeningen, og hvordan det er vigtigere for hende, at sønnen er rask end at hun selv er det. Baggrunden for at Mette ikke har været bekymret adskiller sig fra de andre kvinders. Mette har dog det til fælles med Birthe og Tove, at selvom de ikke oplever de store bekymringer i forbindelse med screeningerne, så er det øjeblik, hvor svaret åbnes spændende. Der er dog kun tale om et kort øjeblik, hvor kvinderne oplever en mindre nervøsitet, og derfor har det formentligt ikke den store betydning for kvindernes risikofølelse.

Med undtagelse af Dorthe og Laila, giver de resterende kvinder på forskelligvis udtryk for, at screeningsresultatet medfører en form for lettelse. Jane kan gives som eksempel på:

"Lettet, ikke også. Det kan man ikke lade vær med, ikke også ((grines)) Arh puha, jamen man føler sig virkelig sådan. Nå okay, så starter vi helt forfra og kører videre, ikke også, så. Jo det synes jeg. Det gør en rigtig glad, at man får at vide, at der ikke er noget". (Jane:L.334-337).

Lettelsen som kvinderne føler over at blive frikendt fra kræft, kan indikere, at de til en vis grad føler en øget kræftrisiko inden de får svaret. Derfor vil følelsen af lettelse bliver forstået som et mindre tegn på at kvinderne oplever en risikofølelse. Lettelsen antyder også, at kvinderne efter at have fået svaret, ikke længere er nervøse for at have kræft, og derfor ikke længere i højere grad føler sig i risiko for kræft.

Følelsen af sikkerhed

Størstedelen af kvinderne påpeger på forskellige måder, at screening enten kan være med til at skabe en sikkerhed om, at man ikke fejler noget eller gøre en mindre bekymret og mere tryk. Petra bl.a. siger: *"Det er da også bare for at tage den undersøgelse der. Der kommer man jo på den sikre side. Så får man besked der 8-14 dage efter. Nå der er ingen tegn på, ja ja så tager vi så den næste"* (Petra:L.123-124). Der kan argumenteres for, at kvinderne føler, at screeningen bidrager med noget positivt, som mindsker følelsen af risiko. Mette kan ses endnu et eksempel:

"Du kan slappe jo af på den bekymring og sige det var ikke noget, hvis du går og kan måske have en sådan ahh, det er måske også lige et eller andet, [...] så får du en beroligelse og en bekymring mindre" (Mette:L.745-747).

Mette fortæller, at man efter screeningen kan slappe af og ikke være bekymret for at have kræft, hvis man tror man fejler noget. Det er interessant, at kvinderne oplever denne sikkerhed efter screening som positiv, og der kan argumenteres for, at det mindsker deres risikofølelse i hverdagen. Dette skal dog ses i forhold til

at kvinderne generelt set ikke føler sig risiko for kræft eller tænker på risikoen for kræft i hverdagen. Overordnet set bliver det vurderet, at kvinderne ikke i høj grad er bekymret som følge af screeningerne, da det ikke synes at fylde meget i deres udtalelser, samtidig med at informanterne påpeger, at screeningerne medfører en følelse af sikkerhed.

Er screening risikabelt?

Selvom kvinderne ikke i høj grad er bekymret, er Tove, Dorthe og Jane klar over, at screening kan føre til bekymringer. Tove har i forbindelse med invitationen til brystkræftscreeningen snakket med hendes datter omkring, at screeningen kan føre til videreundersøgelser, og at man i den mellemliggende periode kan blive bekymret. Tove forventer, at hun ikke ville blive bekymret, og at denne negative side af screening ikke betyder noget for hendes lyst til at deltage i screeningerne (Tove:L.156-181). Dorthe er bekendt med kritikken af screeningens sygeliggørende effekt, men hun afviser det, idet hun ikke selv føler sig sygeliggjort (Dorthe:L.397-401). Mette har også indirekte afvist, at hun føler sig sygeliggjort, da hun fortæller, at hun føler sig rask, når hun går til screeninger (Mette:L.473-481). Ruth fortæller ligeledes, at hun var mere bekymret engang, hun var til lægen med hvad der kunne være symptomer på kræft, end hvad hun er ved screening (Ruth:L.281-293). Jane er klar over, at man kan blive angst i forbindelse med ventetiden mellem screeningen og resultatet. Hun har dog svært ved at sætte sig ind i denne tankegang, idet screeningen gør hende tryk og ikke angst (Jane:L.318-326). Selvom nogle af kvinderne er opmærksomme på kritikken af, at screeningen enten skaber bekymringer eller sygeliggør kvinder, bliver dette af kvinderne afvist som en kritik, idet de ikke selv oplever det.

Et retvisende resultat?

I forhold til resultatets sikkerheden falder informanternes svar i to grupper; hvor den ene gruppe i mere eller mindre grad tror på, at screeningsresultatet er retvisende, har den anden gruppe i højere grad problematiseret resultatet. Birthe, Ruth, Laila og Petra tror, at screeningsresultatet er forholdsvis retvisende. I forbindelse med at Petra blive spurgt om hun stoler på resultatet, svarer hun: *"Ja ja, der kan man måske være lidt dum måske ((grines)) det, man stoler da på de er fundet ud af det rigtige"* (Petra:L.315-317). Birthe mener, at der er spild af ressourcer, hvis det ikke er 100% sikker, men tror også den er det (Birthe:L.449-450), mens Ruth siger, at der ved alle ting er en procentdel, som ikke er sikker, men at hun tror, at screeningen er sikker (Ruth:L.375). Laila tror sikkerheden er god på screeningstidspunktet og forventer en genindkaldelse, hvis der er tvivl omkring resultatet (Laila:L.545-546). Jane, Dorthe, Tove og Mette problematiserer i højere grad screeningsresultatets sikkerhed. Jane kender til tilfælde, hvor kræft ikke er blevet opdaget ved screeningen (Jane:L.220-228), og fortæller:

"Jeg tænker det kan jo give falsk tryghed, men det vælger jeg ((holder sin flade hånd op foran ansigtet og ryster den op og ned)) ser igennem med og sige, det er godt man gør det, kombineret med at man selv undersøger". (Jane:L.230-232)

Jane er klar over, at screening kan give falsk tryghed, men det har ingen betydning for hendes lyst til at deltage i screeningerne, og hun ser bort fra dette forhold. Hun påpeger dog vigtigheden af selvundersøgelser. Mette tror, at sikkerheden er omkring 90%, men tænker stadig det er mere sikkert end hvad lægen kan føle sig til. At screeningen ikke er sikker, betyder, at Mette pointerer vigtigheden af selvopmærksomhed, og at man ikke sætter al sin tiltro til screeningsresultatet (Mette:L.256-271). Dorthe berører, at blod i afføringen ikke nødvendigvis betyder, at man har tarmkræft, og henviser dermed indirekte til falsk positiv. I forbindelse med det direkte spørgsmål omkring screeningssikkerheden, fortæller Dorthe, at hun ikke ser alternativer til tarmkræftscreeningsmetoden, som hun ellers fortæller, at der har været kritik af, da den ikke er god nok, men alligevel tænker hun, at sikkerheden er okay. Alternativet i form af en kikkertundersøgelse finder Dorthe for dyr eller for risikofyldt for ældre mennesker (Dorthe:L.199-210,425-437). Der kan argumenteres for, at Dorthe foretrækker screening frem for ingen screening på trods af screeningsresultatet måske ikke er helt retvisende, eftersom det ikke virker som en mulighed at stoppe tarmscreeningen grundet denne problematik.

Tove giver udtryk for, at hun kender til falsk negativ og overbehandling, selvom hun ikke bruger disse begreber direkte. At screeningen kan medføre falsk negativ, gør at Tove selv er opmærksom på sin krop. Omkring overbehandling tænker Tove, at man aldrig kan være sikker på om en knude vil udvikle sig, og derfor ville hun få sådan en knude fjernet (Tove.L.84-92,311-325). Det interessante er, at selvom Tove tidligere har berørt kritikken af sikkerheden af screeningsresultatet, så fortæller hun i forbindelse med spørgsmålet omkring resultatets sikkerhed:

"Tove: Det kender jeg ikke noget til, nej

Interviewer: Det er ikke noget, du har tænkt over?

Tove: Nej, det er det ikke. Jeg går nok ind med bind for øjne næsten, og tænker, at det er professionelle. Det har de helt styr på, fordi det har jeg ikke.

Interviewer: Så du...

Tove: Så er jeg virkelig autoritetstro. Tror på, at de folk, der arbejder med det her, det er noget de ved noget om. Det har de styr på" (Tove:L.370-376).

Det virker ikke som om, at Tove forbinder de førmtalte problematikker med sikkerheden af screening, på trods af at det har gjort hende bevidst om vigtigheden af selvopmærksomhed. Hun har derimod en tiltro til dem, som udfører screeningerne, og Tove synes dermed at have karakteristika med begge grupper i forhold til sikkerheden af resultatet. Tove vil dog blive forstået som at problematisere sikkerheden af screeninger, eftersom hun indirekte berører falsk negativ og overdiagnosticering. At Tove er autoritetstro kan være med til at forklare hvorfor hun ikke er kritisk over for screeningerne og viser, at det er muligt at være opmærksom på nogle af screeningens problematikker samtidig med, at man er autoritetstro. Tove, Mette og Jane fortæller, at de i kraft med deres kendskab til at screeningens manglende evne til at identificere alle kræfttilfælde, finder det vigtigt at være opmærksom på sin krop, mens det ingen betydning synes at have for deres lyst til at deltage i screeningerne.

Yderligere kritik af screening

Overordnet set er kvinderne glade for screeningerne og de fortæller, at de kun har haft positive oplevelser med screeningerne. To af kvinderne har ligeledes i forbindelse med bekymringer for kræft oplevet hvordan sundhedssystemet er hurtigt til at reagere eller fungerer godt (Jane:L.111-123; Mette:L.203-207). Petra har dog haft en mindre god oplevelse med sundhedsvæsnet, idet de i længere tid ikke kunne finde ud af hvad hun fejlede (Petra:L.342-360).

Kvinderne har kun i mindre grad hørt diskussioner omkring screening i medierne, og ingen af dem har selv opsøgt informationer omkring screening. De kvinder, som har hørt om en diskussion i medierne, har hovedsageligt hørt om den økonomiske diskussion vedrørende om screening kan betale sig (Jane:L.346-353; Laila:L.502-508; Tove:L.296-307). Kvindernes positive oplevelser med screening og sundhedsvæsnet kan muligvis forklare hvorfor de ikke er kritiske over for screening. Dette bliver tydeligere, når der sammenlignes med Dorthe, som er den af kvinderne, der i højeste grad tilkendegiver, at screening kan være problematisk. Dorthes kritik er også i forhold til det økonomiske perspektiv, men hun går mere i detaljer med hendes kritik:

”Det er ikke kun positiv at lave screeninger, fordi ressourcer går jo fra noget, og vi bruger jo nogen ressourcer på nogen, der er raske [...] Der er jo ligefrem, hvad skal man sige, masser af varme hænder i sundhedssektoren, og det er meget ind og ud, hurtigt, frem og tilbage ((tænkepause)) Så hvis vi er ved at få resourceproblemer nogen steder, så skal man jo passe på man ikke bare fra politisk side bare skruer op for de her screeninger [...] Hvis det så går ud over nogen syge, der så kommer til at vente som fx min moster, der ventede så mange uger på at blive opereret. Det er jo heller ikke hensigtsmæssigt, fordi hun var jo syg”. (Dorthe:L.212-222).

Dorthe finder det problematisk, at økonomiske ressourcer bliver brugt på raske i stedet for syge, fordi der er resourceproblemer. Kritikken synes at hænge sammen med mosterens lange ventetid i forbindelse med operationen. Det betyder dog ikke, at Dorthe synes screening overordnet set er et dårligt tilbud, idet hun synes at det er åndsvagt ikke at deltage (Dorthe:L.268-269). Det findes interessant, at Dorthe er en af de eneste kvinderne, som fortæller om dårlige oplevelser med sundhedsvæsnet og samtidig er den, som er mest kritisk over for screening. Dog er der kun i interviewet spurgt ind til dårlige oplevelser i forbindelse med screening og ikke sundhedsvæsnet generelt, og derfor kan flere af kvinderne godt have dårlige oplevelser med sundhedsvæsnet, som ikke er nævnt i interviewet. Det findes yderligere interessant, at Dorthe ikke er bekymret ved screeningerne, og derfor er årsagen til Dorthes kritik ikke, at hun oplever screeningerne som bekymringsskabende.

Deldiskussion 1

Delanalyse 1 har vist, at screening generelt set ikke skaber de store bekymringer eller en øget risikofølelse hos kvinder i alderen 50-64 år, som bliver frikendt for at have kræft i forbindelse med screening. Generelt er bekymringer ikke noget, der fylder meget i kvindernes fortællinger, og der er kun fundet mindre tegn på

bekymringer, som fx at nogle af kvinderne er lidt bekymret inden de får screeningsvaret. På dette punkt kan dermed ses et lighedspunkt mellem projektets resultater og den tidligere litteratur, eftersom det i de fire litteraturstudier (Brett et al. (2005), Nelson et al. (2016), von Bülow (2000) og Cullen et al. (2004)) bliver fundet, at screening ikke skaber de store bekymringer blandt kvinder, som får et negativt svar ved screeningen.

Dog finder von Bülow (2000) i de tilfælde, hvor fokuset er på kvindernes perspektiv, at kvinderne stadig frygter at have kræft, hvorimod projektets informanterne giver udtryk for, at være beroliget efter screeningsresultatet. I Lunde (1997) bliver det fundet, at kvinderne som følge af screeningsresultatet oplever en sikkerhed og tryghed, hvilket ligeledes er gældende for projektets informanter. Det er yderligere påpeget i Brett et al. (2005), at eventuelle bekymringer, som er forbundet med deltagelsen forsvinder, så snart det negative screeningsresultat fremligger, hvilket ligeledes synes at gøre sig gældende for projektets informanter. Projektet kan nemlig konstatere, at screeningsresultatet beroliger kvinderne, idet de efter screeningerne føler sig mere trygge og sikre på, at de ikke fejler noget. Der synes således at være mange fællestræk imellem projektet og den tidligere litteratur på trods af forskellige kontekster og metoder. Dette skal ses i forhold til at bl.a. von Bulöw (2000) har kritiseret de kvantitative metodens egenskaber til at måle konsekvenserne af screening, hvor der i projektet er forsøgt at imødekomme denne kritik ved at være kvalitativt orienterede og fokuserer på kvindernes oplevelser. Det anses derfor interessant, at projektet finder de samme resultater, som i de kvantitative undersøgelser i litteraturstudierne. Dermed synes der nødvendigvis ikke, at være en forskel mellem resultatet af en kvalitativ og kvantitativ undersøgelse, som antydtes i kritikken.

