

Den præstationsevaluerende patient

En analyse af hjemmemonitorering som
styringsteknologi

Kandidatafhandling af:

Johan Rasmussen

Politisk Kommunikation og Ledelse, Cand. Soc.

Vejleder:

Holger Højlund – Institut for Ledelse, Politik og Filosofi

Indholdsfortegnelse

Abstract	4
Kapitel 1: Introduktion	5
Problemfelt	5
Problemformulering	7
Afgrænsning	9
Afhandlingens bidrag	10
Casebeskrivelse	11
Læsevejledning	14
Kapitel 2: Analysestrategi og iagttagelsesprogram	15
Analysestrategi	15
Konstruktion af empiri	19
Iagttagelsesprogram	22
Etopolitik.....	22
Governmentality	24
Stigmateori	28
Kapitel 3: Analyse	31
Analyse 1 - Hverdagen med diabetes 2	31
Usikkerhed.....	32
Stigmatisering.....	34
Kroppen som målelig.....	37
Konklusion på analyse 1.....	39
Analyse 2 – Optimeringsteknologiens intervention	40
Del 1 – Styring af kroppen	41
Del 2 – Styring til betoning af den potentielle krop	43
Del 3 – Styring rettet mod forbedring af den potentielle krop	51
Del 4 – Styring gennem kroppen	55
Del 5 - Et nyt subjekt toner frem.....	62
Diskussion	68
Kapitel 4: Konklusion	71
Konklusion	71
Undersøgelsens relevans	75

Bilag 1 Display 1	77
Bilag 2 Display 2-5.....	83
Referencer	97

Abstract

The performance-evaluating patient – an analysis of home monitoring as a steering technology

This master thesis takes a closer look at home monitoring as a steering technology. Home monitoring is pointed out as a central tool within the telemedical initiatives of the Danish health care system, and politicians as well as institutions favour it as a solution that provides freedom and comfort, especially for citizens suffering from chronic diseases. But how do the citizens perceive the intervention of home monitoring in their everyday practice? The research ambition of this thesis is to study how home monitoring conditions the self-government of the chronic patient. It is based on eight qualitative interviews with type 2 diabetics who have been using home monitoring or are trying out home monitoring. The point of observation is influenced by the theoretical concepts of *ethopolitics*, *governmentality* and *stigma* (Rose 2009, Foucault 2008, Goffman 2009).

Firstly, I analyse how insecurity, stigmatisation and a gaze upon the body as an object of quantification characterise the everyday practice of the patient.

Secondly, I analyse how the intervention of home monitoring renders a risk-oriented individuality possible. It is an individuality that relies on constant quantification of the body. Risks are continuously being projected by the technology, but on the basis of a continuous evaluation of body and behaviour the patient rewrites the projected risks into symptoms that one can act upon. In this operation knowledge formation and power production are closely linked together in order to create norms for a healthy lifestyle and moral self-government.

Finally, I show how a new sociality is formed through the intervention of the technology when a performance-evaluating patient is being shaped. In this patient it is not only the body affected by the chronic disease, but the general body and life itself that are objects of optimization.

Kapitel 1: Introduktion

Problemfelt

I januar 2013 fremhæver forhenværende sundhedsminister og nuværende formand for partiet Venstre, Lars Løkke Rasmussen, telemedicin, som en løsning, der er så effektiv, at den vil medføre store besparelser for sundhedsområdet. Han fremhæver *"muligheden for at du kan gå i konsultation hjemme fra din egen computerskærm"*, som en frigørende kvalitet for patienten (dr.dk). Fra den anden ende af Folketingssalen bakker nuværende sundhedsminister, Astrid Krag, ligeledes op om telemedicin, som instrumentet der kan give sundhedssystemet et løft. *"Telemedicinske løsninger giver borgerne mulighed for at blive hjemme i trygge rammer"* forklarer Krag (sum.dk). For hjemmets nærhed er tryggere end hospitalets gange, og kvalitet er ikke nødvendigvis afhængig af et *"fysisk møde mellem patient og sundhedspersonale"* (sum.dk). Også formanden fra Kommunernes Landsforenings Social- og sundhedsudvalg, Anny Winther, bakker op om politikernes argumenter ved at fremhæve telemedicin som en forudsætning for det kommunerne kalder *"det nære sundhedsvæsen"*, hvis styrker ligger i at være *"mere effektivt og tæt på borgeren"* (sum.dk; kl.dk).

Telemedicin er i den grad i politisk medvind. Betoningen af styrker er varierende, men der er enighed om, at telemedicin er et middel til besparelser og øget kvalitet, som kan mindske afstanden mellem sundhedsvæsenet og borgeren og som udstyrer borgeren med en øget frihed.

Hvad er så telemedicin? Digitaliseringsstyrelsen beskriver det i forlængelse af *National handlingsplan for udbredelse af telemedicin* fra 2012 som interventioner, der er *"tid, sted og rumafhængige digitalt understøttede sundhedsydelser, leveret over afstand med potentiale til at skabe sundhedsmæssig gevinst eller værdi"* (Telemedicin og Sundheds-IT).

Det skal forstås således, at man ved brug af digitalt computer- og måleudstyr kan rykke en del af konsultationerne og behandlingerne ud i folks private hjem. Her vil de så enten få besøg af en sygeplejerske, eller de vil kommunikere med sundhedspersonalet gennem digital overførsel af data og ved brug af videokonversationsudstyr. I mange tilfælde vil borgeren også selv stå for en del af kontrollerne af egen krop. Den del af det telemedicinske område, der involverer monitorering og kontrol i hjemmet foretaget af borgeren selv, kaldes mere specifikt hjemmemonitorering. Det er dette væsentlige værktøj i den telemedicinske

indsats, som er genstanden for dette speciale. Når KL taler om det *'nære sundhedsvæsen'* er der altså, i forbindelse med hjemmemonitorering, bogstaveligt talt tale om, at en del af sundhedsvæsenet flytter ind hos borgeren, idet rammerne for konsultation og behandling rykkes ind i hjemmet (sum.dk). Dette projekts case er et forsøgsprojekt med hjemmemonitorering af diabetes 2-patienter situeret i et samarbejde mellem Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune (fremover blot benævnt som hospitalet). Projektet har "fastholdelse af sund livsstil og bedre diabeteskontrol" som sit sigte (Telemedicinsk infopjece).

Flere samfundsdiagnoser peger på, at borgerens rolle i samfundet bevæger sig i en retning mod øget selvledelse. Borgeren forventes at praktisere sin frihed, inden for de rammer samfundet sætter, men det er en frihed, der er indrammet af forventninger om at tage ansvar for fællesskaber og være en aktiv medborger. I det lys fremstår borgeren som en, der skal ledes til at være fri til at definere sin egen frihed (Andersen, 2008; Mik-Meyer, 2008; Rose, 1999; Karlsen & Villadsen, 2007). Frihed bliver altså en måde at udøve magt på gennem en distanceret styring, hvor staten søger at regulere ved at få folk til at regulere sig selv. I denne udvikling bevæger staten sig fra at være en socialstat til at være en faciliterende stat, der styrer borgeren til selvstyring gennem en ansvarliggørelse, hvor borgeren som forbruger i alle dele af det sociale liv må træffe frie valg (Rose, 1999). Flere studier peger på, at disse tendenser også går igen, når det drejer sig om styringen af borgeres selvstyring i forhold til sundhedssystemet (Novas, 2008; Hagel, 2009; Dalsgaard, 2007).

Når velfærdsstaten trækker sig tilbage fra dele af den direkte styring til fordel for en mere indirekte styring af den enkeltes frihed til at håndtere sin egen frihed, betyder det ikke nødvendigvis, at der er færre regler, men blot at disse regler og strukturer tager sig anderledes ud (Andersen & Thygesen, 2004). På sundhedsområdet er der en lang række eksempler på, at individets selvstyring formes gennem sundhedskampagner som eksempelvis "10 veje til vægttab" og "Sæt proppen i" (sst.dk). Eller gennem sundhedsprogrammer som eksempelvis forebyggelsessamtaler og KRAM-faktorer (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) møntet på adfærds- og livsstilsændringer (Dahlager, 2001; Pedersen, 2009). Det er eksempler på sociale teknologier, hvor supervisionsstaten styrer borgeren til aktivt at skabe sig selv som ansvarligt individ. Det gøres gennem værktøjer, der bygger bro mellem den aktuelle borger og den fremtidige borger. Det vil sige, at den sociale teknologi styrer borgeren til at styre sig selv mod den fremtidige normalvægt, den tilpassede

nydelse af alkohol, den adfærdsforbedrende borger (Dahlager, 2001), eller den hensigtsmæssige livsstil (Pedersen, 2009; Andersen & Thygesen, 2004: 27).

Det er mit udgangspunkt i dette projekt, at hjemmemonitorering også er en social teknologi, der styrer patienten til at skabe sig selv som en velreguleret diabetiker med en sund livsstil. Dette udgangspunkt leder mig til fire antagelser om hjemmemonitorering:

- Daglige målinger og kontrol leder patienten til at objektivere sin egen krop (Pedersen, 2009; Svenningsen, 2004).
- Måleparametrene er afgørende for den relevante patients fremtræden (Andersen & Thygesen, 2004; Højlund, 2006; Hagel, 2009).
- Målingerne skaber viden om forholdet mellem krop og livsstil, som tilskriver patienten et ansvar for sund livsstil og regulering (Mik-Meyer, 2008; Novas & Rose, 2000; Monaghan et al., 2010; Pedersen, 2005).
- Når man som patient tilskrives et ansvar, er man nødt til at kunne skabe scenarier for de fremtidige risici, som usund livsstil kan udmønte sig i, for at kunne håndtere dette ansvar (Rose, 2009; Novas & Rose, 2000; Svenningsen, 2004).

Disse 4 antagelser leder mig til følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvordan betinger hjemmemonitorering kroniske patienters mulighed for at lede sig selv?

Problemformuleringen indeholder en række termer og begreber, hvis betydning jeg vil uddybe i det følgende:

'Betingelser'

Med dette ord hentyder til jeg til, hvordan hjemmemonitorering stiller særlige betingelser for patientens selvledelse, som fikserer ledelsen på en specifik måde. Denne term knytter jeg til to begreber, et *governmentalt* magtbegreb og et bredt defineret politikbegreb.

Governmentality er et perspektiv på styring og magt fremlagt af Michel Foucault, som sidenhen er blevet videreudviklet af en lang række andre teoretikere (Foucault, 2008 (1.);

Dean, 2006; Rose, 1999). Med det governmentale magtbegreb henviser jeg til en positiv og relationel magtforståelse. Magten er her ikke båret af intentioner, og den kan ikke besiddes, men produceres gennem relationer mellem subjekt, viden og magt (Villadsen, 2007: 20). Når hjemmemonitorering betinger ledelse på en særlig måde, betyder det i en magtforståelse, at der i relationen mellem patient og hjemmemonitorering formes en specifik magt, som virker tilbage på patient og hjemmemonitorering.