Det Ethiske Råd (1999) har påpeget, at det er væsentligt at forstå betydningen af deltagelsen i flere screeninger i forhold til om det gør, at individet bliver bekymret. Det kan konstateres i projektet, at deltagelsen i flere screeninger nødvendigvis ikke øger individets bekymringer, da delanalyse 1 viser, at informanterne ikke i høj grad er bekymret. I stedet synes der i analysen at være tegn på, at screeningen er blevet en del af hverdagslivet, eftersom det bliver fundet, at nogle af informanterne sammenligner screening med et tandlægebesøg. Dette kan tyde på, at screeninger i højere grad er blevet en del af hverdagen, som følge af, at de bliver gentaget mange gange i løbet af kvindens liv, og kvinderne er blevet vant til at deltage i dem. Hvad der understøtter denne udlægning er, at kvinder har en højere deltagelsesprocent end mænd i tarmkræftscreeningen, hvilket bl.a. er blevet forklaret med, at det kan virke mere normalt for kvinderne at deltage i tarmkræftscreeningen, eftersom de har vænnet sig til at blive indkaldt til screeninger (Meijer 2007:7). Derfor vil der i projektet argumenteres for, at en mulig forklaring på kvinderne ikke er bekymret er, at de har vænnet sig til at deltage i screeninger. Analysen tyder derimod på, at hvor tæt individet har haft kræft inde på livet kan have betydning for deres bekymringer. Dette ses i projektet ved at den af kvinderne, som har flest familiemedlemmer, der har været ramt af kræft, også er den af kvinderne, som er mest bekymret for kræft i hverdagen og i forbindelse med screening. Der skal dog yderligere undersøgelser til for at fastslå dette.

Det bliver i projektet fundet, at ingen af informanterne i høj grad er bekymret, som følge af screeningerne, og derfor oplever de heller ikke i høj grad klinisk iatrogenese, i form af ængstelse. Der vil i projektet dog argumenteres for, at dette ikke nødvendigvis betyder, at det ikke kan eksistere kliniske iatrogenese i forbindelse med screening, eftersom flere af informanterne giver udtryk for, at de er kendt til, at screening kan føre til bekymringer. En af kvinderne berører ligeledes klinisk iatrogenese i form af overdiagnosticering/overbehandling, som hun er klar over kan forekomme ved screening. Igen er det ikke informantens egne oplevelser, og kvinderne har heller ikke oplevet denne form for klinisk iatrogenese. Eftersom der ikke opstår store bekymringer, som følge af screening blandt informanterne, synes Skolbekkens argumentation for, at overvågning af ens sundhed skaber en bekymringstilstand, heller ikke at kunne genfindes i empirien.

Den sociale iatrogenese bliver i projektet forstået som at eksistere i det danske samfund, eftersom det er indrettet med screeninger, som patientliggør individer grundet deres alder. Screeninger medfører endvidere, ifølge Illich, at individet bliver stresset og at raske mennesker føler sig som patienter. Da informanterne ikke i høj grad er bekymret eller generelt ikke gør sig mange tanker omkring screeningsdeltagelsen, synes der heller ikke at være nogen tegn på, at de er stresset. I forhold til om raske mennesker føler sig som patienter, kan dette forstås som at screeningen sygeliggør raske mennesker, men dette forhold er kun i mindre grad belyst i projektet, idet kun to informanter berører dette. Dette vil blive anset som problematisk i forhold til at teste teorien. Da de to kvinder afviser at være sygeliggjort synes dette forhold heller ikke at stemme overens med Illichs teoretiske perspektiv, hvis der ses bort fra begrænsningen. Både Det Etske Råd (1999:71) og Sundhedsstyrelsen (2014:20) synes dog at sætte lighedstegn mellem sygeliggørelse og afhængighed, da det kræver lægens ord for, at individet opfatter sig selv som rask (Det Etske Råd 1999:71). Derfor vil det i mindre grad i projektet anses som problematisk, at det er ikke direkte er belyst om kvinderne føler sig syge eller som patienter, når de deltager i screeningerne, eftersom næste delanalyse vil berøre om informanterne kan betegnes som afhængige. Delanalyse 1 tyder på, at Illichs perspektiv ikke kan genfindes i den indsamlede empiri, og derfor synes det ikke at være meningsfuldt at anvende Illichs teori til at forklare de perspektiver, som delanalyse 1 berører.

Spørgsmålet, der bliver belyst i forhold til Beck, er om screeningen skaber en følelse af risiko for kræft, som ikke forekommer uden screening. Det kan dog afvises, at risikoen for kræft kun opstår som følge af deltagelsen i screening, eftersom en række kvinder nævner, at andres kræftsygdomme får dem til at tænke på risikoen for at få kræft. Derudover er der kun en af kvinderne, som direkte nævner screening, som værende med til at gøre hende opmærksom på risikoen for kræft, men hun nævner samtidig et andet forhold, der øger hendes følelse af risiko. Der kan imidlertid argumenteres for, at de kvinder, som oplever lidt bekymringer efter screeningerne i højere grad føler sig i risiko for kræft, og dermed kan screeningerne til en vis grad skabe en følelse af risiko for kræft. Analysen tyder på, at risikofølelsen er begrænset i tid og varer kun frem til kvinderne får screeningsresultatet. Det kan dog være væsentligt i denne sammenhæng, at det ikke udelukkende er screening, som skaber bekymringer eller en risikofølelse for kræft. Analysen tyder

dermed på, at der ikke bliver produceret en risiko igennem screening, som ville kunne blive forstået som en utilsigtet følgevirkning af industrisamfundet.

Der vil i projektet argumenteres for, at kvinderne ikke forstår screening som værende det ene forhold, der skaber en risiko for at blive syg af kræft, eller gør dem klar over, at de er i en risikogruppe for kræft. Dermed kan det ikke findes, at kvinderne finder screeningerne, som problemskabende i form af skabe en risiko for at blive syg. Dette stemmer derfor ikke overens med Becks forståelse om at videnskaben er problemskabende i risikosamfundet. I højere grad tyder analysen på, at informanterne lægger vægt på, at screeningerne er problemløsende i form af screeningerne kan medføre en sikkerhed og tryghed om, at de ikke er syge. Eftersom kvinderne oplever screeningerne som problemskabende, og i højere grad som problemløsende, virker det forståeligt, at kvinderne ikke er kritiske over for screeningen, eftersom kritikken af videnskaben i risikosamfundet er et forhold, der er forbundet med, at videnskaben er problemskabende. At screeningen skaber sikkerhed for informanterne, strider ligeledes imod Becks forståelse af, at videnskaben i risikosamfundet kun i mindre udstrækning kan efterkomme det behov for tryghed, som individet har. Det synes heller ikke muligt ved anvendelsen af Illichs teori at forklare hvorfor informanterne oplever en øget sikkerhed og dermed et positivt forhold ved screening, da Illichs teori kun fokuserer på lægevidenskabens negative sider.

Det gælder ligeledes, at der i projektet ikke bliver fundet de samme forhold, der gjorde sig gældende i Jones' (2007) undersøgelse af fosterscreening. Jones (2007) fandt, at screeningen gjorde kvinderne blev klar over risikoen for at få et sygt barn, hvor der i projektet som nævnt ikke findes, at informanterne bliver klar over de befinder sig i en risikogruppe for kræft. Forskellen kan skyldes, at de fleste kvinderne i Jones' undersøgelse oplever et falsk positivt resultat, og derigennem blev defineret som værende i risiko for at få et sygt barn, mens projektets informanter ikke har oplevet falsk positiv og kun igennem invitationen er defineret som værende i en risikogruppe. Denne formodning stemmer overens med, at det i den tidligere litteratur blev fundet, at et falsk positivt i højere grad medfører bekymringer end et negativt resultat (Brett et al. 2005). Derudover kan det hænge sammen med, at individet i højere grad bliver mindet om risikoen for kræft end det at få et sygt barn, i kraft af at cirka hvert 3. dødsfald i Danmark skyldes kræft. Dette skal ses i forhold til, at informanterne angiver, at andres kræftsygdom øger deres tanker omkring risikoen for kræft, hvilket dermed om muligt kan forklare hvorfor kvinderne ikke udelukkende oplever screening som risikoproducerede, og at der ikke findes samme forhold mellem fosterscreeninger og kræftscreeninger. Derudover kan det formodes, at det kan spille en rolle, at fosterscreeninger er rettet mod sundheden af kvindens barn og ikke hende selv, og der er nogle andre forhold på spil her. Dette kan ses i forhold til, at en af informanterne påpeger, at sønnens sundhed er vigtigere end hendes egen, hvilket har gjort hende mindre bekymret ved screeningen.

Projektet har vist, at kvinderne generelt set er positive over for screeningerne, hvilket er et forhold, der ligeledes ses i Lunde (1997) og Lunde & Nielsen (1993), hvor de danske kvinder tilkendegiver en tilfredshed

med henholdsvis mammografiscreening og livmoderhalskræftscreening. Yderligere forhold, der tegner det samme billede i projektet som i Lunde (1997) er, at der findes forskellige holdninger til hvor sikkert screeningsresultatet er. Det ses både i Lunde (1997) og projektet, at der er en række kvinder, som har stor tiltro til sikkerheden af screeningsresultatet, mens der er andre kvinder, som ikke tror, at resultatet er retvisende. Det bliver her fundet interessant, at dette forhold kan genfindes næsten 20 år efter udgivelsen af Lunde (1997). Der kan dermed i projektet argumenteres for, at de danske kvinder ikke nødvendigvis har fået en mere retvisende viden omkring sikkerheden af resultatet, på trods af at screeningstilbuddene er blevet mere udbredt og/eller at kvinderne er blevet screenet gentagne gange.

Projektet finder heller ikke, at informanterne oplever screeningerne som risikabelt, som Jones (2007) fandt i sin undersøgelse af forsterscreening. Jones' (2007) konkluderer, at kvinderne finder forsterscreening som værende risikabel, fordi den skaber risikoen for falsk positiv, hvilket er et forhold, som fleste af kvinderne har oplevet. Dette gjorde, at de ikke ville deltage i screeninger ved en evt. senere graviditet, mens projektets informanter ikke synes at ville undgå fremtidige screeninger. Men informanterne har som sagt heller ikke oplevet falsk positiv, hvilket kan være forklaringen. Selv de informanter i projektet, der kender til muligheden for screeningsskabte risici, såsom falsk positiv, falsk negativ og overbehandling, forbliver glade for screeningen, eftersom det virker til, at de afviser eller ignorerer disse forhold.

En af informanterne er dog kritisk over for screeningerne, idet ressourcer bliver brugt på raske, hvilket kan betyde, at de syge får en dårligere behandling. Der er altså tale om, at hun er kritisk, idet screeningerne kan være problemskabende for de syge. En anden informant fortæller derimod, at hun ser igennem med, at screeningerne medfører falsk tryghed, hvilket tyder på at hun ikke er kritisk, på trods af at være klar over, at screeningerne kan være problemskabende. Kendskabet til at screening kan være problemskabende synes ikke at være nok til at informanterne ikke har lyst til at deltage i screeninger, eller at de i høj grad kritiserer screeningen. Selv den af kvinderne, som er mest kritisk, over for screening, synes at foretrække screening frem for ingen screening på trods af dens "manglende" sikkerhed. Dette skal ses i forhold til Solbjør et al. (2012), der har fundet, at selv ikke intervalkræft betyder, at kvinderne mister deres tillid til screening. Dette skyldes, at kvinderne i Solbjør et al. (2012) foretrækker at blive screenet frem for ikke at blive screenet, selvom screeningen ikke er helt sikker. Heller ikke i Lindberg et al. (2013), hvor kvinderne har oplevet falsk positiv, og dermed på førstehånd har oplevet en af problematikkerne med screening, og at screeninger kan være problemskabende, medfører det en kritik af screening. Både i Solbjør et al. (2012) og Lindberg et al. (2013) synes screeningsproblemer derimod at føre til at mere screening efterspørges. Dette skaber en forståelse for, hvorfor projektets informanter forbliver positive overfor screening, idet der synes at skulle meget til før screening ikke bliver oplevet som positivt.

At screening kun i mindre grad bliver kritiseret af informanterne kan ses i forhold til Luptons (1995) pointe omkring, at lægevidenskaben ikke bliver forstået som at producere risiko, men kun at varetage de to andre roller, som videnskaben har i risikosamfundet i form af bekæmpelse og definerende af sundhedsrisici. Dette

forhold betyder, ifølge Lupton (1995), at lægevidenskaben i mindre grad end andre videnskabsformer kritiseres. Dette forhold synes at gældende blandt projektets informanter, idet de ikke oplever screening, som at producere risici for dem, men derimod oplever positive forhold, og derfor forklare hvorfor informanterne ikke er kritiske.

Informanterne synes ikke i høj grad at have hørt om diskussioner, eller at kende diskussionen, der har været mellem kritikere og Kræftens Bekæmpelse om screening er problematisk eller ej. I en af diskussionerne påpeger en kritiker igennem undersøgelser, at ulemperne kan overveje fordelene, men Kræftens Bekæmpelse i højere grad afviser denne kritik (Rønning-Andersson 2013). Der kan argumenteres for, at kritikeren i højere grad finder screening for problemskabende, og mens Kræftens Bekæmpelse ikke gør, og derfor kan det ses som en magtkamp om at definere risikoen. Derudover er det også et eksempel på hvordan det kan være modstridende oplysninger, som individet selv må tage stilling til, sådan som Beck hævder. Informanterne synes dog ikke at være opmærksomme på denne diskussion og oplever derfor ikke, at videnskaben her giver modstridende informationer, som de er nødt til at tage stilling til. Kvinderne har heller ikke selv opsøgt information omkring screening, og derfor kan det formodes, at kvindernes information hovedsageligt stammer fra sundhedsmyndighederne. Der synes dermed heller ikke her at være tale om at informanterne har foretaget et valg af hvilke eksperter, som de tror på. Derfor synes Becks teori heller ikke at kunne blive anvendt til at forklare dette aspekt af kvindernes oplevelser.

Generelt synes det kun i mindre grad at være muligt med brugen af medikaliseringen og Becks teori at kunne forklare de mekanismer, som er på spil blandt projektets informanterne. Det er ikke fundet, at screening giver store bekymringer, og derved oplever kvinderne ikke klinisk iatrogenese. Det er ikke fundet, at screening bliver oplevet som risikoskabende i forhold til at kvinderne bliver opmærksomme på en risiko for at blive alvorlig syg, og derfor er kvinderne ikke kritiske over for screeningerne. Kvinderne afviser eller ignorerer i højere grad forhold om, at screening på andre måde kan være problemskabende, og derved er de ikke kritiske. Når informanterne ikke er kritisk, synes informanterne heller ikke at have undsluppet eksperternes umyndiggørelse, som Beck ellers argumenterer for, at individet er i risikosamfundet. Dette kan tyde på, at Illichs teori omkring at individet er underlagt lægernes magt i højere grad kan stemme over ens med empirien, hvilket vil blive belyst nærmere i delanalyse 2.

6. Delanalyse 2: Afhængighed og passivitet

Følgende delanalyse tager udgangspunkt i besvarelsen af arbejdsspørgsmål 2: Screeninger medfører, at individet bliver afhængig af læger til at vurdere deres helbred, og som følge heraf bliver individet passivt og fralægger sig ansvaret for egen sundhed. Dette vil blive gjort ud fra temaerne "Afhængige og passive individer" og "En individualiserende forståelse". Første tema vil belyse om kvinderne blive afhængige og/eller passive, mens det andet tema vil belyse om kvinder oplever, at man selv er ansvarlig for sin sundhed, samt om screeningsdeltagelsen kan ses som at tage et ansvar.

Afhængige og passive individer

Som der allerede er påpeget i delanalyse 1, har følelsen af at ikke fejle noget haft den betydning for Ruth og Laila, at de bliver mindre bekymret. Spørgsmålet er dog om informanterne generelt mener, at det er muligt at mærke eller fornemme kræft. Ingen af kvinderne kommer ikke med et klart ja eller nej på dette spørgsmål, men de siger enten, at de ikke ved det eller ikke tror det. Petra bl.a. siger: *"Nej, det tror jeg ikke. Jeg ved det ikke. Jamen man har jo mange forestillinger om hvis der et eller andet der sådan en eller anden ting der"* (Petra:L.100-101), mens Dorthe siger: *"Det ved jeg sårme ikke. Jeg tror faktisk godt nogen af dem, der kan sidde sådan og hygge sig i en eller anden afkrog et eller andet sted i lang tid uden man opdager noget, så det ved jeg sårme ikke rigtig"* (Dorthe:L.114-115). Begge kvinder påpeger, at de ikke ved det, og generelt synes der ikke at være meget klare udmeldinger blandt kvinderne om man kan mærke kræft eller ej.