I denne 'betingen' ligger der også en fiksering af specifikke normer og principper, som henholdsvis gode og dårlige. Denne 'betingen' af normer og principper forstår jeg som politik i en bred forstand, således at hjemmemonitoreringens intervention i patientens hverdag skaber en politik for god selvledelse (Dahlager, 2001: 91; Højlund 2006: 44).

'Hjemmemonitorering'

Jeg forstår 'hjemmemonitorering' som en styringsteknologi, der har en særlig styringsrationalitet orienteret mod fremskrivning og omskrivning af risici, som former patientens valg i forhold til viden, gyldige handlinger, udsagn, praksisser og kapaciteter (Rose, 2009: 44). Den gør brug af forskellige måleteknikker, dialogteknikker og adfærdsforbedrende teknikker, som vil blive uddybet i casebeskrivelsen.

'Kroniske patienter'

Med kroniske patienter henviser jeg dels til specialets empiriske grundlag, type 2-diabetikere, men jeg henviser også i bredere forstand til individer, der er inkluderet i den del af den telemedicinske indsats initiativer, som gør brug af hjemmemonitorering (Telemedicin og Sundheds-IT). Denne indsats uddybes i casebeskrivelsen. Disse kroniske patienter modtager behandling af det velfærdsstatslige sundhedssystem i forbindelse med en specifik sygdom, der vurderes at være længerevarende og permanent.

'Ledelse'

Jeg taler om 'ledelse' eller styring i forlængelse af den governmentale magtforståelse, hvor magten formes i relation til ekspertviden, der skaber en specifik rationalitet om god og dårlig ledelse (Villadsen, 2007: 21). Denne magt former dels individets handlinger, tanker og adfærd gennem direkte styring, men også gennem indirekte styring, der styrer individet til at træffe de 'rigtige' frie valg (Rose, 1999; Andersen & Thygesen, 2004: 26).

Tese og forskningsspørgsmål

I relation til de ovenstående termer og begreber har jeg formuleret følgende underspørgsmål og tese, der skal lede mit blik, og som strukturerer specialets analytiske bidrag i to analyser. Først laver jeg en indledende analyse af hverdagen med diabetes 2, som patienterne oplever den før interventionen med hjemmemonitorering.

Dernæst følger en mere omfattende analyse af patienternes oplevelse af interventionen i deres hverdag, som på baggrund af tre forskningsspørgsmål udfolder en tese.

I analyserne er forskningsspørgsmålene særligt udformet med etopolitisk teori som ledende perspektiv. Det er et perspektiv, der indeholder biopolitiske og governmentale elementer, som særligt har blik for, hvordan individets valg og beslutninger kommer til at tage udgangspunkt i optimering af kroppen (Novas & Rose, 2000: 489). Dette perspektiv uddybes i specialets teori afsnit.

Analyse 1

1: Hvordan betinger diabetes 2 hverdagen for patienterne?

Analyse 2

Tese: Hjemmemonitorering er en teknologi, der udstyrer diabetikeren med et præstationsevaluerende blik på kroppen.

2 a. Hvordan konstruerer teknologien den diabetesramtes krop som en kvantificerbar størrelse, der fremviser risici?

2 b. Hvordan installerer teknologien målstyrende årsagsforklaringer mellem tal og handlinger?

2 c: Hvordan former teknologien patientens selvforståelse?

Afgrænsning

I denne kandidatafhandling er det selve den sociale styring som teknologien sætter, samt de effekter teknologiens intervention har på patientens socialitet og forhold til egen krop, der har min interesse. Det handler om at undersøge, hvordan magt og viden produceres i relationen mellem teknologi og patient, og hvordan teknologien fikserer en politik for kroppen, som både knytter sig til den specifikke diabetes 2-patient, men som også har nogle perspektiver, der

kan udvides til at gælde andre kroniske patientgrupper (Villadsen, 2007; Andersen & Thygesen, 2004). Gennem interviews undersøger jeg patientens oplevelser af, hvordan teknologiens intervention påvirker hverdagen.

Afhandlingens empiriske grundlag egner sig ikke til at bedømme, hvorvidt alder og køn spiller ind på patienternes oplevelse af teknologien (Flyvbjerg, 2006). Jeg undersøger ikke styringsteknologiens historiske ophav (Villadsen, 2006), og jeg undersøger ikke Forebyggelsescenter Nørrebro eller Bispebjerg Hospitals policy papirer for sundhedspersonalets relation til teknologien. Det vil være et andet relevant studie at undersøge, hvordan den telemedicinske indsats muligvis ændrer hospitalets rolle fra at være behandlingsorgan til at være en serviceorienteret enhed, der skal facilitere selvbehandling (Dahlager, 2001; La Cour & Højlund, 2008; Karlsen & Villadsen, 2007). Det ligger dog uden for dette speciales fokus. Det er den patientoplevede relation, jeg undersøger.

Afhandlingens bidrag

Denne afhandling tilbyder viden og refleksion, der kan bruges i test- og udviklingsfasen af hjemmemonitorering. Jeg gør i specialets analysedel opmærksom på den magt, som teknologier har i forhold til at forme subjekter, kategorier og politikker for kroppen (Andersen & Thygesen, 2004; Rose, 2009). Afhandlingen skaber således viden om, hvordan teknologiens intervention er afgørende for patientens handlerum og selvforståelse. Afhandlingen bidrager også med viden om, hvordan patienterne oplever, at teknologien som repræsentant for sundhedssystemet i velfærdsstaten definerer patienten, idet dens selektion af målekategorier er afgørende for, hvordan patienten kan træde frem.

Denne nye viden gør det muligt at overveje teknologiens udformning i forhold til patienternes oplevelse af årsagssammenhænge mellem sygdom og livsstil, men den gør det også muligt at overveje, hvordan man som organisation i sundhedssystemet, der skal bringe hjemmemonitorering til anvendelse, stiller sig etisk og reflektivt overfor teknologiens intervention på patientens socialitet. Afhandlingens resultater opfordrer til overvejelser om, hvilke forudsætninger, der er nødvendige i forhold til at skabe modtagelighed over for teknologiens intervention, og hvem der kan tage skade af den (Rose, 2009; Goffman, 2009).

Derudover tilbyder afhandlingen en anden type viden til et medicinsk felt, som primært er præget af en naturvidenskabelig, logisk-empirisk tradition. Afhandlingen supplerer dette

vidensfelt med viden om, hvordan en styringsteknologi skaber social virkelighed for patienterne (Esmark et al., 2005).

Endelig tilbyder afhandlingen et empirisk baseret bidrag til etopolitisk forskning, som kombinerer biopolitiske og governmentale elementer (Rose, 2009; Rabinow, 1996; Novas, 2008 m.fl.).

Casebeskrivelse

For at besvare problemformuleringen udfører jeg et casestudie. Casestudier er en velegnet metode til efterprøvning af teser og udvikling af kendt teori, samt til at opnå viden om kontekstafhængige forhold (Flyvbjerg, 2006: 226). Casestudiet giver mig en mulighed for at opnå en indsigt i forhold, hvor der ellers er begrænset viden, og det kan ligeledes give rum til overraskende svar på problemstillingen (Eisenhardt, 1989: 546).

Min case i dette speciale er et forsøgsprojekt med hjemmemonitorering af diabetes 2-patienter, hvor forhåbningen er, at hjemmemonitorering kan fastholde patienten i *"sund livsstil og bedre diabeteskontrol"* (Telemedicinsk infopjece). Forsøgsprojektet sigter eksplicit mod forbedring af kroniske patienternes selvledelse, og det er derfor en god case i forhold til dette speciales problemformulering. Som beskrevet i problemfeltet udgør hjemmemonitorering et centralt værktøj i *Digitaliseringsstyrelsens telemedicinske handlingsplan* (National Handlingsplan, (a)).

Jeg indleder casebeskrivelsen med at opridse handlingsplanens indhold som konteksten for forsøgsprojektet med hjemmemonitorering, hvorefter jeg mere detaljeret beskriver selve forsøgsprojektet.

Telemedicin

Den telemedicinske handlingsplan, igangsat af Digitaliseringsstyrelsen, udgør et eksempel på en politik, der sætter nye rammer for hospitalers såvel som patienters muligheder for ledelse. Motivationen bag Digitaliseringsstyrelsens handlingsplan er, at der bliver stadig flere ældre, og at ældre generelt har en større chance for at udvikle kroniske sygdomme. Det sætter en økonomisk presset offentlig sektor under yderligere pres med den følge, at *"flere patienter skal kunne behandles for færre ressourcer, hvis ikke kvaliteten skal forringes markant"* (Telemedicin og Sundheds-IT). Fordelene ved telemedicin knytter sig ifølge Digitaliseringsstyrelsen fortrinsvis til to dimensioner: for det første besparelser på de offentlige budgetter gennem effektivisering af sundhedsydelser og tværfaglig udvikling, og for

det andet forbedring af patienternes behandlingsforløb gennem øget selvhjælp og mere sammenhængende forløb.

Formålet med indsatsen er dels at understøtte brugen af telemedicinske løsninger på egnede områder og at afprøve løsningerne i stor skala, så man opnår praksisfunderet viden om brugen af disse løsninger (National Handlingsplan, (a)).

Den telemedicinske indsats breder sig over fem initiativer: klinisk integreret hjemmemonitorering, hjemmemonitorering for KOL-patienter, telepsykiatri, internetpsykiatri og national udbredelse af telemedicinsk sårvurdering. De tre første initiativer tester hjemmemonitorering i praksis på forskellige patientgrupper. Der er afsat 80 mio. kr. samt medfinansiering fra regioner og kommuner til disse initiativer, som løber fra 2012-2015. Initiativerne skal danne basis for evaluering og implementering (National Handlingsplan, (a)).

Hjemmemonitorering

Dette speciales resultater orienterer sig mod det første initiativ, klinisk integreret hjemmemonitorering. Initiativet afprøves på fem patientgrupper: diabetes 2, KOL, inflammatoriske tarmsygdomme samt gravide med og uden komplikationer (Digitaliseringsstyrelsen). Alene de to første patientgrupper udgør på landsplan henholdsvis 200.000 og 280.000 borgere (National handlingsplan, (b)). De tre første patientgrupper er kronikere, hvor kost og livsstil har betydning for sygdommen. I alt prøves det første initiativ på ca. 2000 patienter med det formål at teste infrastrukturen på fem grupper med forskellige kliniske behov. Det estimeres, at initiativet kan generere besparelser på op til 800 mio. kr. årligt (National handlingsplan, (b): 14). Mit speciales empiri knytter sig til et forsøgsprojekt med hjemmemonitorering af diabetes 2-patienter, som er indledt i et samarbejde i mellem Endokrinologisk Afdeling 1 på Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune (Telemedicinsk infopjece: 3). I forsøgsprojektet er den daglige kommunikation mellem patienten og hospitalet forankret på Forebyggelsescenter Nørrebro. Formålet i dette forsøgsprojekt er at støtte patienterne i at tage aktiv hånd om en livsstilsændring. De skal sættes i stand til at lede deres egen rehabilitering. Målet er at lede patienten til at tage ejerskab og kontrol over egne tal og derigennem gøre sig uafhængig af hyppige læge- og hospitalsbesøg. Det handler om at fastholde patienten i en bedre diabeteskontrol, som defineres på baggrund af langtidsblodsukkeret, blodtrykket, vægten, samt den fysiske aktivitet (Telemedicinsk infopjece: 2).

Forsøgsprojektet består af en randomiseret, kontrolleret undersøgelse af 165 patienter fordelt på en kontrolgruppe og en gruppe til telemedicinsk intervention. Min empiri knytter sig

til den sidste gruppe. Det er diabetes 2-patienter, som er mellem 18 og 75 år, har et BMI¹ over 25, et langtidsblodsukker² over 7,5 % og som taler og forstår dansk (Telemedicinsk infopjece: 2). Den telemedicinske intervention, som består af daglig hjemmemonitorering og videokonsultationer en gang om måneden strækker sig over 8 måneder. Patienterne inkluderes løbende med start fra april 2012 (Telemedicinsk infopjece: 3-4). Den tekniske løsning består af en tablet-pc, der både bruges til videokonsultationen og monitorering. Tablet-pc'en har touch screen og kamera, og den tilsluttes et tastatur, en mikrofon og en højttaler. Systemet forbindes med en blodtryksmåler, en blodsuktermåler og en digital vægt, som via en internetforbindelse sender måleresultater direkte videre til Forebyggelsescenteret (Telemedicinsk infopjece: 4). De inkluderede har som diabetes 2-patienter været vant til at blive målt kvartalsvist. Det er således velkendte måleparametre, men det er overvejende nyt for patienterne, at de selv skal måle sig hyppigt.

Forsøgsprojektets afsluttende effektmål og evaluering tager udgangspunkt i et formodet fald i patientens langtidsblodsukker, og sammenholdes dette fald med sociale baggrundsfaktorer, forventer man at kunne vise, hvilke patientgrupper, der bedst kan drage nytte af telemedicinsk intervention (Telemedicinsk infopjece: 4). Forsøgsprojektets evaluering forventes ikke at kunne afdække sundhedsøkonomiske effekter eller den patientoplevede kvalitet ved interventionen, men sigter hovedsagligt efter en evaluering af kliniske effekter (Telemedicinsk infopjece: 4).

Det er i forhold til den patientoplevede kvalitet at specialets problemformulering, min dataindsamling og mine analytiske resultater orienterer sig, og det kan dermed siges at udfylde et hul i forsøgsprojektets evaluering. Det orienterer sig mod patientoplevet kvalitet i forhold til, hvordan patienten intervererer på egen krop og i forhold til, hvordan patientens socialitet påvirkes. Forsøgsprojektet udgør en særligt god case i forhold til at generere viden om effekterne af hjemmemonitorering og videokonversationer som et telemedicinsk værktøj, idet hjemmemonitorering indtager en fremtrædende position i den telemedicinske handlingsplan.³ Hjemmemonitorering er centralt i initiativ 1 (2000 patienter) og 2 (1400 patienter) i digitaliseringsstyrelsens handlingsplan, mens videokonversationer indgår som en del af initiativ 3 (antal patienter er ikke specificeret) (Telemedicinske projekter).

¹ Body Mass Index: Det er en formel for sammenhængen mellem en persons højde og vægt.

² Langtidsblodsukker betegnes også HbA1c. Det angiver det gennemsnitlige glukoseniveau i blodet over en periode på 3 måneder. Det kan kun måles med særligt måleudstyr (Diabetesforeningen).

³ Det må bemærkes, at forsøgsprojektet er igangsat før udgivelsen af Digitaliseringsstyrelsens nationale handlingsplan.

Læsevejledning

I kapitel 1 har jeg introduceret kandidatafhandlingens problemfelt og baggrunden for dette. Jeg har introduceret problemformuleringen, en strukturerende tese med tilhørende forskningsspørgsmål samt beskrevet den specifikke case, som jeg undersøger.

I kapitel 2 vil jeg præsentere min analysestrategi. Jeg introducerer mit videnskabsteoretiske udgangspunkt, mine iagttagelsespunkter, hvordan empirien er konstrueret, samt det teoretiske iagttagelsesprogram, der er afgørende for, hvad jeg i min analyse vil have blik for.

Kapitel 3 udgør specialets analytiske bidrag. Her laver jeg først en indledende analyse af diabetes 2-sygdommens betydning for patienternes daglige ledelsesrum. Dernæst undersøger jeg, hvordan hjemmemonitorering styrer patienternes hverdagspraksis på en måde, der skaber nye handlerum, selvforståelser og sociale praksisser. Jeg problematiserer afsluttende analysen ud fra et alternativt perspektiv.

Kapitel 4 er afhandlingens endelige konkluderende afsnit, hvor centrale pointer opsamles og problemformuleringen besvares.

Kapitel 2: Analysestrategi og iagttagelsesprogram

Analysestrategi

I dette kapitel fremlægger jeg de analysestrategiske valg, der ligger bag min analyse, da de er afgørende for den viden dette speciale producerer, og dermed hvad jeg til sidst kan konkludere.

Videnskabsteoretisk position

Jeg er interesseret i at undersøge, hvordan ledelse formes gennem betoning og forhandling af sociale kategorier i relationen mellem patient og teknologi. Denne interesse understøttes af en interesse i et socialkonstruktivistisk begrebsapparat, som spiller ind i udformningen af denne analysestrategi

En grundsten i en socialkonstruktivistisk optik er, at den sociale virkelighed skabes igennem de begreber, man iagttager den med (Esmark et al., 2005: 11). Det betyder, at den sociale virkelighed træder frem gennem iagttagerens blik. Der er derfor ikke nogen forhåndsdefineret mening, til gengæld er der social virkelighed, som hverken er defineret gennem subjekter og objekter, men gennem mening produceret i relationer (Esmark et al., 2005: 16).

Virkeligheden kan altså ikke repræsenteres, men den kan konstrueres på baggrund af menneskelig praksis. Når empiri kun kan træde frem som empiri igennem begreber og teori, må man som analytiker konstruere den empiriske genstand velvidende at analytikerens blik også er konstrueret (Esmark et al., 2009: 12). At udføre en analyse bliver dermed et strategisk anliggende, hvor man må gøre sig bevidst, at den virkelighed man fremstiller kunne være anderledes, hvis den blev fremstillet gennem en anden optik. Det vil sige, at virkeligheden er præget af kontingens (Andersen, 1999: 14). Den viden jeg producerer om hjemmemonitorering som styringsteknologi er derfor et produkt af de iagttagelseskriterier jeg opstiller og det teoretiske blik, jeg anlægger. Det er fristende blot at kalde dette overdreven relativisme, men når virkeligheden kunne tage sig anderledes ud, må man vedkende sig et ansvar over for det analytiske blik, man har valgt, og man må vedkende sig, at ethvert analysestrategisk valg også er et fravalg af andre perspektiver, hvilket medfører blinde pletter (Esmark et al., 2009: 26).

lagttagelse af anden orden

Med udgangspunkt i socialkonstruktivismen stilles jeg over for dette problem, når jeg skal sammensætte en analysestrategi: Hvordan kan jeg kritisk analysere en meningssammenhæng, som jeg samtidig selv er en del af (Andersen, 1999:7)? I løsningen af dette problem anvender jeg i analysen et systemteoretisk greb: *lagttagelse af anden orden* (Andersen, 1999: 13-15). Ved at anvende en iagttagelse af anden orden, hvor blikket forskydes fra at spørge til "det derude" til at spørge til, hvordan der spørges til "det derude", kan man stille sig i en refleksiv position til "det derude". Dermed kan jeg iagttage, det der opleves som selvfølgelige kategorier, konventioner eller sandheder som kontingente. Anlægger jeg en iagttagelse af anden orden på den praksis, som teknologiens relation til patienten skaber, træder jeg et skridt tilbage for at se på kategoriernes konstruktion og den placering de har på det område, jeg iagttager (Andersen, 1999: 10-12). Det har den konsekvens, at jeg bevæger mig væk fra de selvfølgelige kategorier, som genstanden er omsluttet af, og at jeg i stedet kritisk kan iagttage, hvordan den sociale virkelighed bliver til og dukker op på bestemte måder (Andersen, 1999: 13-14).

Gennemgående i mine analyser bruger jeg et forskelsbegreb som et analysestrategisk greb. Når man drager en forskel, foretager man en sondring mellem en markeret side, det man iagttager, og en umarkeret side, det man ikke kan se. Alle iagttagelser betragtes som bestemte forskelssættende *operationer*. Hvad der iagttages er derfor altid afhængigt af den forskel, som markeres. Iagttagelsen kan altså ikke samtidig markere begge sider af forskellen som en enhed; deri ligger iagttagelsens blinde plet. Det betyder, at iagttagelsens blinde plet er enheden af forskellen (Andersen, 1999: 109-111).

lagttagelsespunkter

Med udgangspunkt i problemformuleringen sammensætter jeg i dette speciale et iagttagelsesprogram, der tager udgangspunkt i en kombination af teoretiske perspektiver, som har et særligt skarpt blik for styringsteknologier og selvledelse. Min analysestrategi kombinerer elementer fra Michel Foucaults og hans efterfølgeres, hovedsagligt Nikolas Rose og Mitchell Deans, arbejde med elementer fra Erwing Goffmans arbejde med teori om den sociale afviger. Det vil sige, at jeg kombinerer elementer fra *vidensarkæologien* (Foucault, 1971) med elementer fra *biopolitikken* (Foucault, 2009) og *governmentaliteten* (Foucault, 2008, (8.)). De sidste to perspektiver kombineres i Nikolas Roses teori om *etopolitik* (Rose, 2009). Desuden inddrager jeg Erwing Goffmans begreb, *stigma*, der tilbyder et teoretisk blik på patienten som en afviger fra samfundets normer om god livsstil (Goffman, 2009).