Selvopmærksomhed kontra screening

På trods af at kvinderne ikke er sikre på, om man kan mærke kræft, mener Tove, Jane og Birthe, at selvundersøgelse/selvopmærksomhed er den bedste metode til at identificere kræft. Det er dog ikke entydige svar, og de giver ligeledes udtryk for, at de ikke vil undvære screening, og at den optimale metode er en kombination (Jane:L.204-232, Birthe:L.137-158; Tove:L.78-111). Selvommærksomhed og selvundersøgelse vil til dels i afsnittet blive behandlet som synonyme. Som eksempel på et tvetydige svar, kan der gives, at Birthe efter at havde fortalt, at selvopmærksomhed er bedst, fordi man selv kender sin krop bedst (Birthe:L.147-149) siger:

"Screening giver jo et billede af det, hvorimod det andet det er kun. Det kan være den ene dag, kan der være noget. Den næste kan der måske ikke. Det kan jo være lidt diffust, ikke også, om det bare er forbigående eller et eller andet, hvor screening viser helt konkret om der skulle være noget" (Birthe:L.155-157).

Birthe synes her at give udtryk for, at screening er den bedste metode til at identificere kræft, eftersom selvundersøgelse er diffust, og synes dermed at modsige sine tidlige udtalelser. Det vil dog blive forstået, som at Birthe, Jane og Tove ser både screening og selvopmærksomhed som vigtigt, men at de mener, at selvopmærksomhed er bedst.

Ruth siger: *"Jeg tror begge. Begge dele skal være der for at opdage det"* (Ruth:L:143), og synes dermed ikke det ene er bedre end den anden. Der er således en række informanter, der føler, at det er muligt igennem selvopmærksomhed at finde kræft, men stadig ikke vil undvære screeningerne. Dorthe problematiserer både selvopmærksomhed og screening, da hun har bekendte, der har smidt prøvesættet til tarmkræftscreeningen væk, og mener ikke, at de har selvopmærksom, hvis de smider prøvesættet væk (Dorthe:L.136-143). Dorthe mener således ikke, at man kan være selvopmærksom, hvis man ikke deltager i screening.

Mette og Laila giver modsat udtryk for, at screening er den bedste måde til at identificere kræft. Mette har mere tiltro til mammografiscreeningen end hvad man kan føle sig til, men hun pointerer, at hun ikke sætter al sin tiltro til screeningen og at selvopmærksom er vigtigt (Mette:L.251-271). Laila synes derimod klart at foretrække screening:

"Jeg tror på screeningen. Det tror jeg da, det tror jeg da. Altså fordi jeg, jeg tror ikke man kommer hele vejen rundt hvis man begynder og stå sådan der ((imiterer en selvundersøgelse af brystet)). Det kan godt være, hvis den sidder lige et helt åben sted, men jeg tror da, den er mere sikker. Det tror jeg da [...] Jamen jeg tror man kan overse noget [...] jeg tror den anden, det tager det hele. Det tror jeg". (Laila:L.145-147,159-162).

Laila synes modsat de andre at foretrække screening, og påpeger problemer, der er forbundet med selvundersøgelse og ikke screening. Dette kan ses i forhold til, at Laila tror, at screeningsresultat er forholdsvis sikkert, hvilket også kommer til udtryk i citatet, eftersom hun siger, at screeningen finder det hele. Der kan argumenteres for, at Laila finder screening bedst, idet screeningen ifølge hende er mere sikker. Der kan synes at være en sammenhæng mellem Lailas tanker omkring sikkerheden af screening og at screening findes bedst. For Mette, Tove og Jane synes der ligeledes at være en sammenhæng mellem at de pointerer, at både screening og selvopmærksomhed er vigtig, og det forhold, at de har problematiseret sikkerheden af screeningen. Dermed synes der blandt nogle af informanterne at være en sammenhæng mellem forståelsen for sikkerheden af screeningsresultatet og om man finder screening eller selvundersøgelse bedst.

Passivitet

Mette, Jane og Tove fortæller, at de holder øje med deres afføring og foretager selvundersøgelser af brystet (Jane:L.157-190; Mette:L.645-651,679-687; Tove:L:284-293). Dorthe og Ruth foretager kun selvundersøgelser i mindre grad, hvor Dorthe holder øje med sin hud, da det er en familiesvaghed (Dorthe:L.99-100,351-361), og Ruth kun synes at holde lidt øje med afføringen (Ruth:L.314-327). Petra fortæller, at hun ikke foretager brystundersøgelser, mens det er uklart om hun holder øje med afføringen (Petra:L.133-136,266-279). Laila og Birthe synes ikke i høj grad at foretage selvundersøgelser af brystet eller holde øje med afføringen (Laila:L.451-463,463-467; Birthe:L.159-160,408-412).

Det interessante er, at det er Mette, Jane og Tove, som i højere grad foretager selvundersøgelser, idet de nævner, at screeningsens "manglende" sikkerhed har gjort dem bevidste om, at selvopmærksomhed er vigtigt. Birthe, der siger, at selvopmærksomhed er den bedste metode til at opdage kræft, samt Ruth, som

påpeger, at både screening og selvopmærksomhed er vigtigt for at opdage kræft, foretager kun i mindre grad disse undersøgelser, som de ellers mener, er vigtig for at opdage kræft. Ruth og Birthe er modsat Jane, Mette og Tove i højere grad overbeviste om, at screeningsresultatet er retvisende. Dette kan tyde på, at viden omkring at screening ikke er fuldstændigt sikker, medfører at kvinderne i højere grad udfører selvundersøgelser, og at det ikke nødvendigvis er nok, at vide at selvopmærksomhed er vigtig for, at man foretager selvundersøgelserne. Hvis man forstår selvundersøgelse som et udtryk for, at individet ikke er passiv over for egen sundhed, er der altså kun Jane, Tove og Mette, som ikke er passive. Sikkerheden af screeningsresultat kan også have haft en effekt på Laila, idet hun fortæller:

”Laila: De siger, du er okay. Der er ikke noget. Så regner jeg med går tiden, så kan det ikke gå helt galt inden jeg skal næste gang igen.

Interviewer: Så du tror man ligesom er sikker i den periode eller hvad skal man sige?

Laila: Ja, sådan rimelig, ikke også. Så er det i hvert fald på småtingsafdelingen”.
(Laila:L.429-432).

Laila tror dermed ikke, at hun kan nå at blive rigtig syg imellem screeningerne. Dette kan være med til at forklare, hvorfor Laila ikke foretager selvundersøgelser, idet hun forventer, at screeningen sikrer hende mod at blive alvorlig syg. Dette kan dermed ses som et tegn på, at screening har gjort Laila passiv. Et lignende forhold kan gøre sig gældende for Ruth, idet hun fortæller, at screening giver hende en tryghed, som varer indtil næste screening (Ruth:L.362-369). Birthe synes også at være blevet passiv af screeningerne, idet hun siger:

”Interviewer: Er det noget [selvundersøgelse af brystet] du selv gør?

Birthe: Ikke ret tit ((grines)) Nej, nu er man nået dertil nu kommer. Nu ved man der er taget hånd om det, hvis det sådan det.

Interviewer: Så du tænker det der med at der er en screening, ligesom gør at...

Birthe: Ja, en sikkerhed, ja, det tænker jeg faktisk [...] jeg synes indtil man begynder der i 50 års alderen og komme med i screeningsprogrammet, jo for ligesom det er jo der, [...]

Interviewer: Så du tænker man er mere sikker kommet ind i screeningsprogrammet kontra før?

Birthe: Det tror jeg ikke man er. Det tror jeg ikke man er, for der går alligevel to år imellem. Der kan ske meget på to år. Ja, så derfor skal man jo selv være, og det siges jo også at man selv skal være opmærksom på det også, så det må man hellere holde sig til”
(Birthe:L.159-177).

Birthe føler, at der er nogle, som tager af at finde kræft, når man deltager screeningsprogrammet, og at screeningen giver en sikkerhed. Alligevel pointerer Birthe vigtigheden af, selv at holde øje med sin krop, og at der kan ske meget i de to år mellem screeningerne. Det væsentlige i denne sammenhæng er, at det virker

til der er sket en ændring efter Birthe er nået alderen, hvor screeningen har taget over. Dette kan tyde på, at Birthe som følge af screeningen er blevet mere passiv.

Der kan også sættes spørgsmålstejn ved i hvor høj grad selvundersøgelser er et udtryk for selvopmærksomhed, og om det kræver selvundersøgelser for, at man er opmærksom på sin krops signaler. Der er eksempler på, at kvinderne er selvopmærksomme, på trods af de ikke alle foretager selvundersøgelser. Som eksempel nævner Birthe, at hun vil reagere, hvis hendes krop bliver oplevet anderledes, og hun fortæller, at hun fornyligt har været til læge for at få undersøgt om hun fejlede noget, da hun havde haft ondt i mave (Birthe:L.77-83). Dette synes modsat Birthes tidligere udtalelser at indikere, at hun er opmærksom på forandringer i sin krop, og at hun går til lægen, hvis/når hun har en mistanke om, at der er noget galt. De fleste af kvinderne har ligeledes været til lægen med hvad der kunne være symptomer på kræft. Dette kan indikere, at kvinderne selv er opmærksomme på deres kroppe og tager til lægen, hvis de har en mistanke om kræft, selvom de ikke alle foretager selvundersøgelser. Derfor kan man stille spørgsmålstejn ved om kvinderne reelt set bliver passive af screeningerne, når de fortsat søger læge ved eventuelle symptomer. Det er dog usikkert om screeningerne har betydet, at kvinderne er gået senere til lægen end hvad de ellers ville have gjort.

Afhængighed

Generelt set er kvinderne glade for screeningstilbuddet. Petra og Ruth giver, som nævnt, udtryk for en glæde over screeningsinvitationen. Jane synes, at det er et vildt tilbud, og ser det som en risiko ikke at deltage (Jane:L.282,331), og Laila siger: *"Jamen jeg tror risikoen er større, hvis man ikke gør noget"* (Laila:L.418). Birthe giver udtryk for, at det er et godt tilbud, som hun er nødt til at tage imod (Birthe:L.260-263), mens Tove siger: *"Egentlig er det rigtig godt, at vi har muligheden"* (Tove:L.296). Mette giver udtryk for, at screening gør, at man får en mindre bekymring (Mette:L.739-748), og Dorthe giver, som tidligere nævnt, udtryk for, at hun synes, det er åndvagt ikke at deltage. Alle informanter er dermed glade for screeningstilbuddet, og vil ikke undvære screeningerne.

I forbindelse med spørgsmålet omkring fordelene ved screening nævner informanterne enten at kræft bliver opdaget (Ruth:L.362; Petra:L.302; Birthe:L.437), eller at kræft bliver opdaget på et tidligt tidspunkt (Dorthe:L.227-231; Mette:L.736-737; Tove:L.359-363; Jane:L.366-369, Laila:L.532-535). Ingen af kvinderne synes derimod, at screening har nogen ulemper, der påvirker dem. Kvinderne mener dermed, at screening opdager kræft i tilfælde af, at man ikke selv opdager det eller før man selv opdager det. Dette kan ses i forhold til, at kvinderne ikke føler sig sikre på om kræft kan mærkes eller ej. Jane og Mette fortæller, at de finder screening vigtigt, hvis det ikke selv er muligt at opdage kræft (Mette:L.431-433; Jane:L.263-268). Dette tyder på, at kvinderne er afhængige af screeningerne.

Selvom kvinderne er usikre på om kræft kan mærkes, så giver flere kvinder udtryk for, at det igennem selvopmærksomhed er muligt identificere kræft. Derudover betyder denne usikkerhed heller ikke, at alle

kvinderne nødvendigvis ser screening som den bedste metode til at identificere kræft på. Dette kan som nævnt hænge sammen med at nogle af kvinderne er klar over den manglende sikkerhed af screeningsresultatet, og derfor sætter de ikke al deres lid til screening. Disse fund tyder derimod på, at kvinder ikke nødvendigvis er afhængige af screening til at bedømme deres sundhed og at de føler, at det er muligt selv at identificere kræft.

Der kan dermed argumenteres for, at der findes modstridende tendenser omkring afhængighed. Der er dog yderligere tegn på, at kvinderne er afhængige. Mette og Ruth nævner fx i forbindelse med spørgsmålet omkring fordele, at screening gør dem mere sikre eller trygge (Mette:L.739-748; Ruth:L.362-363). Der er allerede blevet påpeget i delanalyse 1, at størstedelen af kvinderne oplever, at screening kan give en sikkerhed eller tryghed. Tove kan gives som et yderligere eksempel:

”Så gør jeg det selvfølgelig for at føle mig på den sikre side. Ja, og så den der skrab man får. Det er for mig. Synes jeg også altid det er grænseoverskridende at være til gynækologisk undersøgelse. Det synes jeg er træls, men jeg gør det også, for at føle dig sikker”. (Tove:L.213-215).

Tove oplever at være på den sikre side, når hun deltager i screeningerne. Sikkerheden som screeninger skaber, synes for Tove at kunne opveje, at screeningerne er grænseoverskridende, hvilket indikerer, hvor vigtig denne sikkerhed er for Tove. Sikkerheden og trygheden betyder, at kvinderne føler sig mere sikre på, at de er raske, når de deltaget i screeninger. Dette kommer til udtryk hos Mette, idet hun siger: [...] *for du selv ved du, okay, at du er fit for fight. Du behøver ikke gå og bekymrer dig unødvendigt*” (Mette:L.504-505). Laila giver udtryk for, at hun godt selv kan mærke om hun er syg, ligesom hun godt kan mærke om hun har ondt i en tand, men alligevel går til tandlægen og screening for at sikre at det tages i opløbet. Hun ser screeningerne som noget ekstra, der gør, at det bliver taget i opløbet (Laila:L.418-423). Dermed kan der argumenteres for, at screeningsdeltagelsen får kvinderne til at føle sig på den sikre side, eller sikre på at kræft bliver fundet på et tidligt stadie. Dette kan tyde på, at kvinderne er afhængige af screeningerne.

Hos Tove og Laila ses der tegn på afhængighed, idet de udtrykker en glæde over at sundhedssystemet tager sig af at screene folk. Tove siger:” [...] *hvor er det godt, at vi har sådan et sundhedssystem, som tager hånd om det [...]*” (Tove:L.277), mens Laila nævner det i forbindelse med spørgsmålet omkring hvad hun tænker om, at 50-64 årige kun bliver screenet hver 5. år:

” [...] nej de har styr på dig, [...] Hvis der går for lang tid ikke også, så kommer der måske det efter nogle år der, hvor du tænker nej, jeg har også ondt her nede, eller et eller andet ikke, eller min afføring eller hvad ved jeg, et eller andet, ikke. Og så er der måske gået et stykke tid uden at der er nogen, der har haft hånd i hanke” (Laila:L.593,625-627).