Jeg kombinerer den vidensarkæologiske diskursanalyses 2. ordens blik på mønstre i empirien med etopolitikens teori om styring og optimering af kroppen og stigmateteorien perspektiv på afvigeren, da den kombination gør det muligt for mig at forme et analysestrategisk blik i forhandling med de problematikker empirien fremviser (Dahlager, 2001:101). De teoretiske perspektiver er udvalgt i en løbende proces, styret af en vekselvirkning mellem empirisk funderede problematikkers påvirkning af teoretiske overvejelser og teoretiske perspektivers påvirkning af kategoriseringen af empirien.

Overordnet er mit iagttagelsespunkt hjemmemonitorering med et særligt fokus på relationen mellem teknologi og patient, men det konkrete iagttagelsespunkt i de to analyser er forskelligt.

I den første analyse er mit blik rettet mod diabetes 2, som en sygdom der sætter patientens hverdagspraksis i et særligt lys, som har konsekvenser for den rationalitet, der præger patientens handlerum og selvforståelse. Det er altså patienternes oplevelse af hverdagen med diabetes 2, jeg iagttager. Det gør jeg ved at iagttage tre oplevede kategorier som forskelle, der relaterer sig til sygdom og hverdagspraksis (Rose, 2009; Dean, 2006), stigma (Goffman, 2009) og krop (Rose, 2009). Analyse 1 retter sig mod patientens hverdag før teknologiens intervention.

I analyse 2 retter jeg blikket mod, hvordan intervention sætter de tre kategorier i et nyt lys, der sigter mod optimering af kroppen som et objekt for risici og stigma⁴. Jeg iagttager stadig patienternes iagttagelser, men jeg rykker mit iagttagelsespunkt så fokus her hviler på styringsrelationen mellem teknologi og patient.

Fokus på regulariteter

Jeg introducerer de teoretiske perspektiver fra Michel Foucaults *vidensarkæologiske diskursanalyse* (fremover blot diskursanalyse) med henblik på at fremanalysere de selvfølkelige kategorier som informanterne forstår sig selv og deres handlerum på baggrund af. Det er kategorier som teknologien påvirker på nye måder. Disse selvfølgeligheder styrer patienternes talepositioner og handlerum inden for diskursen (Andersen, 1999: 32). Foucault beskriver de diskursive processer som forholdet mellem magt og viden. *Magt* kan her forstås

⁴ Risiko- og stigmateteorien uddybes i 'Iagttagelsesprogram'.

som en definitionskraft, der regulerer, hvad det er muligt at tænke og gøre i et givet samfund (Villadsen, 2006: 97). I relation til dette speciale kan magt forstås som bestemmende for, hvilke kategorier der anskues som sande, gyldige og mulige i relationen.

Foucault skelner mellem *udsagn*, *diskurs* og *diskursformation*, som tilsammen udgør grundlaget for diskursanalysen. Udsagnet er diskursens mindste enhed, diskursen er den endelige, afgrænsede mængde af mundtligt eller skriftligt formulerede udsagn og "diskursformationen et spredningssystem for udsagn" (Andersen, 1999: 40) – dvs. en regularitet i spredningen af udsagn (Andersen, 1999: 40). Denne regularitet i spredningen er samtidig diskursanalysens ledeforskel i den iagttagelsesoperation, der leder mit analytiske blik. Det vil sige, at udsagnene er diskursanalytikerens genstand i diskursanalysen, og at jeg som analytiker er medkonstruerende for regulariteten i spredningen – altså diskursformationen (Andersen, 1999: 41).

Udsagnet

Et eksempel på et udsagn fra empiren er: "*Du har en skærm, og du har en måler og du har en dagsorden, hvis man følger den. Udstyret stiller krav til mig om, at jeg skal leve sundt, og det viser både de gode og de dårlige sider: Du har ikke reguleret dit sukker, men du har et velreguleret blodtryk, så nu skal jeg blot fokusere på mit blodsukker*" (Bilag (fremover B) 2, Display (fremover D) 5). Ifølge Foucault er udsagnet først et udsagn, når det hævder en gyldighed for det fænomen, som det omtaler. Denne gyldighed for et udsagn i diskursanalysen er kendetegnet ved, at udsagnet konstruerer et *objekt*, etablerer mulige *udsagnspositioner* og indgår i et *begrebsnetværk* (Villadsen, 2006: 94). Derudover kan udsagnet indtræde i en *strategi*, hvori det er integreret i en materialitet, som er med til at give udsagnet dets status og vægt (Andersen, 1999: 44). Det førnævnte udsagn får en gyldighed, idet udsagnet konstruerer kroppen som et objekt, der indeholder en række egenskaber, som kan kvantificeres, og som der kan handles målstyrende på. Det er i udsagnet eksplicit patienten der taler, men også tallene og udstyret får taleret, der etablerer normer for gode og dårlige handlinger. Kroppen bliver en del af et større begrebsnetværk, hvor gode og dårlige handlinger kommer til at trække på et hav af andre kategorier som fx god livstil, sund kost, sukkersyge, medicin, selvbeherskelse samt god regulering og diabeteskontrol. Derudover optræder udsagnet i et interview under brug af hjemmemonitorering, og indgår dermed i en bestemt strategi, hvori objektet samt udsagnspositionerne og begrebsnetværket gives styrke i sin relation til andre udsagn i diskursen. Det vil sige, at udsagnene skal analyseres ud fra den måde, de træder frem, de skal beskrives og deres relationer fremlægges, for at regulariteten i spredningen kan afdækkes (Andersen, 1999: 43-44).

Konstruktion af empiri

Med udgangspunkt i et Foucault-inspireret blik på styringsteknologier tager empirien ikke sit udgangspunkt i de store idéhistoriske værker, men består snarere af udsagn, som i højere grad beskæftiger sig med praksisnære, hverdagsagtige problemstillinger og overvejelser i casen (Villadsen, 2006: 95). Indledningsvist har jeg taget udgangspunkt i projektets formelle modelbeskrivelse (Telemedicinsk infopjece). Med den indledende empiriske viden i bagagen har jeg udført otte interviews med patienter, der enten har brugt eller bruger hjemmemonitorering. Min interesse er den styring og socialitet, som formes i relationen mellem patient og teknologi. Jeg har derfor fokuseret på patienternes oplevelser af teknologiens intervention i hverdagen og valgt interviewet som metode til empiriindsamling.

Om interviewet

Et interview er i sig selv en meningsproducerende social situation, hvor interviewer og informant forhandler roller, forventninger og definitioner (Järvinen, 2000: 371).

I tråd med det konstruktivistiske udgangspunkt er det ikke specialets ambition at afdække patientens forhold til undersøgelseskategorierne som et særligt socialt fænomen; mit sigte med specialet er at undersøge under hvilke former, situationer og betingelser undersøgelseskategorierne fremstår med en særlig meningsfuldhed for såvel patient som teknologi (Järvinen, 2005: 30). Empirien udgør ikke en objektiv genspejling af virkeligheden, og både valget af empiriske kilder såvel som de kategorier jeg spørger ind til kunne have været anderledes. Overføres dette til interviewet som metode til dataindsamling må jeg forholde mig bevidst til det som min 2. ordens iagttagelse af informantens 1. ordens iagttagelse af hjemmemonitorering. Min 2. ordens iagttagelse er i sig selv en 1. ordens iagttagelse, hvis kontingens kunne gøres til genstand for en ny 2. ordens iagttagelse (La Cour, Knudsen & Thygesen, 2005:11). Forstås interviewet som produktion af mening, må jeg derfor tage højde for, at enhver meningsproduktion er en tilskrivning af mening.

Jeg har lavet semistrukturerede interviews, som giver mig mulighed for at styre interviewet efter nogle overordnede temaer, men som samtidig giver rum til, at informantens egne iagttagelser kan være styrende inden for hver af de teoretiske kategorier, interviewguiden er udformet efter (Andersen, 2002). Denne form er valgt, da den forener en bevidst tilgang til de forventninger og den teoretiske bagage, som jeg ikke kan undgå at bære med mig ind til interviewet med en tolerance over for det uventede og den partikulære kompleksitet, der kan ligge i de forskellige patienters iagttagelser (Järvinen, 2005: 45). De otte patientinterviews

fandt sted i patientens hjem, hvor hjemmemonitoreringen foregår, da det gør det nemmere at tale om teknologiens tekniske anordninger, når man sidder foran dem.

Selektion af informanter

De otte informanter, der indgår i nærværende speciale er udvalgt ud fra fem kriterier:

- Aldersspredning.
- Spredning i køn og socialgrupper.
- Repræsentation af fysisk immobile såvel som mobile patienter.
- Repræsentation af patienter med let demens såvel som patienter uden demensproblemer.
- Repræsentation af patienter, som har givet op på hjemmemonitorering såvel som patienter, der ytrer sig positivt om hjemmemonitorering.

Kriterierne er sammensat for at undersøge, hvordan selvstyringen tager sig ud inden for en gruppe patienter, der internt kan have forskellige udgangspunkter for teknologisk forståelse, motivationsevne, medlemsskaber m.m. Disse kriterier er afgørende for, hvad jeg som analytiker får øje på, og hvad jeg ikke ser (Holstein & Gubrium, 1995). Det var eksempelvis intentionen at inkludere en eller flere patienter med et misbrug (alkohol, narkotika osv.), men ingen af de kontaktede patienterne ønskede at deltage. Det betyder, at der er en del af den mangfoldige gruppe, der rammes af diabetes 2, som specialets konklusioner må tage forbehold over for. Der er desuden en markant overvægt af patienter, der i forskellig grad stiller sig positive over for hjemmemonitorering. Det er et bevidst valg, da det er intentionen at vise, hvordan relationen mellem patient og teknologi former variationer af selvstyring. I samarbejde med hospitalet har jeg på baggrund af kriterierne udvalgt en selektion af patienter. Jeg har sendt et brev til patienterne, men afsendelsen af brevet er foretaget af hospitalet. Dermed placerer jeg mig i en mellemposition mellem hospitalet og civilsamfundet. At brevet kommer fra hospitalet kan have en betydning for, hvorvidt patienterne har ønsket at deltage eller ej. Samtidigt præsenterer jeg mig i brevet som en universitetsstuderende, der ikke er tilknyttet hospitalet. Dette gøres ud fra en forventning om at patienterne ikke vil forvente, at jeg har samme forforståelse for og tilgang til hjemmemonitorering som det sundhedsprofessionelle personale. Jeg er en udefrakommende, der derfor kan tilgives en vis uvidenhed over for diabetes og hjemmemonitorering, hvilket kan give mulighed for, at patienterne vil give detaljerede beskrivelser (Holstein & Gubrium, 1995). Jeg har ikke fået udleveret nogen kontaktoplysninger uden patienternes samtykke.

Her følger en kort præsentation af de otte interviewede diabetes 2-patienter:⁵

- Simon: Mand, 41 år, lagermedarbejder.
- Trine: Kvinde 49 år, skoleleder.
- Fatima: Kvinde 44 år, vuggestuepædagog.
- Allan: Mand, 44 år, arbejder i en pølsevognsgarage.
- Poul: Mand, 69 år, pensioneret postbud.
- Jesper: Mand 72 år, pensioneret revisor.
- Berit: 63 år, pensioneret rengøringsdame, stoppet med hjemmemonitorering efter en enkelt måneds brug.
- Ingrid: 57 år, invalidpensioneret sygehjælper, immobil, ordblind, lettere dement.

Interviewene giver ikke et repræsentativt helhedsbillede af selvstyring i relationen mellem patient og hjemmemonitorering i forhold til de 80 deltagende patienter (Modelbeskrivelse). Men de giver et dybdegående indblik i det partielle ledelsesrum hos otte patienter, som kan give værdifulde erfaringer om hjemmemonitorering som styringsteknologi.

Udformning af displays

Et display er en koncentreret fremstilling af data, som er systematiseret efter forskningsspørgsmål (Dahler-Larsen, 2010:192). Displayet fremstiller således data og den kategorisering data har været igennem (Dahler-Larsen, 2010: 193).

Udformningen af displays er bundet til tre regler:

Autencitetsreglen: Sammenfatning af data skal ske på basis af udsagnet i dets autentiske form, hvilket vil sige, at det skal fremstilles som det træder frem (Dahler-Larsen, 2010: 195). Denne regel understøttes gennem den diskursanalytiske metode, hvor udsagnet først bliver et relevant udsagn, når det fremlægges som det træder frem, og når det vises, hvordan det står i relation til andre lignende udsagn så det kan indgå i en regularitet. (Andersen, 1999: 43-44). Autencitetsreglen overholdes ved, at jeg dokumenterer mine analytiske pointer gennem citater.

Inklusionsreglen: Alle data som falder inden for en kategori skal inkluderes. På den måde fremvises afvigelser og anormaler opdages (Dahler-Larsen, 2010: 196). Den regel overholder jeg ved løbende at vise, hvordan kategoriserede udsagn kan stille sig med varierende betoning af relationen mellem patient og teknologi.

⁵ Informanterne er anonymiserede.

Transparensreglen: Det skal være overskueligt, hvordan displayet er udformet (Dahler-Larsen, 2010: 198). Jeg opstiller hvert display i en tabel med overskrifter i form af de kategorier, der indgår i analysen. Tabellerne er altså struktureret efter teoretisk funderede kategorier. Gennemgående er mine data inddelt efter koder, som bunder i forskningsspørgsmål og teser, der er udviklet på baggrund af teoretiske begreber og termer. Displayene indeholder en stor datamængde og de er, af hensyn til læsevenligheden, vedlagt som bilag, som jeg løbende henviser til (B 1; B 2).

I det følgende teoriafsnit beskriver jeg de perspektiver, som ligger bag de kategorier og begreber, som interviewguiden såvel som kodningen af data og udformningen af displays bunder i.

lagttagelsesprogram

I dette teoriafsnit vil jeg præsentere de teoretiske perspektiver. Jeg har allerede tyvstartet ved at behandle Michel Foucaults videnskæologiske diskursanalyse, hvis forskelsledende blik vil blive brugt gennem begge analyser i forhold til at konstruere regulariteten i empiriens udsagn. I det følgende præsenterer jeg, hvordan det etopolitiske perspektiv både favner biopolitiske og governmentale elementer i sit analytiske blik. Endelig bringer jeg Goffmans stigmabegreb i spil, som et supplerende perspektiv, der har blik for andre aspekter af patientens socialitet.

Etopolitik

Michel Foucault har formuleret tesen om, at vi i det vestlige samfund lever i en biopolitisk tidsalder (Lemke, 2009: 49). Politisk rationel styring er flyttet fra suverænenes magtudøvelse over undersåttens liv eller død til statens forvaltning og regulering af befolkningens sundhed og befolkningens livsytringer (Rose, 2001: 1; Dean, 2010: 118). Politik vender sig mod livsprocesser og administrationen deraf. Fænomener som demografi, befolkningens kvalitet, race, reproduktion, familieforhold, helbred og sygdom bliver biopolitikens genstandsfelt (Foucault, 2009 (b): 357). I kølvandet på denne forskydning af magten opstår en lang række ekspertfelter med dertilhørende ekspertviden fra læger og jordmødre til terapeuter og byplanlæggere samt nye teknikker til at beskrive livet som tabeller, statistik, evaluerings- og kvalitetsstandarder for blot at nævne et par stykker (Rose, 2001: 1; Dean 2006: 168-173; Lemke, 2009: 47-60). Alt sammen definerer og målsætter det optimale mellempunkt, normaliteten, og ud fra dette mellempunkt kan befolkningen inddeles i risikogrupper, der kan

administreres og neutraliseres, således at man undgår de uønskede farer, der kan opstå i forlængelse af befolkningens samliv (Foucault, 2009 (a): 38). Biopolitikens sigte er altså en regulering af befolkningens sikkerhed, hvor magt produceres og er producerende i en relation til viden om mennesket (Kristensen og Hermann, 2009: 805-806).

Nikolas Rose har med sit begreb etopolitik formuleret en videretænkning af biopolitik, som koncentrerer sig om de selvteknikker, mennesker bruger til at evaluere og forbedre sig selv (Lemke, 2009: 119). I denne analyse er det særligt hans arbejde med *risiko* og *optimeringsteknologi*, jeg bruger som en analysestrategisk ramme, der retter mit blik mod konstruktion af risici og somatiske individer (Rose, 2009; Rose, 2001). Moderne biopolitik er for Rose *molekylær politik*. I denne forståelse er kroppen ikke længere en organisk organisme forstået som et lukket system bestående af mindre delsystemer med hver deres funktionalitet, men er snarere en pluralitet af molekylært software, der kan aflæses og omskrives (Rose, 2001: 13; Rose, 2009: 41). Det er et radikalt nyt sprog om kroppen, der skal aflæses – et sprog den moderne medicinvidenskab har formet i koder, computersimulationer, matematiske modeller og tal, og som minder om det sprog, der ligger til grund for moderne informationsteknologi. Denne tilgang opsplitter kroppen i hændelsesforløb på et nyt og detaljeret niveau, der kan manipuleres og omformes (Rose, 2009: 41). Det er den moderne genvidenskab, der er Roses inspiration, men i dette projekt bruges teorien med et mindre bogstaveligt fokus på gener. I stedet er det blikket på kroppen som bestående af koder og kvantitative størrelser, der kan udtrykkes i modeller, manipuleres og omskrives, der er det centrale.

Somatiske individer

Hvordan er biopolitik blevet til etopolitik? De politiske ambitioner i anden halvdel af det 20. århundrede om en sund befolkning kommer i stigende grad til at gå hånd i hånd med subjektets personlige ambitioner (Rose, 2009: 36). Sundhedsbegrebet går fra at fokusere på at undgå sygdom og for tidlig død til at omhandle optimering af ens kropslighed. Dette inkluderer et bredere forstået velbefindende, der omfatter elementer som skønhed, succes, glæde, seksualitet m.m. (Rose, 2001: 17). Denne udvikling styrkes af, at markedskræfterne får et tiltagende bioøkonomisk sigte, der udmønter sig i optimeringsprodukter som vitaminpiller, sundhedsforsikringer, slankeprogrammer etc. (Rose, 2001: 18; Novas & Rose, 2000: 495; Hagel, 2009). Subjektets beslutninger bliver somatisk orienteret, dvs. at etiske valg og praksisser tager udgangspunkt i kroppen, en krop der bliver medie for optimering og eksperimenteren med ens selvbillede. For det enkelte subjekt betyder denne *somatiske*

individualitet at store som små beslutninger og hverdagsrutiner formes ud fra kropsorienterede risikokalkuler og mulighedsscenerier (Novas & Rose, 2000: 489; Novas, 2008: 139).

Der er både en generel medicinsk overvågning for at hindre sygdomme i at opstå på spil i samfundet, såvel som en tilskrivning af et individuelt ansvar for den enkeltes sundhed. Denne balance mellem stat og civilsamfund udmønter sig i en stat, der i højere grad påtager sig en rolle som facilitator frem for at agere hovedansvarlig for befolkningens sundhed (Rose, 1999; Rose, 2001: 11). Gennem strategier for sundhedsfremme, der i langt højere grad har fokus på risikabel praksis end på risikable individer og gennem et øget antal fællesskaber, organisationer, samt et tiltagende privat marked for private helbredsinitiativer lægges ansvaret for sundhed over på det enkelte individ. Det enkelte individ styres dermed på afstand, ved at der gives frihed til ansvar, en frihed, der eksempelvis normsættes ud fra utallige sundhedskampagner (Rose, 2001: 6; Rose, 1999). Det er denne styrede frihed, der er afgørende for etopolitikens tankesæt, hvor den enkelte hele tiden normsætter moral og det gode liv ved at selvjustere og optimere egen krop og derigennem egen biologiske fremtid og identitet (Rose, 2001: 18; Lemke, 2007: 119). Den traditionelle skillelinje mellem natur og kultur tilsløres altså i etopolitikken, hvor kroppen bliver en politisk arena.

Antropologen Paul Rabinow har i forlængelse af det etopolitiske perspektiv formuleret en tese om, at der i kølvandet på individets somatiske orientering opstår *biosocialitet* i form af etopolitiske fællesskaber (Rabinow, 1996; Rabinow, 2008). Patienter karakteriserer sig selv gennem risici, og kommunikationen mellem sociale agenter finder deres udgangspunkt i fælles artikulationer af risici (Rabinow, 1996: 100; Lemke, 2007: 114). Det er altså en viden om særlige fysiske egenskaber, som giver betydning til individernes forhold til sig selv, ligesindede, samt folk uden disse egenskaber. Når en relation samles omkring risici, kommer fællesskabet også til at disponere over en lang række vidensformer med dertil hørende eksperter som medicinske specialister, forskere, terapeuter osv. Det er eksperter, der hjælper dem med at forstå deres liv (Rabinow, 1996: 102).