Både Tove og Laila synes det godt, at sundhedssystemet tager sig af at finde kræft, og derfor føler at screeningerne har noget af ansvaret for at identificere kræft. Afhængigheden kommer også til udtryk hos

Laila ved, at hun udtrykker et ønske om et generelt sundhedstjek hvert 2. år (Laila:L.595-598). Laila påpeger også passivitet, idet hun siger, at hvis man ikke bliver screenet kan der gå længere inden det bliver opdaget, og at der er ingen, der har kontrol over det. Der er yderligere eksempler på, at informanterne er afhængige af screening. Mette giver for eksempel udtryk for, at hun gerne ville have deltaget i mammografiscreening allerede fra 40 års alderen (Mette:L.463-472):

"[...] Det ville jeg faktisk også de gange, hvor jeg ligesom følt. Har været ved lægen. For det har været der omkring 40 års alderen. Det ville jeg faktisk godt have haft, at man havde sagt. Jamen okay du skal ind til en screening og der er et halv år til du skal screening" (Mette:L.467-469).

Mette giver udtryk for, at hun havde fundet det rart at blive screenet tidligere, idet hun har følt noget i sine bryster. Hun synes at efterspørge den sikkerheden, som screeningen giver hende, allerede inden hun har deltaget. Petra giver udtryk for, at hun måske gerne vil screenes hvert år, samt at hun ikke synes, at det er rart, at hun snart udgår af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft (Petra:L.319-321,374). Jane mener ikke, at der bør være en aldersbegrænsning på screening (Jane:L.398-403) og siger i denne forbindelse:

"Ja, for ellers bliver det ligesom om man er opgivet, ikke også. Altså når de nu netop har kørt den der turnus ind, og man bliver vænnet til at sådan er det bare, så tror jeg da man vil tænke, hvis de fx når jeg kommer der op på et eller andet tidspunkt. Nå men nu, nu har du fået en alder, hvor nu får du ikke flere indkaldelser. Så tror jeg, jeg vil tænke, nå, nu er det lige meget". (Jane:L.410-413).

Jane giver udtryk for, at man bliver vant til screeninger, og derfor ville føles som man er opgivet, hvis screeningen stoppede. Det antyder, at man bliver afhængig af at komme til screeningerne, når man har deltaget i dem i en længere periode, og derfor vil Jane gerne have, at screeningerne fortsætter. Dette er blot nogle af de eksemplerne, der er på, at kvinderne efterspørger mere screening.

Endelig er der flere tegn, som ikke understøtter en afhængighed. Flere kvinder udtrykker tiltro til at screeningsintervallet, starttidspunkt eller sluttidspunktet har en baggrund, og efterspørger derfor ikke tidligere eller flere screeninger (Tove:L.382-393; Jane:L.374-390; Dorthe:L.409-418; Birthe:L.464-476,485-489). Ruth efterspørger ikke flere screeninger, idet hun siger: *"Man går til tre screeninger, ikke også. Der er egentlig mange ting, man får tilbudt"*. (Ruth:L.388-389). Dette kan ses som tegn på, at kvinderne ikke nødvendigvis er afhængige af screening. Analysen tyder dog på, at der er flest tegn, at kvinderne til en vis grad er blevet afhængige af lægevidenskaben.

En individualiserende forståelse

Kvinderne mener, at man selv er ansvarlig for sin sundhed, hvor et typisk udsagn ses hos Mette: *"Jamen det er man. Det er man altså"* (Mette:L.54). At være ansvarlig indebærer for kvinderne at spise sundt og dyrke motion. Tove, Dorthe og Laila mener dog, at der kan være nogle forhold, som gør det svære for nogle

mennesker at tage ansvar (Tove:L.27-30; Laila:L.24-29), hvor Dorthe udtaler: *"Jamen det er man da, men man har jo også en bagage, der gør at nogen bedre kan tage det ansvar end andre"* (Dorthe:L.36-37). Dorthe er den af kvinderne, som i højeste grad, uddyber disse begrænsninger, hvor det er forhold såsom manglende økonomiske ressourcer, samt digitaliseringen, der gør det svært for nogle (Dorthe:L.39-55). Laila lægger derimod meget vægt på ens eget ansvar i forhold til sundhed, og hun fortæller, at hun selv "tog ansvaret" for at genoptræne hendes ben efter knæskader (Laila:L.39-45).

Er kræft selvforskyldt?

Kvinderne giver udtryk for, at man selv er ansvarlig for sin sundhed, men dette synes ikke at gælde for kræft. Størstedelen af kvinderne afviser klart, at kræft er selvforskyldt, hvor Birthe kan gives som eksempel: *"Nej, nej, det kan man jo ikke. Jeg tror virkelig, virkelig uforskyldt kommet i, hvis det er, ja, det tror jeg. Der tror jeg ikke, der er noget, man kan gøre, for at man får det"*. (Birthe:L.195-196). Laila skelner sig ud fra de andre ved at nævne, at i visse kræfttilfælde kan være selvforskyldt fx hvis man ryger (Laila:L.169-171). Jane, Ruth og Mette påpeger, at noget af årsagen til kræft derimod skal findes i generne eller skyldes, at det er arveligt, hvor Mette og Ruth også påpeger yderfaktorers betydning (Mette:L.301-308; Jane:L.236-237; Ruth:L.153-156).

Yderligere påpeger en række kvinder, at sunde personer også bliver ramt af kræft, hvor Petras udtalelser kan ses som eksempel herpå: *"Altså folk får jo kræft uanset om de ryger eller ej. Det kan jeg jo sagtens gå hen og få. Nu ryger vi ikke, jeg har aldrig gjort det, så"* (Petra:L.147-148). Ruth, Laila og Tove har lignende udtalelser (Tove:L.112-116; Ruth:152-159; Laila:L.202-214), der understreger, at informanterne ikke mener, at kræft er selvforskyldt.

Dette skal ses i forhold til, at størstedelen af kvinderne mener, at man til en vis grad kan mindske risikoen for kræft. I denne forbindelse nævner de livsstilsfaktorerne; kost, rygning, alkohol og motion (Dorthe:L.122-131; Tove:L.75-77; Mette:L.237-248; Jane:L.197-203; Laila:L.134-137; Ruth:L.131-133). Petra og Birthe mener derimod ikke, at der er noget man kan gøre (Petra:L.106-108; Birthe:L.120-123). Det er interessant, at kvinderne påpeger, at livsstilsfaktorer har betydning for ens risiko samtidig med det at være ansvarlig for sin sundhed indebærer, at man lever sundt. Således mener informanterne ikke, at kræft er selvforskyldt, selvom de mener, at man selv er ansvar for sin sundhed, og at risikoen for kræft kan mindskes ved at leve sundt.

Ansvarlighed gennem screeningsdeltagelsen

Jane, Dorthe, Laila og Mette nævner på forskelligvis, at man udviser ansvarlighed ved deltage i screening. Jane siger fx:

"Men altså sådan nogle ting [screening], det synes jeg er et godt tiltag og jeg kunne ikke drømme om og sige nej til det, fordi så tror jeg, jeg vil tænke, der skete noget, så var det lidt min egen skyld at hvis det først blev opdaget senere, hvor jeg ville tænke at. Det synes jeg man er forpligtet til" (Jane:L.213-215).

Jane føler, at det ville være hendes egen skyld, hvis en sygdom først ville blive opdaget sent, hvis hun ikke deltog i screeningen. Derfor mener Jane, at man er forpligtet til at deltage i screeningerne. Dorthe fortæller noget lignende og siger: *"Så har man gjort sit"* (Dorthe:L.271). Disse to kvinderne mener dermed, at man selv har gjort det man kunne for at undgå at kræftsygdomme bliver fundet på et senere tidspunkt, hvis man deltager i screeningen. Der kan argumenteres for, kvinderne vil bebrejde sig selv, hvis de ikke deltog i screeningerne. Dette kan ses i forhold til Mette og Laila, som ikke har deltaget i alle screeninger, de har været inviteret til, hvilket betyder, at de har dårlig samvittighed. I forbindelse med spørgsmålet omkring hvad Mette tænker om folk, der ikke deltager, siger hun: *"Det er lidt kyllinge-agtigt og ikke vil deltage i det, og det er da også det jeg har det lidt dårlig med at jeg har fået lavet den [tarmkræftscreening]"* (Mette:L.699-701). Den dårlige samvittighed kommer til udtryk hos Laila på følgende måde:

"Laila: [...] den sprang jeg over [livmoderhalskræftscreening], og der fik jeg det lidt dårlig med. Det gjorde jeg. Der tænkte jeg, næste gang, der gør du det, og så gjorde jeg jo det.

Interviewer: Hvorfor får du det dårligt, tror du?

Laila: Jamen jeg fik det dårligt med at jeg ikke gjorde det.

Interviewer: Jamen hvorfor?

Laila: Jamen fordi så tænkte jeg, så tog jeg jo ikke ansvar. Så løb jeg fra det. Ja det gjorde jeg" (Laila:L.241-246).

Både Mette og Laila har det dårlig over ikke at have deltaget i en screening, hvor Laila forklarer, at det skyldes, at hun så ikke tog ansvar. Der kan argumenteres for, at Laila mener, at screeningsdeltagelsen er en del af at vise ansvar over for egen sundhed. Mette siger da også direkte: *"Det [screening] er er del af vores sundhed, og godt, så skal den udføres"* (Mette:L.452-453), mens Laila siger, at hun har gjort sin pligt, når hun har deltaget i screeningerne (Laila:L.388-395). Generelt kan der argumenteres for, at den dårlige samvittighed som Mette og Laila giver udtryk for, samt den bebrejdelse, som Jane og Dorthe giver udtryk for, at de ville have, hvis de ikke deltog, kan tyde på at man udviser et ansvar for sin sundhed igennem screeningsdeltagelsen.

Som nævnt er Laila den af kvinderne, som i højeste grad pointerer vigtigheden af at man selv tager ansvaret for sin sundhed. Laila har alligevel været tilbageholdende over for både tarmkræftscreening og livmoderhalskræftscreening, da hun finder dem, som hun udtrykker det, for klamme (Laila:L.232-233,260-263). Det, at man påpeger vigtigheden af at være ansvarlig for egen sundhed og at det er ansvarligt at deltage i screeninger, behøver dermed ikke at være nok til at opveje, at screeningen anses som grænseoverskridende. Det er dog vigtigt at pointere, at det ikke hos alle medfører dårlig samvittighed ikke at deltage i screening, idet Tove afviser, at hun fortrød, at hun har glemt en livmoderhalskræftscreening (Tove:L.142-148).

Det gælder for en stor del af kvinderne, at de giver udtryk for, at man selv må bestemme om man deltager i screening eller ej. Dette sker ofte i kortere vendinger, mens Mette derimod siger:

"Det synes jeg skal være frivilligt, fordi vi skal ikke. Vi skal ikke tvinge folk, hvis de ikke vil det. Jamen det er det, der er du herre over dit eget liv ikke og, så må du være herre over om du kommer til en screening eller du kommer til en tandlæge. Det må du altså selv. Det må du altså sørge for. Det er dit eget liv". (Mette:L.715-718).

Udover at Mette synes, at screening skal være frivilligt, peger citatet på, at man selv er ansvarlig for sin deltagelse i screening, hvilket synes at være den gense holdning blandt informanterne. Laila svarer dog modsat de andre at man skal deltage, da hun siger: *"Langt hen af vejen, ja, det synes jeg faktisk"* (Laila:L.495). Det findes interessant, at Laila har denne holdning, som adskiller hende fra de andre, på trods af der har været flere screeninger, som hun ikke har deltaget i.

Deldiskussion 2

I delanalyse 2 er det fundet, at flere af informanterne anser selvopmærksomhed som den bedste metode til at identificere kræft, mens endnu flere pointerer vigtigheden af selvopmærksomhed. Dette stemmer ikke overens med hvad Calnan (1984) finder, idet screening her foretrækkes over et selvundersøgelseskursus. Dette ser Calnan (1984), som et tegn på at kvinderne har overladt deres sundhed til lægerne, og dermed er afhængige af videnskaben. At projektets informanterne påpeger vigtigheden af selvopmærksomhed kan ses som et eksempel på, at de selv tager del i ansvaret for deres sundhed og ikke blot overlader det til lægerne. Dog synes ingen af informanterne at ville undvære screeningerne og dermed synes informanterne også at lægernes undersøgelse af kroppens sundhedstilstand er vigtig. Det var i projektet forventet, at informanterne i højere grad ville være afhængige af screeningerne end hvad kvinderne i Calnan (1984) giver udtryk for. Dette skyldes, at informanterne i højere grad igennem flere screeningsprogrammer og i en længere periode end kvinderne i Calnan (1984), som endnu ikke havde deltaget i screeningen, har fået gentaget at man ikke selv kan vurdere om man er rask, som Lunde (1997) påpeger. Analysen tyder dog på, at dette ikke er tilfældet, men informanterne derimod i højere grad påpeger vigtigheden af selvopmærksomhed, og i mindre grad at have overladt ansvaret til lægerne. Der vil i projektet argumenteres for, at forskellen kan skyldes, at Calnan (1984) finder, at kvinderne ikke synes at stole på, at de selv kan identificere kræft set i forhold til screeningen, hvorimod nogle af projektets informanter i højere grad påpeger, at screening kan overse noget, men derimod ikke problemer ved selvundersøgelser. Derfor finder nogle informanter selvopmærksomhed eller en kombination mellem screening og selvopmærksomhed at foretrække. Alt informanterne ikke har taget al ansvaret for at identificere kræft hænger sandsynligvis sammen med, at kvinderne er usikre på om kræft kan mærkes eller ej.

Skolbekken og Beck argumenterer for, at afhængighed af henholdsvis lægerne og eksperter opstår som et resultat af at risici ikke kan mærkes, og kun bliver synliggjort igennem henholdsvis overvågningsteknologi og måleredskaber. For Skolbekken skyldes afhængighed også, at individet ikke har tillid til sin egen krop. Der kan argumenteres for, at informanterne føler, at screening synliggør en risiko for at blive syg som de nødvendigvis ikke kan se. Det betyder, at de kan være afhængige af lægerne til at identificere kræft, idet informanterne giver udtryk for, at screening kan identificere kræft inden de selv nødvendigvis kan. Når informanterne

derimod fortæller, at selvopmærksomhed også er vigtige synes det at pege i den modsatte retning. Informanterne mener, at det uden screeninger eller andre måleinstrumenter er muligt at identificere kræft, og dermed er de ikke afhængige af lægevidenskaben. Risikoen for kræft synes dermed ikke kun at have de samme karakteristika, som de nye risici i risikosamfundet, eftersom informanterne oplever selv at kunne fornemme risiko, og dermed til dels have lighedstegn med risiciene i industrisamfundet, hvor risiciene kan fornemmes (Sørensen & Christiansen 2006:35).

Da informanterne føler sig sikre og trygge efter screeningen, vil der i projektet argumenteres for, at der er flest tegn på, at informanterne er afhængige af videnskaben, og at de oplever, at risikoen for at blive syg ikke kan ses eller føles. Kvinderne føler sig altså mere forsikret om, at de ikke fejler noget efter at have deltaget i screeningen, hvilket indikerer, at de er afhængige af screeningerne. Analysen tyder dermed på, at Skolbekken og Becks perspektiv til dels kan genfindes i empirien. Informanternes oplevelser stemmer ligeledes ens med den tidligere litteratur, der har fundet, at screeningerne synliggør noget, samt at screeninger giver kvinderne en større forsikring om, at de ikke er syge (Griffiths et al. 2010; Solbjør et al. 2015). Det blev i delanalyse 1 fundet, at informanterne ikke var kritiske over for screeningerne, og derfor kan der kun ses en afhængighed, og ikke kritik af videnskaben på dette område. Derfor vil der her argumenteres for, at empirien ikke stemmer overens med Becks forståelse af, at der både er en kritik og afhængighed af videnskaben i forhold til screening.

Spørgsmålet er om påpegningen af selvopmærksomhedens vigtighed ud fra Becks forståelse kan forstås som kritik. Dette kan belyse ud fra Vahabi & Gastaldo (2003) som ud fra Becks teori finder, at nogle kvinder er kritiske over for screening ved at give udtryk for, at de ikke tror på screeninger kan finde kræft. Dette forhold synes ikke at være gældende i projektet, da kvinderne mener, at screeningen kan finde kræft før de selv kan, men nogle informanter påpeger, at screening ikke finder alle kræfttilfælde. Dette har ført til, at kvinderne ser selvopmærksomhed som vigtig, og derfor til dels kan forstås som en kritik. Det har dog ikke nogen betydning for kvindernes lyst til at deltage i screeninger, eller at de direkte omtaler screening negativt. Desuden vil der i projektet stilles spørgsmålstejn ved om informanternes fokus på selvopmærksomhed kan skyldes ønsket om at følge eksperternes anbefalinger, og ikke at de er kritisk. Dette hænger sammen med, at der fx fornyeligt har været en sundhedskampagne, der fokuserer på de 7 tegn på kræft, og at man selv skal være opmærksom på kræftsymptomer (Kyhn 2016). Af disse grunde vil selvopmærksomheden i projektet ikke nødvendigvis blive forstået, som at informanterne er kritiske over for screeningerne.

I delanalyse 2 bliver det fundet, at kvinderne selv mener, at det er muligt at identificere kræft, og dermed adskiller informanterne sig i forhold resultaterne i Calnan (1984) og Griffiths et al. (2010), hvor kvinderne giver udtryk for, at de ikke har mindre tillid til de selv kan identificere kræft end screenings mulighed. I projektet påpeger flere informanter derimod vigtigheden af selvopmærksomhed, og giver derigennem udtryk for, at det er muligt selv at identificere kræft. Yderligere er der to kvinder, som fortæller, at de bliver beroliget af, de ikke føler, at de fejler noget. Solbjør et al. (2015) påpeger, at individet i højere grad stoler på

teknologien end kroppens signaler, hvilket dog heller ikke synes at gælde alle projektets informanter, idet flere mener, at selvopmærksomhed er bedre til at identificere kræft end screeningen. Derudover er den kun en informant, som problematiser effekten af selvundersøgelse. Kvinderne er dog usikre på man reelt set kan mærke kræft, hvilket kan forklare hvorfor en række kvinder mener, at en kombination af selvundersøgelse og screening er at foretrække. Der er imidlertid to kvinder, som har en større tiltro til screeningen end selvundersøgelsen. Dermed findes der både resultater som stemmer overens med og modstrider Solbjør et al. (2015). Det er interessant, at ikke alle informanterne er usikre på effekten af selvundersøgelser på trods af ikke at være sikre på om man kan mærke kræft eller ej. Derudover er det interessant, at informanterne finder selvopmærksomhed vigtig, hvilket gør, at informanterne til dels adskiller sig fra den tidligere litteratur, samt teoriernes udlægning.

Yderligere er der i projektet fundet, at en række kvinder efterspørger mere screening, tidligere screeninger eller at der ikke skal være en aldersgrænse. Dette synes at stemme overens med Illichs forståelse af social iatrogenese, idet lægevidenskaben medfører, at der bliver opmuntret til brugen af forebyggelse, hvilket synes at være tilfældet, når informanterne efterspørger screening i større grad. Det er dog ikke alle informanter, der efterspørger flere screeninger, hvor dettes synes at skyldes, at informanterne har en tiltro til, at der er en baggrund for at screeningsprogrammerne er organiserede, som de er. Der er altså tale om, at informanterne stoler på eksperterne, og endnu et eksempel på, at de ikke er kritiske. Alle informanter giver dog udtryk for at være glade for screeningerne, hvor dette kan anses som et eksempel på opmuntringen til at forbruge forebyggelse, som er fremkaldet af lægevidenskaben. Der er altså tegn på at den sociale iatrogenese, og at informanterne er blevet afhængige af lægevidenskaben.

Det bliver i projektet fundet, at Beck og Skolbekkens teorier ikke er tilstrækkeligt til at forklare informanternes fokus på selvopmærksomhed. Illichs teori synes heller ikke at kunne forklare fokuset på selvopmærksom, da han påpeger, at screeningen gør deltagerne passive. Der er dog fundet i analysen, at der er en forskel mellem om kvinderne foretager selvundersøgelser, eller de blot påpeger vigtigheden af selvopmærksomhed. Hvis selvundersøgelser bliver forstået som et udtryk for, at kvinderne ikke er passive, er der i projektet fundet, at der er en gruppe, som ikke foretager selvundersøgelser og derfor er passive, mens der er en anden gruppe, som foretager selvundersøgelser og derfor ikke er passive. De informanter, som bliver anset som passive, stemmer overens med Illichs forståelse af, at screening gør individet passivt. Det, at overlade sundhed til andre, synes at være en generel konsekvens af medikaliseringen af tilværelsen, men dette kan ikke genfindes i forhold til alle informanter.

Der er i analysen sat spørgsmål ved, om selvundersøgelse er nødvendig for at være opmærksom på sin krop, idet de fleste informanter har været til lægen med hvad der kunne være symptomer på kræft. Det er dog ikke muligt at bevise om kvinderne grundet screeningen er gået senere til lægen, end hvis de ikke havde deltaget i screeningen. Derfor betyder det nødvendigvis ikke noget, at kvinderne har været til lægen, og ud fra dette vil der i projektet ikke argumenteres for, om kvinderne er passive eller ej. Der vil dog stadig i

projektet sætter spørgsmål ved forskellen på selvopmærksomhed og selvundersøgelses effekt. Af Kræftens Bekæmpelses hjemmeside fremgår det, at systematisk regelmæssig selvundersøgelse af brystet ikke har en signifikant effekt på brystkræftoverlevelsen, og at det ikke giver en større sikkerhed end det blot gør, at være opmærksomme på brysterne. Derfor anbefales der ikke længere regelmæssige selvundersøgelser, men blot at holde øje med sine bryster (Kjems 2015). For brystkræft synes der ikke at gælde, at selvundersøgelsen har en større effekt end selvopmærksomhed, og det betyder, at de kvinder, som ikke foretager selvundersøgelser af brystet, men blot er opmærksomme, nødvendigvis ikke kan forstås som passive. For tarmkræft gælder det derimod, at et af de syv tegn på kræft er ændret afføringsmønstre (Kyhn 2016), og derfor synes det at holde øje med afføring i højere grad at være et tegn på, at individet aktivt gør noget og ikke er passiv. Det synes derfor at være svært ud fra dette at konkludere om informanterne er passive eller ej.

Der er dog blandt tre af kvinderne yderligere tegn på, at de er blevet passive, da to af dem giver udtryk for, man er sikker imellem screeninger, hvilket kan være med til at forklare hvorfor de ikke foretager selvundersøgelser, mens det for den tredje virker som om hun inden screeningens start har været mere selvopmærksom. Analysen tyder på, at nogle kvinder kan være blevet passive, som følge af screeningen, mens andre stadig ikke helt har overladt sundheden til andre, og dermed er både overensstemmelse og uoverensstemmelse med Illichs forståelse.

I forhold til kulturel iatrogenese, er der i teoriafsnittet argumenteret for, at screening kan ses et ønske om at fortrænge lidelse, sygdom og død, og dermed med til at gøre, at individet ikke vil finde sig i lidelse, sygdom og død. Informanternes accept af at deltage i screening og glæde over at screeningen kan være med til at forhindre sygdom og død, kan dermed ses som at informanterne ikke vil finde sig i død og sygdom, og dermed som et udtryk for den kulturelle iatrogenese. Da screeninger er med til at undgå lidelse og ubehag, som ellers ifølge Illich er en vigtig del af menneskelivet, betyder det, at Illich ikke vil anse informanterne som kunne udvise menneskelige værdier, eller at de er rigtige mennesker.

Analysen tyder på, at informanterne er prægede af individualiseringen i forhold til den generelle sundhed, idet de påpeger, at man selv er ansvarlig for sin sundhed, hvilket bl.a. betyder, at man spise sundt og motionere. Informanterne mener derimod ikke, at kræft er selvforskyldt, på trods af at flere informanter mener, at man kan nedsætte risikoen for kræft ved at leve sundt. Det synes dermed ikke at gælde, at en kræftsygdom bliver forstået som en personlig fiasko, eller at informanterne oplever, at risikoen for kræft er individualiseret. Det synes bemærkelsesværdigt, at risikoen for kræft ikke bliver anset som individualiseret, når livsstilforhold, ifølge informanterne, kan være med til at mindske risikoen for kræft og ansvaret for sundhed indebærer at leve sundt. Ved brugen af Becks teori synes ikke at være muligt at kunne forklare hvorfor sundhed generelt bliver oplevet som individets ansvar, mens kræft ikke gør. Conrads teori kan give en mulig forklaring herpå. Conrad argumenterer for, at medikaliseringen har medført, at individet i mindre grad får skylden for sin adfærd, da det skyldes noget biologisk, og derved opnår individet en medicinsk undskyldning for sin adfærd. Selvom Conrad i højere grad synes at diskutere adfærd, er dette forhold

interessant i forhold til projektets fund. Det ses i projektet, at flere informanter påpeger, at kræft skyldes generne, og dermed skyldes et biologisk forhold i kroppen, hvilket kan være en forklaring på, at kræft ikke bliver forstået som selvforskyldt.

Derudover påpeger flere informanterne, at sunde mennesker også bliver ramt af kræft, og derfor synes livstilsfaktorerne alligevel at have en mindre betydning. Ud fra at informanterne oplever, at sunde mennesker også kan blive ramt af kræft, kan der argumenteres for, at informanterne oplever kræft som værende uforudsigelig, som er en af karakteristikaene ved de nye risici. Dette skal dog ses i forhold til, at screening kan ses som et forsøg på at bekæmpe denne risici, og et forsøg på at definere de kvinder, som er i højeste risiko for kræft. Derudover viser screeningerne, at risikobevindtheden er rettet mod fremtiden, da kvinderne giver udtryk for, at fordelene ved screening er, at den kan identificere kræft på et tidligt tidspunktet, og dermed sikre mod, at man bliver alvorlig syg.

Artikler fra den tidligere litteratur påpeger, at det igennem deltagelsen i screening er muligt at vise et ansvar for sin sundhed, samt det er ansvarligt at følge eksperter anbefalinger i forhold til screeningsdeltagelse (Solbjør et al. 2015; Vahabi & Gastaldo 2003). Derfor vil der i projektet argumenteres for, at hvis man følger råd fra myndighederne omkring at deltage i screening kan det forstås som at individet aktivt har gjort noget for sit helbred, og at individet har taget et ansvar for sin sundhed. Det ses også i projektet, at flere af informanterne indikerer, at det er ansvarligt at deltage i screening, og nogle informanter oplever at have gjort sit til at kræften ikke breder sig ved at deltage i screeningerne. Individualiseringsprocessen vil i projektet blive forstået som årsag til, at der er et fokus i samfundet på individets ansvar, og at det bliver anset vigtig at tage ansvar for sin egen sundhed. På den måde kan det at følge Sundhedsstyrelsens råd og deltage i screeningerne ses som at tage ansvar for sin egen sundhed, og blive forstået som man aktivt gør noget for at undgå kræft, når samfundet er præget af en individualiseret tankegang. Dermed bliver individerne opfattet som værende passiv, hvis de ikke deltager i screeningerne. På den måde kan informanterne ikke anses som værende passive over for deres sundhed, da de deltager i screening. Dette er således med til at sætte spørgsmålstegn ved hvornår man i det nutidige samfund bliver opfattet som passiv i forhold til egen sundhed, da det synes at gælde, at det er at udvise et ansvar for sin sundhed at deltage i screening. Lundes (1997) fund, at kvinderne føler, at de aktivt kan gøre noget ved at deltage i screening, synes dermed ligeledes at gælde informanterne. Det betyder også, at det ikke er muligt at finde, at screeningerne gør screeningsdeltagere magtesløs, som Illich hævder i relation til den sociale iatrogenese.

Overstående argumentation for det at følge sundhedsmyndigheders råd kan være et udtryk for ansvarlig, kan være med til at forklare kvindernes fokus på selvopmærksomhed. Der kan være tale om at følge Kræftens Bekæmpelses råd i forhold til de 7 tegn på kræft (Kyhn 2016) og selvopmærksomheden dermed bliver en måde at vise ansvarlighed over for egen sundhed. At man kan vise ansvar for sin sundhed igennem selvundersøgelse findes ligeledes af Vahabi & Gastaldo (2003). Dette er yderligere med til at påpege selvopmærksomhed ikke nødvendigvis er en kritik af screening eller eksperter, men derimod at følge

eksperternes anbefalinger. Dermed vil der i projektet argumenteres for, at individualiseringsprocessen kan forklare informanternes fokus på selvopmærksomhed, idet det gør det muligt for individet at udvise ansvarlighed for sin sundhed.

En lang række af artiklerne i den tidligere litteratur påpeger, at screeningsdeltagelsen bliver forstået som en pligt, indeholde en moralsk dimension eller at individet kan få dårlig samvittighed, hvis det ikke deltager (Howson 1999; Griffiths et al. 2010; Lunde & Nielsen 1993; Lunde 1997; Solbjør et al. 2015). Dette kan ligeledes ses som et udtryk for, at det er ansvarligt at deltage i screeningerne. Derudover viser dette en række yderligere lighedstegn mellem den tidligere litteratur og projektet. Det ses bl.a., at to af informanter, som følge af ikke at have deltaget i screeninger, har oplevet dårlig samvittighed, mens to andre giver udtryk for, at de ville bebrejde sig selv, hvis de ikke deltog. Derudover er der to kvinder, som mener, at det er en pligt at deltage i screeningerne. Der vil derfor i projektet argumenteres for, at nogle af projektets informanter oplever, som Lunde (1997) påpeger, at det kan være svært at afvise screeningsdeltagelsen, og at dette formentligt hænger sammen med at individualiseringen har medført, at individet er blevet ansvarliggjort for egen sundhed. Eftersom dette medfører, at det bliver svært at afvise screeningsdeltagelsen, kan dette ses som et udtryk for, at screeningerne bliver obligatorisk, som Illich hævder. Det er dog interessant, at størstedelen af informanterne ikke mener, at det skal være obligatorisk at deltage, når de bliver spurgt om man skal deltage. En af informanterne begrundet dette med, at man selv er ansvarlig for sin sundhed, og derfor selv må bestemme om man deltager eller ej. Derfor kan individualiseringen have en indflydelse på hvorfor informanten ikke mener, at det ikke skal være obligatorisk, på trods af at det kan føles sådan.