Governmentality

Michel Foucaults begreb, *governmentality* bringes i spil af etopolitikens blik på styring af det enkelte individ gennem normsætning. Governmentality er betegnelsen for fremkomsten af en politisk rationalitet, hvor man optimerer befolkningen gennem dens styrede frie valg (Dean,

2006: 31). I kortere træk definerer Foucault governmentality som "the conduct of conduct", hvilket kan oversættes til styring af selvstyring (Foucault, 2008 (8): 206). Mitchell Dean har uddybet denne forholdsvis korte definition på begrebet og beskriver styring som enhver form for "*kalkuleret og rationel aktivitet*" (Dean, 2006:44), som gennem forskellige teknikker og vidensformer søger at forme aspekter ved vores adfærd ved at "*operere gennem vores ønsker, interesser og overbevisninger*" (Dean, 2006: 44) med bestemte normsæt og mål for øje (Dean, 2006: 43- 44). Det er en konsekvens deraf, at man ikke længere kan stole på at friheden er fri, men må se i øjnene, at den ligger i favntag med magten (Villadsen, 2007: 17). Det vil altså sige, at individer udstyres med frihed med henblik på, at de gør noget bestemt. Derudover beskæftiger en governmentalityanalyse sig også med normative spørgsmål (Dean, 2006:45). Styring kan ses som en moralsk aktivitet, hvor moral er forsøget på at tage ansvar for egne handlinger, eller en praksis, hvor individer gør egen adfærd til genstand for selvledelse. Styring som moralsk aktivitet søger altså at virke ind på den måde de styrede leder sig selv på (Dean, 2006:45).

Magt og styringsteknologi

I etopolitikken udspringer den governmentale styring af praksisregimer fra den moderne lægevidenskab, og den har derfra spredt sig til også at være et felt for en lang række professioner, der retter styring mod det levede liv (Rose, 2009: 57). Governmentality retter mit blik mod de teknologisk organiserede praksisser, som patienterne styres igennem og som patienterne styrer sig selv igennem (Dean, 2006: 15). Iboende i styringspraksisser eller magtteknologier ligger der en nytteorienteret rationalitet, hvor bestemte tekniske midler anvendes for at opnå bestemte mål eller værdier (Dean, 2006: 73). Magtteknologier "*er instrumenter man både kan styre med og iagttage med, idet de "synliggør og leder blikket mod bestemte objekter"*" (Villadsen, 2007: 28). Gennem magtteknologier formes nye styringsobjekter, der vil være genstand for viden, og der bliver dermed skabt en kobling mellem magtudøvelsen og viden (Villadsen, 2007: 21). Denne magtform produceres gennem praksisser og relationer frem for at finde sit udspring i en specifik position. Dette perspektiv åbner for analyser af, hvordan magtteknologien igennem objektivering og vidensdannelse om kroppen former og omformer patientens handlinger og selvforståelse.

Det enkelte individ gøres til genstand for sin egen styring gennem selvteknologier, som ofte igangsætter og bistår styring gennem brug af forskellige eksperter (Villadsen, 2007: 23). "*Selvteknologier er altså redskaber, som subjektet kan benytte til at isolere bestemte aspekter i sig selv som videns- og styringsobjekter*" (Villadsen, 2007: 30). Den

selvteknologiske analyse studerer de programmer, procedurer og instrumenter som individet kan benytte til at forme sig selv med. Det er vigtigt, at understrege, at de individer der formes i styringspraksisserne ikke må forveksles med virkelige subjekter. Frem for identiteter er der snarere tale om, at der skabes identifikationsmarkører og kapaciteter, som individet kan knytte an til (Dahlager, 2001: 95).

Styringsteknologier er ikke kun med til at forme handle- og talerum gennem en kobling af magt- og selvteknologier, men er også med til at forme selvets selvforhold (Dahlager, 2001:91). Selvforholdet spænder både over individets handlerum og selvforståelse. Styringsteknologiens formning af selvforholdet kan forstås sådan, at magtteknologier direkte former handlerum og sandheder, mens selvteknologier gennem en mere indirekte styring styrer på individets handlen i forhold til sig selv og på individers viden om sig selv (Dahlager, 2001:93). Styringsteknologien kan derigennem både adressere individet som objekt for handling og sandheder, men den kan også adressere individet som subjekt for handling og sandheder (Dahlager, 2001: 93). Desuden er det vigtigt i en analyse af styringsteknologier at holde for øje, at hvem der styrer og hvem der styres ikke er givet på forhånd, styring er derimod relationel (Dahlager, 2001:91). I forhold til styringsteknologien betyder det, at individet både formes af styringsteknologien, men også former styringsteknologien (Dahlager, 2001:94).

Biopolitik vs. Governmentality

Idet etopolitikken tager sit afsæt i biopolitikken, hvis sigte er befolkningens sikkerhed, men samtidig inkluderer governmentale styringspræmisses, som har styringen af befolkningens frihed for øje, skabes der umiddelbart et spændingsforhold mellem kollektive mål og liberalistiske frihedsperspektiver. Som analytiske perspektiver har begreberne forskellige udgangspunkter. Biopolitikken er et historisk fænomen, hvis opkomst Foucault daterer til 1700-tallet, mens han i højere grad studerer governmentality på tværs af historiske epoker (Dean, 2006: 197; Thorup Larsen, 2013: 4; Højlund & Villadsen, 2013: 4). Foucault har dog hverken ekspliciteret begrebernes forskellighed eller samhørighed (Thorup Larsen, 2013: 4). Der kan argumenteres for, at begreberne ikke er modpoler, men snarere udgør forskellige magtniveauer i samfundet. Niveauer der i empiriske sammenhænge kan komme til udtryk, som en sammenvævet rationalitet, hvor befolkningen som samlet socialitet adresseres, samtidig med at enkelte grupper eller individer styres til individuelle valg (Højlund & Villadsen, 2013: 4-5). Dette spændingsfelt sætter jeg med hjælp fra et etopolitisk perspektiv

på analytisk formel i *optimeringsteknologien* og herunder dens to optimeringsaspekter, *modtagelighed og forbedring* (Rose, 2009).

Optimeringsteknologier

Friheden til optimering af det biologiske liv styres i dette speciales blik gennem styringsteknologier, som i en etopolitisk ramme specifikt er optimeringsteknologier, der ifølge Rose: "*søger at omforme livets fremtid ved at handle i livets nutid*" (Rose, 2009: 45). Når jeg i analyserne i dette projekt behandler hjemmemonitorering som en teknologi, er det altså som mere end en bogstavelig betegnelse for teknisk udstyr. En optimeringsteknologi er en styreform, som ikke kun består af teknisk udstyr, men som også indoptager magtteknologier som målinger, grafer, dagsordner og videokonversationer. Den opererer med selvteknikker som kostplaner, motion og dagbog, sociale relationer mellem patient og sygeplejerske eller patient og udstyr, rumlige praksisser og ritualer (Rose, 2009: 44). Mere overodnet sagt er optimeringsteknologien en hybrid, som er struktureret af en bestemt politisk rationalitet og som styrer mod et på forhånd givet mål for kroppen, som i forbindelse med hjemmemonitorering består i at identificere og intervenere på risici. Teknologien konstituerer gennem sin målstyring bestemte vidensformer og kategorier som sande og skaber et net af gyldige forståelses- og handlerum (Rose, 2009: 44). Den har igennem brug af magtteknologier og selvteknologier et governmentalt sigte mod styring af individets selvstyring, men har samtidig et biopolitisk blik på optimering af befolkningen i dens normsætning af krop og livsstil (Rose, 2009; Højlund & Villadsen, 2013: 4-5). Det er som optimeringsteknologi, at jeg i dette projekt iagttager hjemmemonitorering.

Jeg vil følgende beskrive optimeringsaspekterne *modtagelighed* (Rose, 2009: 45) og *forbedring* (Rose, 2009: 47), som jeg bruger til at gå bag om den specifikke risikostyring som teknologien skaber.⁶ *Modtagelighed* beskriver de farer, der opstår i nutiden, når man identificerer lidelser, en person kan komme til at lide af i fremtiden. Dette perspektiv bringer, på baggrund af en videnskabelig forståelse af kroppens mekanismer, potentielle fremtider ind i nutiden og forsøger at gøre disse endnu ikke indtrufne begivenheder til genstand for beregning og til mål for forbedrende interventioner (Rose, 2009: 47). På den måde er modtagelighed styrende for både handlerum og selvforståelse hos de mennesker, der gennem teknologiens blik konstrueres som værende i risikogruppen. *Forbedring* har ligesom

⁶ Det må her bemærkes, at jeg løsner mig fra Rose's brug af *modtageligheds- og forbedrings-*dimensionen. Modtagelighed og forbedring er i hans optik knyttet til molekylær politik, som udpeger risici på genetisk niveau, og som gør det muligt at omforme kroppen på et organisk niveau, og dermed opererer på et mere radikalt biologisk niveau end det jeg empirisk behandler.

modtagelighed fremtiden for øje og sigter mod at forbedre livet gennem intervention.

Gennem forskellige governmentale selvforbedringspraksisser kan man intervenere på risikoen og udforme kroppen efter ønske (Rose, 2009: 48). Risici-scenarier fremskrives gennem modtagelighed, mens de gennem forbedring omskrives, således at den endnu ikke indtrufne hændelse ikke indtræffer.

Stigmateori

Undervejs i analysen undersøger jeg, hvordan patienten formes som afviger, men også former sig selv som afviger eller normal alt efter den sociale situation. Til dette perspektiv inddrager jeg Erving Goffmans begreb, *Stigma* (Goffman, 2009). Det betyder, at jeg løfter et traditionelt mikrosociologisk orienteret begreb ind i en Foucault-inspireret analysestrategi, der kombinerer en diskursanalyse med en teknologianalyse. Hvor Foucault tager udgangspunkt i de diskursive praksisser (Foucault, 1971), ligger Goffmans fokus på de situationelle praksisser i hverdags- og institutionsliv, med et særligt fokus på vaner og uskrevne hverdagsritualer (Goffman, 2009: 11, Kristiansen & Mortensen, 2005: 44). Begrebet supplerer analysen med et detaljeret teoriapparat til at forstå afvigerens socialitet, som hverken det etopolitiske eller governmentale perspektiv tilbyder. Samtidig tilbyder en styringsteknologianalyse et blik på de strukturer, der konstruerer rummet for inklusion og eksklusion, som stigmateoriens mikroorienterede blik ikke tilbyder (Goffman, 2009: 26).

Den stigmatiserede og den normale

Traditionelt har stigmabetegnelsen været brugt til at henvise til miskrediterende, legemlige tegn, som skulle afsløre den stigmatiseredes moralske status, mens det i moderne form i højere grad betegner en vanæret position (Goffman, 2009: 43).