Diskussionen tyder på, at anvendelsen af de teoretiske perspektiver ikke er tilstrækkelige til at forklare en række af de oplevelser, som informanterne har i forbindelse med screening. Dette gælder især for informanternes fokus på selvopmærksomhed, som påpeger, at informanterne ikke nødvendigvis er afhængige af screeningerne eller bliver passive, som følge af screeninger. Der er dog argumenteret for, at individualiseringen kan forklare hvorfor informanter påpeger vigtigheden af selvopmærksomhed, da dette er en måde at tage ansvar for egen sundhed. Der er yderligere argumenteret for, at kvinderne ligeledes kan være afhængige af screening, da de udtrykker glæde over, at screening kan finde kræft før de selv kan, og de føler sig mere sikker på at de ikke fejler noget. Derimod har delanalyse 1 vist, at kvinderne ikke er kritisk over for screeningerne, hvorved det ikke kan findes, at der både er en afhængighed og kritik af videnskaben, som Beck mener. Dermed synes Illichs forståelse omkring lægernes magt i højere grad at kunne genfindes i empirien. Ligeledes synes en række kvinder at være blevet passive af screeningerne, hvilket stemmer overens med Illichs tankegang. Informanterne synes at være påvirket af individualiseringens tankegang om, at sundhed er individets eget ansvar, og dette kommer også til udtryk ved at screeningsdeltagelse ses som et udtryk for, at man tager ansvar for sin sundhed. Det betyder dog, at screeningsdeltagere i mindre grad kan anses som værende passiv, idet de da tager ansvar for deres sundhed ved at deltage i screeninger. På denne måde synes Becks teori om individualiseringen at sætte spørgsmålstejn ved om screeningsdeltagerne blot har overladt ansvaret for sundheden til lægerne. Set i forhold til delanalyse 1, synes teorierne i højere grad

at kunne forklare nogle af kvindernes oplevelser i delanalysen 2, men generelt set synes teorierne at være mindre meningsfulde til at anvende i forklaringerne af informanternes oplevelser.

Projektets mest interessante fund vil blive anset som at være kvindernes fokus på selvopmærksomheden, og at kvinderne ikke tvivler på effekten af selvopmærksomhed, selvom de ikke føler sig sikre på om kræft kan mærkes eller ej. Dette påpeger overordnet set, at kvinderne ikke helt har overladt deres sundhed til lægerne, og stadig selv tager ansvar. Det bliver ligeledes fundet interessant, at bekymringer forbundet med screeningsdeltagelsen generelt set ikke fylder meget i kvindernes beskrivelser, da det blev forventet at fylde mere blandt blot nogle af informanterne. Generelt tyder analysen på, at deltagelsen i flere screeninger nødvendigvis ikke blandt alle kvinder er problematisk.

7. Konklusion

I projektet er der blevet undersøgt 50-64 årige kvinders oplevelser med invitationen og deltagelsen i flere screeninger for at forstå om dette medfører en række negative konsekvenser.

Generelt oplever kvinderne screeningerne som positiv og giver udtryk for, at de ikke vil undvære dem. Overordnet set tænker kvinderne ikke på risikoen for kræft i hverdagen, og heller ikke screeningerne synes i høj grad at øge kvindernes risikofølelse. Derimod synes det, at bekendte bliver ramt af kræft, at have en betydning for informanternes tanker omkring risikoen for kræft. Screeningerne synes dermed ikke at gøre kvinderne opmærksomme på, at de befinder sig i en risikogruppe for kræft. Kvinderne oplever heller ikke i høj grad at blive bekymret som følge af deltagelsen i screening. Der er dog en række kvinder, som imellem screeningen og screeningsresultatet i mindre grad oplever at være nervøse for resultatet. Det varer dog kun frem til de får screeningsvaret, hvor den generelle oplevelse blandt kvinderne er en lettelse. Derudover er der fundet, at screeningerne gør, at kvinderne føle sig sikre og mere trygge, og dermed mindsker screeningerne kvindernes risikofølelse. Derfor kan det konkluderes, at kvinderne ikke i høj grad oplever bekymringer, som følge af invitationen og deltagelsen i screeninger.

Den sikkerhed, som kvinderne giver udtryk for, at de oplever i forbindelse med screeningerne, er dog med til at påpege, at kvinderne til en vis grad er afhængige af screeningerne. Derudover oplever kvinderne, at fordelene ved screening er, at screeningerne kan identificere kræft inden de nødvendigvis selv kan, hvilket ligeledes påpeger en afhængighed af screeningerne. Dette medfører dog ikke, at kvinderne oplever, at screeninger er den eneste måde til at identificere kræft på, og flere kvinder påpeger, at selvopmærksomhed er en bedre metode til at finde kræft på end screening. Generelt påpeger kvinderne vigtigheden af selvopmærksomhed, hvilket er med til at pointere, at kvinderne ikke blot overlader ansvaret for sundhed til screeningerne, og derved i mindre grad kan anses som passive over for egen sundhed. Der er dog kun tre af kvinderne, der i højere grad foretager selvundersøgelser af brystet og holder øje med deres afføring, og nogle af kvinderne synes også efter starten på screeninger at være blevet mere passive over for egen sundhed. Derfor er der også tegn på, at nogle kvinder er passive. Derudover er det fundet interessant, at kvinderne ikke bliver usikre på effekten af selvopmærksomhed, på trods af at de er usikre på, om kræft kan mærkes eller fornemmes.

Som et resultat af individualiseringstankegangen om at individet er ansvarlig for sin sundhed, kan der argumenteres for at, informanterne oplever, at screeningsdeltagelsen er at tage ansvar for sin sundhed. Dermed kan kvinder, som deltager i screening, i mindre grad anses som værende passiv over for deres egen sundhed. Det har dog den følge, at det bliver svært at afvise at deltage i screeningerne, fordi individet enten vil opleve dårlig samvittighed eller føler, at de vil bebrejde sig selv, hvis det betyder, at kræft bliver diagnosticeret på et senere tidspunkt. Individualiseringsperspektivet kan ligeledes forklare hvorfor kvinderne oplever selvopmærksomhed som vigtigt, da dette ligeledes gør, at man kan vise ansvar for sin sundhed.

Derudover er det fundet, at en del af kvinderne tror, at screeningerne giver et retvisende resultat, hvilket i relation til at nogle af disse kvinder kan kategoriseres som passive, anses problematisk. Selv de kvinderne, som er opmærksomme på, at screening ikke nødvendig giver et helt retvisende resultat, og screeningerne kan skabe problemer såsom falsk positiv, falsk negativ og overbehandling, kritiserer nødvendigvis ikke screeningerne. Denne viden har heller ingen betydning for deres lyst til at deltage i screeningerne.

Selvom der i projektet har været fokus på negative konsekvenser ved screeningerne, samt et kritisk blik på screeningerne, grundet de anvendte teorier, kan det konkluderes, at informanterne oplever screeningerne, som være positivt. De oplever at blive mere sikre og trygge, som følge af screeningerne, på trods af nogle af informanterne i mindre grad oplever bekymringer. Derudover er der mange informanter, som påpeger vigtigheden af selvopmærksomhed, hvilket indikerer, at hverken afhængigheden eller passiviteten nødvendigvis er så stor, at kvinderne ikke også selv tager en del af ansvaret for deres sundhed.

8. Litteraturliste

Andermann, Anne, Ingeborg Blancquaert, Sylvie Beauchamp & Véronique Déry 2008: "Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years." *Bulletin of the World Health Organization*. April 2008, 86 (4) s 317-319

Antoft, Rasmus & Heidi Houlberg Salomonsen 2012: "Det kvalitative casestudium – introduktion til en forskningsstrategi." i Antoft, Rasmus, Michael Hviid Jacobsen, Anja Jørgensen & Søren Kristiansen (red.) *Håndværk & Horisonter – tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense M: Syddansk Universitetsforlag.

Armstrong, David 1995: "The rise of surveillance medicine" *Sociology of Health & Illness*, Vol. 17, no. 3, s 393-404

Armstrong, Natalie & Helen Eborall 2012: "The sociology of medical screening: past, present and future." in Armstrong, Natalie & Helen Eborall (ed.) *The Sociology of Medical Screening. Critical perspectives, New Directions*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, A John Wiley and Sons, Ltd., Publication

Aro, Arja R. 2015: "Cancer Screening." *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Second Edition), volume 3. Elsevier Ltd. 2015, s 78-82

Beck, Ulrich 1992: *Risk Society. Towards a New Modernity*. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.

Beck, Ulrich 1997: *Risikosamfundet – på vej mod en ny modernitet*. 4. oplag. København: Hans Reitzels Forlag.

Beck, Ulrich & Elisabeth Beck-Gernsheim 2002: "Individualisering i moderne samfund – en subjektorienteret sociologisk perspektiver og kontroverser". *Slagmark* nr. 34, s 13-38

Berg-Sørensen, Anders 2012: "Hermeneutik og fænomenologi" i Jacobsen, Michael Hviid, Kasper Lippert-Rasmussen & Peter Nedergaard (red.) *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

Brett, J., C. Bankhead, B. Henderson, E. Watson & J. Austoker 2005: "The psychological impact of mammographic screening. A systematic review." *Psycho-Oncology* 14, s 917-938

Brinkmann, Svend 2014: *Det kvalitative interview*. København: Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard 2015: "Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: En introduktion" i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.) *Kvalitative metoder. En grundbog*. 2. Udgave. Hans Reitzels Forlag

Brodersen, John 2006: *Measuring psychosocial consequences of false-positive screening results – breast cancer as an example*. Department of General Practice, Institute of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen. Copenhagen: Månedsskift for Praktisk Lægegerning.

Brodersen, John & Volkert Dirk Siersma 2013: "Long-Term Psychosocial Consequences of False-Positive Screening Mammography". *Annals of Family Medicine*. Vol 11. Nr. 2. S 106-115

Bryman, Alan 2012: *Social Research Methods*. 4. Udgave. Oxford: Oxford University Press.

Calnan, Michael 1984: "Women and Medicalisation: An empirical examination of the extent of women's dependence on medical technology in the early detection of breast cancer." *Social Science & Medicine*. Vol 18, no. 7, s 561-569

Christensen, Søren 2004: "Psykologiske konsekvenser ved screening for kræftsygdomme" i Zachariae, Bobby & Mimi Yung Mehlsen (red.) *Kræftens psykologi. Psykologiske og sociale aspekter ved kræft*. København K: Hans Reitzels Forlag.

Collin, Finn 2012: "Socialkonstruktivisme" i Jacobsen, Michael Hviid, Kasper Lippert-Rasmussen & Peter Nedergaard (red.) *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

Conrad, Peter 2007: *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Conrad, Peter & Kristin K. Barker 2010: "The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications" *Journal of Health and Social Behavior*. 51 (5) s 567-579.

Cullen, Jennifer, Marc D. Schwartz, William F. Lawrence, Joe V. Selby & Jeanne S. Mandelblatt 2004: "Short-Term Impact of Cancer Prevention and Screening Activities on Quality of Life." *Journal of Clinical Oncology*. Vol. 22(5), s. 943-52.

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) 2015: *Årsrapport 2014*. Juni 2015. Lokaliseret på

http://danskcytologiforening.dk/Rapporter/DKLS/DKLS%20%C3%85rsrapport%202014_12%20version_01%2007%2015_OFFENTLIGG%C3%98RELSE.pdf 29.02.2016

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) 2016: *Årsrapport 2015*. Juni 2016.

Lokaliseret på https://www.sundhed.dk/content/cms/82/4682_dkls-%C3%A5rsrapport-2015.pdf 11.07.16

Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS) 2015: *Årsrapport 2015. Første halvdel af fjerde nationale screeningsrunde*. November 2015. Lokaliseret på

https://www.sundhed.dk/content/cms/78/4678_dkms-rapport-version-final.pdf 02.03.16

Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS) 2016: *Årsrapport 2014. Første 10 måneder 1. nationale screeningsrunde*. Januar 2016. Lokaliseret på

https://www.sundhed.dk/content/cms/45/61245_dts%C3%A5rsrapport-2014_8-1-16_final_inklbilag.pdf
02.03.16

De Vaus, David A. 2001: *Research Design in Social Research*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage.

Denzin, Norman K. 2009: *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New Brunswick (U.S.A.) & London (U.K.): AldineTransaction. A Division of Transaction Publishers.

Det Ethiske Råd 1999: *Screening – en redegørelse*. København N: Det Ethiske Råd.

Flyvbjerg, Bent 2015: "Fem misforståelser om casestudiet" i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.) *Kvalitative metoder. En grundbog*. 2. Udgave. Hans Reitzels Forlag

Griffiths, Frances, Gillian Bendelow, Eileen Green & Julie Palmer 2010: "Screening for breast cancer: Medicalization, visualization and the embodied experience" *Health*. 14(6), s 653-668

Gøtzsche, Peter C., Ole J. Hartling, Margrethe Nielsen, John Brodersen & Karsten Juhl Jørgensen 2009: "Breast screening: the facts – or maybe not." *BMJ: British Medical Journal*. 21. February 2009 Vol. 338, No. 7692, s 446-448

Gøtzsche PC & KJ Jørgensen 2013: "Screening for breast cancer with mammography (review)." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. Issue 6. John Wiley & Sons, Ltd.

Hartling, Ole J. 2014: "De raske har ikke brug for læge, det har de syge". *etik.dk*. 16.04.14. Lokaliseret på <http://www.etik.dk/debat/de-raske-har-ikke-brug-for-laege-det-har-de-syge>. 02.02.16

Holten, Iben & Ann-Britt Kvernød 2015a: "Sådan foregår screening for brystkræft". *Cancer.dk* 10.08.15. Lokaliseret på <https://www.cancer.dk/forebyg/screening/brystkraeft/saadan-foregaar-undersogelsen/>
04.03.16

Holten, Iben & Ann-Britt Kvernød 2015b: "Screening for brystkræft" *Cancer.dk* 10.08.15. Lokaliseret på <https://www.cancer.dk/forebyg/screening/brystkraeft/> 15.02.16

Howson, Alexandra 1999: "Cervical screening, compliance and moral obligation" *Sociology of Health & Illness*. Vol. 21. No. 4 s 401-425

Højbjerg, Henriette 2013: "Hermeneutik" i Fuglsang, Lars, Poul Bitsch Olsen & Klaus Rasborg (red.) *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer*. 3. udgave. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Illich, Ivan 1977: *Grænser for lægevidenskaben. Lægevæsenets nemesis: Undergravningen af sundheden*. Gyldendal.

Jakobsen, Louise Hougaard & Iben Holten 2015: "Screening for tarmkræft". *Cancer.dk*. 11.06.2015. Lokaliseret på <https://www.cancer.dk/forebyg/screening/screening-tarmkraeft/> 02.03.16

Jones, Dawn S. 2007: "'Fearing the Worst, Hoping for the Best': The Discursive Construction of Risk in Pregnancy." In Jones, Julie Scott & Jayne Raisborough. (ed.) *Risks, Identities and the Everyday*. Hampshire: Ashgate.

Juul, Rasmus 2014: Illustration på forsiden. Lokaliseret <https://cdn.kristeligt-dagblad.dk/sites/default/files/2014/04/374109.jpg> 07.06.16

Kenen, Regina H. 1996: "The at-risk health status and technology: A diagnostic invitation and the 'gift' of knowing". *Soc. Sci. Med.* Vol. 42, No. 11, s 1545-1553.

Kennedy, Peter & Carole Ann Kennedy 2010: *Using theory to explore health, medicine and society*. Bristol, UK: The Polity Press

Kjems, Elisabeth 2015: "Selvundersøgelse af brystet". *Cancer.dk*. 10.02.2015. Lokaliseret på <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/undersogelser-for-kraeft/selvundersogelser/brystet/> 27.06.16

Kjøller, Mette, Elsebeth Lyng, Mette Madsen & Ann Tabor 2007: "Screening". i Kjøller, Mette, Knud Juel & Finn Kamper-Jørgensen (red.) *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Kvale, Steinar & Svend Brinkmann 2009: *InterView. Introduktion til et håndværk*. 2 udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

Kvernrød, Ann-Britt & Iben Holten 2015a: "Deltag i screening". *Cancer.dk* 11.06.2015. Lokaliseret på <https://www.cancer.dk/forebyg/screening/>. 15.02.16

Kvernrød, Ann-Britt & Iben Holten 2015b: "Sådan foregår undersøgelsen". *Cancer.dk* 11.06.2015. Lokaliseret på <https://www.cancer.dk/forebyg/screening/screening-tarmkraeft/saadan-foregaar-undersogelsen/>. 02.03.16

Kyhn, Dorthe Boss 2016: "7 tegn på kræft du skal tage alvorligt" *dr.dk* 18.01.16. Lokaliseret på <http://www.dr.dk/levnu/krop/7-tegn-paa-kraeft-du-skal-tage-alvorligt> 14.07.16

Lindberg, Laura Glahder, Mette Svendsen, Mikala Dømggaard & John Brodersen 2013: "Better safe than sorry: a long-term perspective on experiences with a false-positive screening mammography in Denmark." *Health, Risk & Society*. 15:8, 699-716.

Lunde, Inga Marie 1997: "Jeg håber det bedste...": om deltagernes syn på mammografiscreening. Ringkøbing: Den Medicinske Forskningsenhed.

Lunde, Inga Marie & Karen-Dorthe Bach Nielsen 1993: "Screening for livmoderhalskræft – set fra et patientperspektiv." *Bibliotek for læger*. Årgang 185. Marts 1993.

Lupton, Deborah 1995: *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

Lupton, Deborah 1999: *Risk*. London & New York: Routledge.

Martinsen, Bente & Annelise Norlyk 2011: "Tre kvalitative forskningstilgange" *Sygeplejersken. Danish Journal of Nursing*. Nr. 12. 17. juni 2011. 111. Årgang. S 64-68

Meijer, Mathias 2007: *Hvad var barriererne for at deltage i tarmkræftscreeningen? - En kvalitativ og kvantitativ undersøgelse af hvilke barrierer ikke-deltagere havde for at deltage i den forsøgsvisse screening for tarmkræft i Vejle Amt og København Amt i 2005 og 2006*. Kræftens Bekæmpelse, Forebyggelses- og dokumentationsafdelingen, april 2007.

Morrall, Peter 2001: *Sociology and Nursing*. London & New York: Routledge. Taylor & Francis Group.

Nelson, Heidi D., Miranda Pappas, Amy Cantor, Jessica Griffin, Monica Daeges & Linda Humphrey 2016: "Harms of Breast Cancer Screening: Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation." *Annals of Internal Medicine*. Vol. 164, No. 4 s 256-267

OECD 2015: *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, Paris: OECD Publishing

Ramian, Knud 2012: *Casestudier i praksis*. 2. udgave. København K: Hans Reitzels Forlag.

Rasborg, Klaus 2007: "Ulrich Beck" i Andersen, Heine & Lars Bo Kaspersen (red.) *Klassisk og moderne samfundsteori*. 4. udgave. København K: Hans Reitzels Forlag.

Rasborg, Klaus 2013: "Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi" i Fuglsang, Lars, Poul Bitsch Olsen & Klaus Rasborg (red.) *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer*. 3. udgave. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Rønning-Andersson, Albert 2013: "Forsker: Mammografiscreening giver raske kvinder psykiske mén." *Politiken.dk*. 19.03.13. Lokaliseret på:

<http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE1924560/forsker-mammografiscreening-giver-raske-kvinder-psykiske-mn/08.06.16>

Shields, Linda & Alison Twycross 2003: "The difference between incidence and prevalence" *Paediatric Nursing*. Vol 15 no 7. September 2003. s 50

Schroeder, Torben V. 2014: "Prøver og test er ikke perfekte". *Sundhed.dk*. 16.09.2014. Lokaliseret på <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/sundhedsoplysning/medicininformationer/den-fejlbarlige-medicin/proever-og-test-er-ikke-perfekte/> 03.06.16.

Skolbekken, John-Arne 2008: "Unlimited medicalization? Risk and the pathologization of normality." in Petersen, Alan & Iain Wilkinson (ed.) *Health, risk and vulnerability*. London & New York: Routledge. Taylor & Francis Group.

Solbjør, Marit, John-Arne Skolbekken, Ann Rudinow Sætnan, Anne Irene Hagen & Siri Forsmo 2012: "Mammography screening and trust: the case of interval breast cancer." *Social Science & Medicine*. 75, s 1746-1752

Solbjør, Marit, John-Arne Skolbekken, Wenche Østerlie & Siri Forsmo 2015: "Women's Experiences with Mammography Screening through 6 Years of Participation – A Longitudinal Qualitative Study." *Health Care for Women International*. 36:5, s 558-576

Sundhedsdatastyrelsen 2015a: *Dødsårsagsregisteret 2014. Tal og analyse*. Sundhedsdatastyrelsen.

Sundhedsdatastyrelsen 2015b: *Nye Kræfttilfælde i Danmark. Cancerregisteret 2014*. København S: Sundhedsdatastyrelsen

Sundhedsstyrelsen 2012: *Screening for livmoderhalskræft – anbefalinger*. København S: Sundhedsstyrelsen. Januar 2012.

Sundhedsstyrelsen 2014: *Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende nationale screeningsprogrammer*. København S: Sundhedsstyrelsen. November 2014.

Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning 2013a: *Undersøgelse for celleforandringer i livmoderhalsen*. Lokaliseret: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/screening/~media/6DE7E1800B42440A924EBB62C17F33E3.ashx> 08.06.2016

Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning 2013b: *Mammografi. Screening for brystkræft*. Lokaliseret: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/screening/~media/9F07C6DAC2D0434393D1A573DE6A7E3C.ashx> 08.06.2016

Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning 2014: *Screening for tyk- og endetarmskræft*. Lokaliseret: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/screening/~media/F5FAD1E60BA94C64B217994C663A92AE.ashx?m=.pdf> 08.06.16

Sørensen, Mads P. & Allan Christiansen 2006: *Risikosamfundet og det andet moderne*. Århus N: Aarhus Universitetsforlag.

Tanggaard, Lene & Svend Brinkmann 2015: "Interviewet: Samtalen som forskningsmetode." i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.) *Kvalitative metoder. En grundbog*. 2. Udgave. Hans Reitzels Forlag

Thomsen, Signe 2014: "Ekspert kritiserer tarmkræftscreening: »Jeg fatter ikke, hvad der foregår«" *Politiken.dk*. 12.02.14. Lokaliseret på <http://politiken.dk/forbrugogliv/ECE2206991/ekspert-kritiserer-tarmkraeftscreening-jeg-fatter-ikke-hvad-der-foregaar/> 16.02.15

Vahabi, Mandana & Denise Gastaldo 2003: "Rational choice(s)? Rethinking decision-making on breast cancer risk and screening mammography." *Nursing Inquiry*. 10(4), s 245-256

Vallgård, Signild 2014: "Kapitel 1. Sundhedsvæsen – centrale begreber og definitioner" i Vallgård, Signild & Allan Krasnik (red.) *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. 2. udgave, 4. oplag. København: Munksgaard.

Vallgård, Signild, Finn Diderichsen & Torben Jørgensen 2014: *Sygdomsforebyggelse*. København: Munksgaard

Von Bülow, Birgit 2000: "Psykologiske følger af screening for brystkræft blandt raske kvinder". *Ugeskrift for læger*. Årg. 162 nr. 8. S 1053-1059

Wardle, Jane & Rosemary Pope 1992: "The psychological costs of screening for cancer". *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 36, No. 7, s 609-624.

Yin, Robert K. 2003: *Case study Research. Design and Methods*. 3. Udgave. Applied Social Research Methods Series. Volume 5. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Bilag A: Litteratursøgning

Følgende bilag har til formål at beskrive proceduren for litteratursøgningen herunder inklusions- og eksklusionskriterier, søgeord og søgestreng.

Indledningsvis er der foretaget en usystematisk litteratursøgning for få et overblik over emnet, afgrænse problemfeltet samt finde teoretiske perspektiver på screening. Den usystematiske litteratursøgning har en stor betydning, og herigennem er der fundet en lang række bøger og artikler, som enten behandler emnet direkte eller et relateret emne, som har været brugbar i forståelsen af emnet. Der har været tale om søgninger på google, primo.aub.aau.dk¹⁶ og i mindre grad de databaser, som er brugt i forbindelse med den systematiske litteratursøgning. Søgningen har sikret, at en række perspektiver indgår, som ikke ville være fundet ved den systematiske litteratursøgning.

Herefter er der foretaget en systematisk litteratursøgning, hvor formålet har været at skabe et overblik over den eksisterende litteratur, der mere specifikt relaterer sig til projektets emne. Projektets problemfelt, teoretiske perspektiver samt den usystematiske litteratursøgning har været udgangspunktet for identifikationen af centrale ord og synonymer, der er anvendt som søgeord i litteratursøgningen. Der er i søgningen valgt at bruge begreber og navne på teoretikere, samt kortere søgestreng for at komme rundt om de forskellige perspektiver på emnet. Der er i alt foretaget fire søgninger.

Inklusion- og eksklusionskriterier

Igennem den usystematiske litteratursøgning blev jeg opmærksom på, at andre typer af screeninger end kræftscreeninger kan være interessante i forhold til projektets emne. Der er dog to grunde til, at der ikke er inddraget andre screeningstyper i den systematiske søgning. Det ene grund var, at jeg erfarede, at det var nødvendigt at begrænse antallet af hits, hvilket kunne gøres igennem afgrænsningen til kræftscreeninger. Den væsentlige årsag er dog, at formålet med litteratursøgningen er at få et overblik over den litteratur, som direkte beskriver hvilke konsekvenser kræftscreeningen kan have for individet.

Inklusionskriterier:

- Empirisk undersøgelse af personer, som har deltaget i et kræftscreening, litteraturstudie eller teoretisk perspektiv på kræftscreening.¹⁷
- Både kvalitative eller kvantitative undersøgelser er vurderet relevante.
- Alle kræftscreeninger er vurderet relevante. Dette kan være med til at belyse om der eventuel er forskelle mellem screeningernes konsekvenser. Der bliver dog forventet lignende konsekvenser.
- Der er ikke ekskluderet i forhold til peer-reviewed artikler.

¹⁶ Aalborg Universitets biblioteks søgemaskine

¹⁷ Der er dog i teoriafsnittet inddraget en artikel og en bog, som ikke omhandler kræftscreening, og som er fundet ved den usystematiske litteratursøgning. Disse to fund tager udgangspunkt i projektets teoretiske perspektiver, og er fundet relevant i forhold til diskussionen og beskrivelsen af hvordan teorierne bliver brugt i projektet. Artiklerne udgør nr. 12 og 13 i tabel A.2.

Eksklusionskriterier:

- Artikler om gentest af kræft.
- Artikler omkring kvinder, som i kraft af deres familiehistorie har en større risiko for kræft, da det bliver forventet, at kvinderne kan være mere opmærksomme og/eller bekymret for kræft.
- Artikler om hvilken betydning bekymringer for kræft har for om man deltager i screening.
- Artikler, der ikke fokuserer på voksne.
- Artikler med et medicinsk perspektiv på screeninger.
- Artikler med et økonomiske perspektiv på screeninger.
- Artikler omkring falsk positiv eller fund af kræft ved screeninger, medmindre de belyser hvilken betydning disse har for den efterfølgende tiltro til screening. Dette gøres for at forstå om tiltroen til teknologien er stærk.
- Artikler, der ikke er foretaget i et vestligt land, eftersom det bliver forventet, at sundhedssystemerne ellers er for forskellige.
- Artikler, der undersøger etniske minoriteter, da det bliver forventet, at disse grupper kan have en anden holdning til screening.
- Artikler, der ikke er skrevet på engelsk, svensk, norsk eller dansk.

Anvendte databaser: Scopus, Sociological Abstracts & Web of Science. Sociological Abstracts er den mindste af de tre databaser og henvender sig mere specifikt mod sociologiske artikler, og derfor er det til en vis grad muligt at søge mere åben i denne database end de øvrige. For to af de søgestrengene, som bliver præsenteret i det følgende, vil der blive gjort brug af denne strategi.

Søgninger

Der er for tre af de fire søgninger blevet fokuseret på projektets teoretiske perspektiver i forhold til screening, da projektets arbejdsspørgsmål kan relateres til de teoretiske perspektiver. Den første søgning fokuserer på medikaliseringebegrebet, mens det næste søgning fokuserer på Beck. Da der ikke bliver fundet nogle relevante artikler i forbindelse med søgningen fokuseret på Beck, er der i det 3. søgning valgt at søge på eksperter rolle i forhold til om individet har tillid eller er kritisk, da Becks teori belyser sidste nævnte. Ved de tre første søgninger er der fokuseret på sociologiske/teoretiske perspektiver på screening, og derfor kan nogle af søgeordene kan relateres til projektets teorier. Derfor er et inklusionskriterium, som gælder for søgning nr. 1, 2 og 3, at disse udover en empirisk analyse også indeholder en teoretisk perspektiv på screening. At der bliver fokuseret på teoretiske begreber i disse søgninger har sandsynligvis også en betydning for, at det forholdsvis lave antal artikler, der er fundet.

For søgning nr. 4 gælder det, at der er valgt udelukkende at fokusere på litteraturstudier, som undersøger konsekvenserne ved screening i forhold til bekymringer, da antallet uden denne begrænsning er meget højt¹⁸. Det er vurderet, at disse litteraturstudier er nok til at skabe et overblik over relevante resultater på området.

¹⁸ I Scopus gav søgningen 2627 hits

Det betyder dog, at der ikke er tale om et komplet litteraturgennemgang af alle artikler, der findes på området, men mere et ønske om at skabe en forståelse for fænomenet.

I Sociological Abstracts er der ved to af søgningerne valgt at søge mere åben, og fjerne en række søgeord, da antallet af hits ellers var lavt¹⁹. Det bidrog dog ikke til yderligere artikler end der blev fundet igennem de andre databasesøgninger, og derfor bliver det vurderet, at søgestrengene, som er anvendt i Web of Science og Scopus, indfanger de relevante perspektiver. I vurderingerne af artiklernes relevans er der indledende grovsorteret i forhold til artiklens titel og skimning af abstracts. Derefter er abstracts nærmere gennemlæst samt evt. dele af artikler for at vurdere om artiklerne er relevante. De overstående inklusion- og eksklusionskriterier har medført, at en lang række artikler er blevet fundet irrelevante i forhold til projektet. Følgende tabel viser søgestrengene, antal søgeresultater og artikler, der er fundet relevante.

Tabel A.1: Oversigt over søgestrengene, søgehits og relevante resultater

Søgenr.	Søgestrengene	Databaser og resultater
1	(medicali?ation OR illich OR conrad) AND screening AND cancer	Scopus: 26 hits – 2 relevante Web of Science: 12 hits – 1 relevante Sociological Abstracts: 5 hits - 1 relevante
2	Beck AND (risk OR "risk society") AND screening AND cancer	Scopus: 32 hits – 0 relevante Web of Science: 29 hits – 0 relevante Sociological Abstracts: 0 hits
3	(Expert* OR "expert systems") AND screening AND cancer AND (reliance OR depend* OR trust OR criti*)	Scopus: 357 hits – 3 relevante Web of Science: 198 hits – 2 relevante
3	(Expert* OR "expert systems") AND screening AND cancer	Sociological Abstracts: 12 hits – 1 relevant
4	Screening AND cancer AND (anxiety OR worry) AND review	Scopus: 32 hits – 2 relevante Web of Science: 267 hits – 3 relevante
4	Screening AND cancer AND (anxiety OR worry)	Sociological Abstracts: 10 hits – 1 relevant

Reference- og citationssøgning

Ved gennemlæsning af artikler er der i mindre grad blevet undersøgt artiklernes referencer til andre studier. Der er på denne baggrund valgt at inddrage to yderligere artikler i den tidligere litteratur. Desuden er der foretaget citationssøgning på Scopus blandt alle artikler fra de tre første litteratursøgninger, hvor der på denne baggrund er fundet to yderligere fund.