Goffman bruger Stigmabegrebet til at undersøge, hvornår og hvordan man fremtræder stigmatiseret, dvs. som afviger, og herunder hvilke teknikker den stigmatiserede bruger til at håndtere sit stigma. Den sociale situation er underlagt normative forhåndsforestillinger om, hvem vi forventer at møde og hvilke egenskaber, man forventes at besidde. I tilfælde hvor en person besidder andre egenskaber end de egenskaber, der tilhører den forventede kategori, skiller personen sig ud. Er det oveni købet en mindre ønskværdig egenskab, miskrediteres personen og bliver bærer af et stigma (Goffman, 2009: 44). Vedkommende skiller sig så meget ud, at andre i situationen ikke kan se ud over den negative egenskab. Det kan være, at det bliver kaldt en brist, et handicap eller en sygdom. Stigmabetegnelsen er relationel, og

den egenskab der i én situation ville få en person til at fremstå miskrediteret, kan i en anden situation tjene til at bekræfte ens normalitet (Goffman, 2009: 45). Den normale er den, der ikke skiller sig negativt ud, dvs. at man ikke afviger fra de forventninger, der gælder i situationen (Goffman, 2009: 46). På den måde indfører stigmabegrebet som analytisk blik altså en sondring mellem den stigmatiserede og den normale.

På trods af at den stigmatiserede ser sig selv som normal, vil han kunne fornemme på de andres reaktion, at samfundet ikke accepterer ham på lige fod med de andre. Denne følelse af anderledeshed kan føre til en øget sensitivitet hos den stigmatiserede over for den egenskab, som andre betragter som hans svaghed (Goffman, 2009: 48). Det kan momentant føre til skam over den negative egenskab og forekommer den skamfølelse ofte nok, vil den stigmatiserede internalisere de andres blik på sig selv. Dermed rystes den stigmatiseredes selvbillede af sig selv som normal, og måske vil den stigmatiserede ligefrem mene, at det omgivende samfunds reaktion på anormaliteten er retfærdig (Goffman, 2009: 48).

Ambivalens

Den stigmatiseredes oplevelse af ambivalensen kan komme til udtryk i en skiftende positionering mellem forskellige identifikationsmuligheder og handlerum (Goffman, 2009: 148). Inden for ens egen gruppe stratificerer man mellem normale og anormale. For eksempel kan en diabetes 2-patient, der tager tabletmedicin adskille sig selv fra en diabetes 2 patient, der er nødt til at injicere insulin og derved sætte en normativ grænse for anormalitet inden for sin egen gruppe (Goffman, 2009: 77). Jeget kan altså være splittet mellem normalitet og anormalitet og kan derved føle sig fanget i en identitetsambivalens, hvor man hverken føler, man tilhører sin egen gruppe eller de normales (Goffman, 2009: 148). Den stigmatiseredes ambivalente subjektoplevelse forstærkes af at vedkommende også sættes i et ambivalent forhold til samfundet. Man er underlagt et komplekst krav om balancegang af de grupper, man ikke tilhører. En balancegang som i høj grad formuleres af professionelle og professionelle institutioner. Man bliver rådet til at se sig selv fra de normales iagttagelsesposition. Man skal ikke skamme sig over stigmaet eller skjule det, man skal så vidt muligt gøre tingene og opfylde kravene som en normal (Goffman, 2009: 155). Den stigmatiserede skal acceptere sig selv som normal, samtidig med at han i selskab, hvor der både er stigmatiserede og normale skal afholde sig fra situationer, der vil afsløre hans anormalitet og begrænse de normale. Der er tale om en *skinaccept* fra de normales side, idet den stigmatiserede kun accepteres, så længe vedkommende ikke fremviser sin anormalitet. Det vil sige, den stigmatiserede er en *skinnormal*, når han mestrer ovenstående regel om

god tilpasning (Goffman, 2009: 161). Den stigmatiserede er dermed sat i en ambivalent situation i forhold til det samfund befolket af normale, som vedkommende bør ligestille sig selv med.

Hovedproblemet forholder sig altså på følgende måde: Den stigmatiserede præsenterer sig selv, som en der er som alle andre, og samtidig ser andre ham som en der skiller sig ud. Den stigmatiserede vil derfor lede efter en kode, der kan lede ham ud af det dilemma (Goffman, 2009: 152). Hvorvidt et stigma træder frem i en social situation vil afhænge af, hvor god den stigmatiserede er til at aflæse de forventninger, der er indlejret i situationen og dermed styre den information, den stigmatiserede giver om sig selv. Ofte har den stigmatiserede en skarp årvågenhed overfor situationelle spil og de kontingente logikker for accept og eksklusion, som disse indeholder (Goffman, 2009: 48). Oftest er det centrale mål for den stigmatiserede, at opnå accept fra de normale, således at stigmaet ikke ses og at vedkommende kan glide hen i det ubemærkede, dvs. *passere* (Goffman, 2009: 113) som en der er normal (Goffman, 2009: 50). Andre gange kan den stigmatiserede udnytte sin negative egenskab strategisk til enten at fremvise *god tilpasning* eller som begrundelse for et nederlag, der måske i virkeligheden bundede i noget andet. Dermed kan det blive en teknik til at dække over eller *sløre* (Goffman, 2009: 142) en anden negativ egenskab. (Goffman, 2009: 51)

Kapitel 3: Analyse

Dette analyseafsnit består af to analyser. Jeg laver først en indledende diskursanalyse, hvor jeg undersøger, hvordan diabetes 2 strukturerer hverdagen gennem tre kategorier, der virker ind på patienternes handle- og forståelsesrammer. Dernæst analyserer jeg, hvordan hjemmemonitorering som en optimeringsteknologi forhandler og forskyder de selvfølgelige kategorier, der præger diabetikerens hverdag (Rose, 2009). Dette er min hovedanalyse, som skal udfolde tesen: *Hjemmemonitorering er en teknologi, der udstyrer patienten med et præstationsevaluerende blik på kroppen.*

Analyse 1 - Hverdagen med diabetes 2

Jeg starter analysen med at undersøge diabetikerens oplevelse af hverdagen med diabetes 2 før brugen af hjemmemonitorering. Det gør jeg for at fremanalysere det net af handlings- og forståelsesrammer, som præger patienternes praksis (Dahlager, 2001). Disse rammer virker ind på hinanden og konstituerer bestemte selvfølgelige kategorier for, hvordan hverdagen med diabetes tager sig ud. Diabetikeren oplever, at hverdagen er præget af usikkerhed, stigmatisering og et blik på kroppen som målelig (Dean, 2006; Rose, 2009; Goffman, 2009). Målet med denne analyse er at besvare forskningsspørgsmål 1a: *Hvordan betinger diabetes 2 hverdagen for patienten?*

Med udgangspunkt i mit arkiv fremskriver jeg de regulariteter, som udsagnene sætter, og analysens ledeforskel er derfor regularitet/spredning af udsagn (Andersen, 1999: 40). lagttagelserne af kategorier er empirisk funderede, men udvælgelsen af dem understøttes af mit teoretiske udgangspunkt. Usikkerhedskategorien i forhold til patientens sygdom er etopolitisk og governmentalt (Rose, 2009; Dean, 2006) orienteret, sygdomsrollen som stigmatiseret er inspireret af Goffmans teoriapparat om afvigeren (2009). Kropskategorien underlægges overvejende et etopolitisk blik (Rose, 2009).

Da dette projekt er underlagt bestemte pladsmæssige rammer, har jeg i fremstillingen af diskursen begrænset mig til blot at fremhæve en selektion af udsagn, som kan beskrive de regulariteter jeg har fundet i arbejdet med analysen. Den diskursive formation vil jeg

fremskrive ved at beskrive, hvordan der inden for diskursen sættes en række underliggende skel, som er med til at forme netop denne diskurs.

Usikkerhed

I denne del af analysen behandler jeg, gennem et governmentalityperspektiv, hvordan patienterne oplever en usikkerhed om deres sygdom, som knytter sig til uklare kategorier (Villadsen, 2007; Dahlager, 2001; Svenningsen, 2004).

Simon: "Jeg har ikke haft symptomer på sukkersyge, som alle andre har haft med at være tørstig og lade vandet og ligge søvnløs og alt det der. (...) Jeg kan måske have gået med det i fem eller 10 år uden at have været opmærksom på det (...) Det er pissesvært. Jeg mærker det kun, når det går galt." (B 1, D 1)

Simon sætter i udsagnet ord på den usikkerhed diabetes 2 dagligt udsætter ham for. Han har, ligesom flere af de andre interviewede patienter, svært ved at mærke de symptomer, der kan være på sukkersyge (B 1, D 1). Det gør ham dels usikker på, hvor lang tid han har haft sukkersyge, men det gør ham også usikker på, hvornår det står så slemt til med hans sukkersyge, at det er skadeligt for hans krop. Han mærker kun svage symptomer som oppustethed, når hans tal er rigtigt højt, men han har fået at vide, at det kan være skadeligt for ham at gå rundt med et for højt sukkersygetal (B 1, D 1). På grund af den usikkerhed er hans handlerum i forhold til sin sukkersyge diffust, da hans krop ikke giver ham rettidige tegn at handle på. Han er udsat for en potentiel fare fra sin egen krop, som kun aktualiseres, når det er rigtigt slemt med sukkersygen, og det gør, at han har svært ved at kommunikere med sin krop om sukkersygens udvikling. De andre informanter understøtter denne følelse af usikkerhed eller manglende viden om kroppens signaler (B 1, D 1). I en governmental optik kan man sige, at der er fravær af en autoritet, der kan styre kommunikationen mellem krop og patient, og der er hverken en direkte styring eller en indirekte styring af selvstyringen på færde (Villadsen, 2007; Dahlager, 2001). Oplevelsen af usikkerhed over for den nære fremtid og et minimalt handlerum som følge deraf omhandler ikke kun symptomer, den relaterer sig også til diagnoser og følgesygdomme:

Fatima: "Nogen gange læser jeg, at jeg er 1'eren og nogen gange, at jeg er 2'eren. (...) Jeg tror selv jeg er 1'er. Blodsukkeret er ikke velreguleret, og man hører, at diabetes 2 skyldes

overvægt. Jeg har aldrig været overvægtig. Det er lidt mystisk (...) Det er stressende. Du ved ikke, hvornår du er rask og hvornår, du er syg. Det kan lige pludselig komme.” (B 1, D 1)

Fatimas ovenstående udsagn udtrykker ikke kun det samme usikkerhedsprægede handlerum i forhold til symptomer som Simon beskriver, hun sætter også ord på en grundlæggende usikkerhed angående sin egen diagnose. Hun oplever ikke at få en præcis diagnose, og hun er derfor nødsaget til selv at ræsonnere sig frem til, hvilken diabetesgruppe hun tilhører. Det stresser hende at være usikker på sin egen patientkategori, og det opstiller dels barrierer for hendes muligheder for at handle med følelsen af sikkerhed på sygdommen, men også for at sætte ord på sin egen patientrolle. Den sygdomskategorisering, som i et governmentalityperspektiv vil være styrende for patientens handlerum og selvforståelse er fraværende, og i kraft af, at patienten ikke er udstyret med viden om egen sygdomskategori, er der ingen mulighed for at vende usikkerhed til sikkerhed (Villadsen, 2007; Svenningsen, 2004).