¹⁹ Søgning nr. 3 gav 2 søgehits, mens søgning nr.4 gav 0 søgehits

Relevante artikler

Mange af artiklerne går igen mellem de forskellige databaser og til dels også mellem søgestrengene. Der er på baggrund af den usystematiske og systematiske litteratursøgning fundet i alt 18 fund, som er anvendt i projektet, hvoraf tre er bøger. I alt er seks af fundene hovedsageligt fundet ved den usystematiske litteratursøgning, og 14 artiklerne er anvendt i den tidligere litteratur. De øvrige artikler/bøger er enten anvendt i teori afsnittet eller problemfeltet. Nedenstående tabel præsenterer kort de artikler, er fundet relevante. Artikler, som er fundet igennem den usystematiske litteratursøgning er angivet med *, mens artikler, som er fundet igennem citationssøgning er angivet med **. Artikler, som er angivet med *** er fundet ved referencesøgning.

Table A.2: Oversigt over relevante artikler

Nr.	Forfatter, år, titel	Undersøgelsens formål, metode og population	Relevant
1	Lunde (1997) <i>"Jeg håber det bedste...": om deltagernes syn på mammografiscreening.</i>	Kvalitative interviews blandt 19 kvinder med henholdsvis normalt og unormalt resultat ved mammografiscreening. Kvinderne er mellem 50-70 år. Undersøgelse af hvordan kvinder oplever mammografiscreening. Undersøgelsen er foretaget i 1995 på Bispebjerg Hospital (Lunde 1997:2).	Anvendt i tidligere litteratur /problemfelt *
2	Lunde & Nielsen (1993) Screening for livsmoderhalskræft - set fra et patientperspektiv	Kvalitativ undersøgelse blandt 22 kvinder fra Århus Amt, hvoraf 4 var ikke-deltagere. Kvinderne er mellem 43-53 år. Der undersøges hvordan kvinderne opfatter livmoderhalskræftscreening (Lunde & Nielsen 1993:49-51).	Anvendt i tidligere litteratur /metode *
3	Brett et al. (2005) The psychological impact of mammographic screening. A systematic review	Systematisk litteraturstudie af de psykologiske konsekvenser ved mammografiscreening. Litteratursøgning dækker årene 1982-2003. Der er søgt i Medline, Cinahl, EMBASE og Psycinfo. 54 artikler indgår (Brett et al. 2005:917-918)	Anvendt i tidligere litteratur
4	Nelson et al. (2016) Harms of Breast Cancer Screening: Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation	Systematisk litteraturstudie af konsekvenser ved mammografiscreening, hvor et af perspektiver er bekymringer. I forhold til bekymrings-perspektiv indgår 4 litteraturstudier, samt 10 undersøgelser, som ikke indgår i disse litteraturstudier. Brett et al. (2005) er et af de studier som indgår. Litteratursøgning er foretaget i december 2014 (Nelson et al. 2016:256-259).	Anvendt i tidligere litteratur

5	Von Bülow (2000). Psykologiske følger af screening for brystkræft blandt raske kvinder.	Dansk litteraturstudie ved brug af danske og internationale databaser i undersøgelsen af om raske kvinder oplever psykologiske konsekvenser ved mammografiscreening. Der indgår 24 artikler. Søgning i Medline og PsychInfo fra 1984, og i Embase fra 1989, samt en søgning i Artikelbasen (von Bülow 2000:1053).	Anvendt i tidligere litteratur /problemfelt *
6	Griffiths et al. (2010) Screening for breast cancer: Medicalization, visualization and the embodied experience	Artiklen undersøger midaldrende kvinders forståelse af mammografiscreening. Der er interviewet 61 engelske kvinder, som var 45 til 64 år. Medikaliseringen bliver anvendt som forståelsesramme til at forklare kvinders oplevelser (Griffiths et al. 2010:654,657).	Anvendt i tidligere litteratur
7	Calnan (1984) Women and Medicalisation: An empirical examination of the extent of women's dependence on medical technology in the early detection of breast cancer	Interviews blandt 2084 engelske kvinder. Kvinderne er mellem 45 og 64 år. Ud fra et Illichs perspektiv undersøges det om kvinderne foretrækker screening eller selvundersøgelseskursus for at fastslå om de er afhængige af teknologi (Calnan 1984:561-562).	Anvendt i tidligere litteratur
8	Solbjør et al. (2015) Women's Experiences with Mammography Screening through 6 years of Participation – A Longitudinal Qualitative Study	Fokusgruppeinterview blandt 24 norske kvinder i 2003 og 2009, for at undersøge hvilken betydning det har at deltage regelmæssigt i mammografiscreening. I 2003 var kvinderne mellem 50-59 år (Solbjør et al.2015:558,562).	Anvendt i tidligere litteratur **
9	Vahabi & Gastaldo (2003) Rational choice(s)? Rethinking decision-making on breast cancer risk and screening mammography	Der er foretaget en kvalitativ undersøgelse blandt 180 canadiske kvinder mellem 25-45 år. Kvinderne har ikke deltaget i en brystkræftscreening. Der bliver undersøgt hvordan kvinderne opfatter brystkræftscreening. Teoretisk perspektiv omkring risikosamfundet indgår (Vahabi & Gastaldo 2003:247-248).	Anvendt i tidligere litteratur

10	Solbjør et al. (2012) Mammography screening and trust: The case of interval breast cancer.	26 norske kvinder med intervalkræft er blevet interviewet. Kvinderne var mellem 53-69 år. Undersøgelsens fokus er hvilken betydning intervalkræften har for kvindernes tillid til screening. Undersøgelsen er foretaget i 2009 (Solbjørn et al. 2012:1747).	Anvendt i tidligere litteratur
11	Lindberg et al. (2013) Better safe than sorry: a long-term perspective on experiences with a false-positive screening mammography in Denmark	Dansk kvalitativ undersøgelse blandt 8 kvinder i alderen 57-72 år, hvor der undersøges om kvinderne oplever langsigtede psykologiske konsekvenser af falsk positiv ved mammografiscreening. Undersøgelsen er foretaget i 2009 (Lindberg et al. 2013:699,702)	Mindre perspektiv anvendt i tidligere litteratur
12	Jones (2007) 'Fearing the Worst, Hoping the Best': The Discursive Construction of Risk in Pregnancy	Ud fra Becks risikoforståelse undersøges kvinders oplevelser af deltagelsen i fosterscreening, og kvinders forståelse af risiko. Fokusgruppe med 6 deltagere, hvor kvinderne var fra sidst i 20'erne til midt i 40'erne (Jones 2007:37,40-41).	Anvendt i teoriafsnittet *
13	Kennedy & Kennedy (2010) Using theory to explore health, medicine and society.	Bog omkring sundhed og lægevidenskab, hvori der inddrages sociologiske teorier. Både medikaliseringen, Illich og Becks teoretiske perspektiver indgår i bogen.	Anvendt i teoriafsnittet /problemfelt *
14	Skolbekken (2008) Unlimited medicalization? Risk and the pathologization of normality	Kapitel i bogen omkring risiko og sundhed. Kapitlet af Skolbekken (2008) omhandler medikaliseringen set i forhold til risiko.	Anvendt i teoriafsnittet /problemfelt *
15	Armstrong & Eborall (2012) The Sociology of Medical Screening: Past, Present and Future	Kapitel i bog omkring screening. Kapitlet af Armstrong & Eborall (2012) er en præsentation af screening set i et sociologisk perspektiv, og kort hvad som er skrevet herom.	Anvendt i problemfelt */**
16	Howson (1999) Cervical screening, compliance and moral obligation	Artiklen tager udgangspunkt i et Foucault-inspireret perspektiv. Der er interviewet 23 kvinder som er 21-62 år omkring deltagelse i livmoderhalskræftscreening (Howson 1999:404) Vil anses som central artikel i "screeningsociologen", men mindre relevant for projektets emne.	Anvendt i mindre grad i tidligere litteratur. ***

17	Cullen et al. (2004) Short-Term Impact of Cancer Prevention and Screening Activities on Quality of Life	Systematisk litteraturstudie af kortsigtede konsekvenser af bl.a. screening. Der er søgt i OVID og PUBMED. Litteratursøgningen dækker årene 1985-2002. (Cullen et al. 2004:944).	Anvendt i tidligere litteratur
18	Wardle (1992) The psychological costs of screening for cancer	Artiklen er en beskrivelse af de psykologiske konsekvenser ved screening (Wardle & Pope 1992:609)	Anvendt i mindre grad i tidligere litteratur ***

Bilag B: Interviewguide

Først vil jeg gerne takke dig for at ville deltage i min undersøgelse omkring kræftscreeninger. Formålet med mit speciale er få en forståelse for hvordan kvinder mellem 50-64 år oplever invitationen og deltagelsen i de tre kræftscreeningsprogrammer, og hvilke tanker de har gjort sig i forhold til risikoen for at få kræft. Jeg vil hovedsageligt fokusere på livmoderhalskræft, tarmkræft og brystkræft, da det er disse typer af kræft, der screenes for i Danmark. Jeg er ikke uden efter noget bestemt, men jeg vil blot gerne forstå hvordan kvinder opfatter screening, og derfor er der heller ikke nogle rigtige eller forkerte svar. Det kan godt være du under interviewet kommer til at føle at jeg stiller spørgsmål, som du allerede tidligere har svaret på, men det skyldes, at jeg enten gerne vil have uddybet svaret, eller sikre mig, at jeg har forstået dig korrekt. Jeg vil optage interviewet, og herefter transskribere det (dvs. jeg skriver det ned som er blevet sagt). Jeg vil anvende en række citater fra interviewet, og hele projektet vil være offentligt tilgængelig. Du vil dog optræde anonymt i projekt. Er der undervejs i interviewet nogle spørgsmål, som du ikke vil svare på, er det helt okay. Har du nogen spørgsmål inden vi starter?

Vil du ikke starte med at fortælle lidt om dig selv? (alder, uddannelse, arbejde, familieforhold)

Jeg vil gerne starte med at snakke lidt om sundhed generelt

- Hvordan synes du selv dit helbred er?
- Gør du noget for at holde dig sund?
- Hvad tænker du om følgende udsagn: "Man er selv ansvarlig for sin sundhed"?
 - o Hvad indebærer det at man er ansvarlig for sin sundhed?
 - o Er det noget som du selv gør?

Så vil jeg gerne snakke om dine tanker omkring kræft

- Hvor tæt har du haft kræft inde på livet? (Familie/omgangskreds/arvlighed)
- Hvilke tanker gør du dig om risikoen for at få kræft i hverdagen?
- Hvilke symptomer på kræft kender du? (Brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft)
- Kan man mærke eller fornemme om man har kræft?
- Hvad kan man gøre for selv at mindske sin risiko for at få kræft?
 - o Hvis man kan; Er det noget du selv gør? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Synes du screeningen eller opmærksomhed mod kræftsymptomer er den bedste metode til at opdage kræft?
 - o Hvorfor?
 - o Hvad kan de to måder (ikke)?
- Er det ens egen skyld, hvis man bliver ramt af kræft? (Årsag til kræft)
 - o Hvorfor synes du det?
 - o Hvis – Hvad er årsagerne til kræft?
 - o Hvis ikke – hvem har ellers skylden for det? Hvorfor for man så kræft?

- Føler du, dig i risiko for at få kræft?

Deltagelse i screening

- Hvor gammel var du da du deltog i din første screening?
- Hvilke screeningsprogrammer har du været indkaldt til, og hvilke har du deltaget i?
 - o Hvis de ikke endnu ikke har været indkaldt til tarmkræftscreening: Regner du med at deltage i screeningen, når du bliver indkaldt til screening? Hvilke tanker gør du dig?
- Har du deltaget i de seneste screeninger, og hvornår var det?
 - o Hvorfor/hvorfor ikke?
- Har du deltaget alle de gange du har været inviteret til en screening?
 - o Hvorfor/hvorfor ikke?
 - Har du nogen gange fortrudt at du ikke har deltaget?
 - o Er der forskel på hvorfor du deltager i de forskellige screeninger?
- Er der noget som kan gøre at du ikke vil deltage i screening?

Oplevelser i forbindelse med screening

I de følgende spørgsmål vil jeg spørge ind til hvordan du har oplevet at deltage i screeninger. Jeg vil spørge meget overordnet, men du må gerne tage udgangspunkt i episoder, du husker særlig godt eller sidste gang du deltog i en screening.

- Kan du fortælle om nogle gode oplevelser, du har haft med screening?
- Hvad med dårlige oplevelser ved screening?
 - o Er det noget som har haft betydning for din deltagelse i screeninger senere?
- Hvordan har du det, når du modtager en indkaldelse til screening?
- Hvordan oplever du tiden op, til du skal til undersøgelse?
- Hvordan oplever du selve screeningen?
 - o Beskriv gerne forskellige screeninger du har deltaget i.
- Hvordan har du det med at deltage i screening?
- Hvordan oplever du tiden op til du får resultatet af screeningen?
- Hvordan oplever du at få svar på screening?
 - o Spørg ind til følelsen (beroligelse)
 - o Hvis bekymret før, eller i ventetid; hvornår holder du op med at være bekymret?
- Har du været genindkaldt til screening grundet at svaret var uklart /kender du nogen?
 - o Evt.: usikkerheden af screeningsresultatet; Muligt er svaret ikke er rigtig?

Tiden mellem screeninger

- Har du mellem screeninger været bekymret for at have kræft?
 - o Har du været til læge grundet denne bekymring? – selv opsøgt screening tidligere?

- Er du opmærksom på muligt tegn eller symptomer på kræft?
- Foretager du selvundersøgelse af brystet?
 - o Hvorfor/hvorfor ikke?
- Holder du øje med blod i din afføring?

Holdninger til screening

- Hvordan oplever du, at holdningen generelt set er til screening i Danmark?
 - o Kender du til personer, som ikke vil deltage i screening?
 - Ved du, hvorfor de ikke deltager?
 - o Hvad synes du om at de ikke deltager? / eller hvad synes du om folk der ikke deltager? / Synes du man skal deltage i screening?
 - o Har du oplevet der er en diskussion i medierne omkring screening?
- Har du selv opsøgt informationer omkring screening?
 - o Hvorfor?
 - o Hvad har du læst om – og fået ud af at læse om screening?
 - o Hvem har skrevet det du har læst / evt. hvilke hjemmesider
- Hvad er fordelene ved screening?
- Hvad er ulemperne ved screening?
- Hvad har størst betydning for dig, fordelene eller ulemperne?
 - o Hvorfor?
 - o Evt. om de kender til usikkerhed / risiko for overdiagnose / falsk positiv / negativ
- Vil du gerne screenes noget oftere?
 - o Hvorfor/hvorfor ikke?
- Vil du gerne have deltaget tidligere i screeninger?
 - o Hvorfor/hvorfor ikke?
- Vil du gerne tilbydes andre former for kræftscreening?
 - o Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvad tænker du om at man kun bliver tilbudt screening for livmoderhalskræft 5. år, når man er mellem 50-64 år, mens de yngre kvinder får det tilbudt hvert 3. år?
- Hvad tænker du om, at man kun bliver tilbudt screening, til man når en vis alder?

Er der noget mere du gerne vil fortælle? (uddybning eller noget som vi ikke har snakket om)

Så vil jeg gerne sige endnu en gang tak for at du ville deltage.