Ingrid: ”Lige pludselig, så er den der, så begynder jeg at græde og bliver sådan rigtig ulykkelig. (...) Jeg har altid fået at vide, at jeg var en stærk person, så derfor reagerede jeg ret voldsomt på, at jeg skulle være psykisk syg.” (B 1, D 1)

Ingrid oplever en meget markant reaktion på usikkerheden om sukkersygens symptomer, idet den viser sig som gråd og nedtrykthed. Hun mærker ligesom de andre ikke sukkersygen, før det er for sent. Når hun mister kontrollen og bryder ud i gråd, uden at hun som sådan er ked af det, oplever hun det som en voldsom og forvirrende reaktion. Hun bliver bange for, at hun er ved at blive psykisk syg, idet hun ræsonnerer sig frem til, at et pludseligt tab af kontrol kan være symptomer på psykisk sygdom. Frygten for en mental følgesygdom ryster hendes billede af sig selv som en stærk person. Hun tvivler på, om hun ud over sine somatiske problemer også har mentale problemer. Ingers situation sætter usikkerheden om egen identitet på spidsen, men flere af de andre interviewpersoner udtrykker også usikkerhed om følgesygdomme til diabetes 2 (B 1, D 1). Det er dog fortrinsvist somatiske følgesygdomme som grå stær og skinnebenssår. Usikkerheden næres altså yderligere af, at der er en oplevelse af overlappende sygdomskategorier. Ud over at handlerummet bliver diffust, påvirker den manglende styring altså også patientens selvforståelse i en negativ grad (Villadsen, 2007; Svenningsen, 2004).

Patienterne oplever at deres handlerum som en følge af forvirrende kategoriseringer af sygdom og symptomer er præget af usikkerhed. Der er ingen sikker viden, som patientens handlerum og selvforståelse kan formes igennem (Dahlager, 2001). De oplever altså diabetes 2 gennem forskellen usikkerhed/viden.

Stigmatisering

Ud over usikkerheden kæder Ingers udsagn ovenfor også begreber som kontrol og normalitet sammen med sukkersyge. Det uventede tab af kontrol får hende til at tvivle på egen normalitet. Det er generelt for alle otte patientinterviews, at informanterne forholder sig til diabetes 2 som en tilstand, der både af informanterne og af samfundet anskues som et udtryk for manglende kontrol (B 1, D 1) (Veiersted, 2009; Pedersen, 2005). Set på baggrund af et stigmaperspektiv iagttager diabetikerne diabetes 2 gennem forskellen stigma/normal. Til sondringen stigma/normal inddrager jeg Goffmans stigmabegreb til at analysere, hvordan den stigmatiserede diabetiker stemples med manglende selvkontrol som en negativ egenskab, der gør at vedkommende afviger fra den normale (Goffman, 2009: 46). I kraft af sit stigma udvikler patienterne en øget sensitivitet over for forhandlinger af normalitet (Goffman, 2009: 48). Forskellen mellem afvigelse og normalitet kommer til udtryk i tre forskellige forhold. Alle tre forhold er knyttet til manglende selvkontrol, som en brist patienterne stemples med og internaliserer som en del af deres selvforståelse: sociale sammenhænge, overvægt, samt injektioner (B 1, D 1) (Goffman, 2009: 48).

Stigma i sociale sammenhænge

Simon: *"Nu ved jeg, julemåneden kommer med familie og julefrokoster og nytårsaften, og jeg ved, at jeg skal holde diæten alle de andre dage for at kunne spise juleaften. Jeg hader det. (...) jeg kan godt lide at spise sundt, men nogle gange når man er ude, så skal man hele tiden trække håndbremsen og snuppe en danskvand frem for noget andet."* (B 1, D 1)

Simon beskriver, hvordan han i sociale sammenhænge skiller sig ud fra forventede handlemønstre, idet han, af hensyn til sit blodsukker, er nødt til at udvise tilbageholdenhed i juletiden, hvor fællesskabet er karakteriseret ved, at man giver køb på selvkontrollen. Hvis Simon skal kunne *passere* som normal, er han nødt til at forholde sig strategisk til sin egen diæt, sådan at han ikke afviger fra det forventede i den sociale situation gennem den negative egenskab mådehold (Goffman, 2009: 113). Med udgangspunkt i et fremtidsscenario om fed mad og et højt blodsukkertal som følge deraf, er han nødt til at lave 'damage control'

og spise ekstra sundt i dagene op til. Ud fra en stigmabetragtning er han som diabetiker nødt til på forhånd at være reflektiv i forhold til normalitet og unormalitet i den sociale situation for at kunne *passere* som normal i både egne og andres øjne (Goffman, 2009: 48, 113). Fordi han, ligesom de andre informanter, har levet en del af sit liv uden diabetes 2, installerer han også stigmaet på sig selv og ser det som unormalt mådehold, der hæmmer ham (Goffman, 2009: 48).

Overvægt som stigma

Simon er ikke ene om at iagttage sig selv som stigmatiseret. For alle interviewpersonerne gælder det, at de oplever, at diabetes 2 kommer som en følge af usund levevis med overvægt til følge:

Trine: "Jeg har en travl arbejdsdag med mange arbejdstimer. Det har ikke påvirket den, og jeg har ikke været syg, men det irriterer mig, at jeg hele tiden skal være opmærksom på det (sukkersygen). Og det hænger jo sammen med, at jeg er lidt overvægtig, og det vil jeg jo gerne styre lidt." (B 1, D 1)

Trines handlerum er præget af, at hun i en travl hverdag hele tiden må tage hensyn til sukkersygen, for det tager fokus fra hendes arbejde. Hun skal hele tiden være sikker på, at hun får spist korrekt, for ellers kan hun ikke passere som normal på lige vilkår med sine ansatte og medarbejdere. Det er i stigmaperspektivet en strategisk præmis for afvigeren at forsøge at undgå afsløring (Goffman, 2009: 113). Slår sukkersygen ud, fordi hun ikke får spist rigtigt, kan hendes afvigelse blive afsløret. Det problematiske er ikke så meget, at sukkersygen bliver afsløret, det problematiske er, at sukkersyge er et udtryk for overvægt og manglende selvkontrol (Veiersted, 2009; Goffman, 2009: 44). Der er en tydelig årsagskæde mellem overvægt og sukkersyge i interviewpersonernes iagttagelser. Ingrid udtrykker ræsonnementet meget tydeligt:

Ingrid: "Jeg har altid bevæget mig. Det var hårdt at stoppe fra den ene dag til den anden. Og så bliver man tyk. Og når man bliver tyk, får man sukkersyge." (B 1, D 1)

En voldsom arbejdsskade har gjort hende invalid, og hun har været nødt til at stoppe med at dyrke sport. Hun oplever det som en direkte følge, at hun bliver overvægtig, hvilket fører til sukkersyge. Ud fra et governmentalityperspektiv kan man sige, at hendes egen

selvforståelse og sandheden om årsagen til hendes stigma formes på baggrund af denne årsagssammenhæng (Villadsen, 2007: 30).

To af patienterne ser imidlertid ikke sig selv som overvægtige (B 1, D 1), men de føler sig alligevel af samfundet betragtet som bærere af dette stigma om overvægt (Goffman, 2009: 148). Det påvirker deres handlerum i en usikker retning og gør, at de føler sig fanget imellem to roller (Goffman, 2009: 148):

Fatima: "Blodsukkeret er ikke velreguleret, og man hører, at diabetes 2 skyldes overvægt. Jeg har aldrig været overvægtig. Det er lidt mystisk. (...) Det var som om de tænkte: "Er du sådan en som altid har spist usundt, og er det derfor, du har fået sukkersyge?" "Har du været fed, har du været dit og dat, ryger du, drikker du?" Jeg ryger ikke og jeg drikker ikke, men man bliver lidt dømt på forhånd." (B 1, D 1)

Fatima er ikke overvægtig og har aldrig været det, men hun oplever, at hun tillægges stigmatiserende negative egenskaber som dårlig selvkontrol af samfundet. Hendes handlerum i forhold til at udføre en troværdig selvfremstilling er derfor præget af, at hun hele tiden må bevise, at hun ikke er bærer af den overvægtiges dårlige egenskaber (Goffman, 2009: 44). Ud fra stigmatperspektivet kan man sige, at hun oplever en ambivalens mellem sit eget selvbillede som normalvægtig og samfundets billede af hende som afviger. Det efterlader Fatima med et diffust handlerum, hvor hun mangler en vej ud af ambivalensen (Goffman, 2009: 152).

Injektion som stigmatiserende

Stigmarollen som afviger fra det normale er også i høj grad bundet til rollen som afhængig af at intervenere på sin egen krop. I interviewene kommer det særligt til udtryk i form af injektioner. Hvis man er nødsaget til at stikke i sin egen krop foran andre, er det umuligt at passere som normal, hvad enten det er for at injicere insulin eller for at tappe en dråbe blod til at måle sit blodsukker (Goffman, 2009: 113). Allan giver nedenfor et eksempel:

Allan: "Jeg kan ikke lide at stikke mig, når der er andre. Så spørger de bare så meget, fordi man er svag." (B 1, D 1)

For at undgå at blive stemplet som en afviger, der er sygeliggjort som svag, styrer Allan den information han giver om sit stigma ved kun at stikke sig selv, når han er hjemme i sit eget,

intime rum (Veiersted, 2009). Som stigmatiseret er hans handlerum og selvforhold præget af forbehold for sociale situationer. Berit forklarer nedenfor, at der i deres hjem er en inddeling i offentlige og private rum, idet blottlægning af blod i forbindelse med diabetes 2 skal foregå i enerum på toilettet:

Berit: *"Det eneste jeg har herhjemme, det er, at jeg skal skrubbe derud på mit toilet og gøre det, for min mand kan ikke fordrage noget med blod."* (B 1, D 1)

Berits handlerum er præget af stigmainformation i forhold til ikke at gøre sin mand utilpas. Med stigmaperspektivet kan man sige, at hun skal leve op til stigmareglen om *god tilpasning*, idet hun ikke skal gøre den normale utilpas ved at fremvise blod, som i denne sammenhæng bliver et tegn på diabetes og svaghed (Goffman, 2009: 161). Ved at tilpasse sig, kan hun fremstå som en *skinnormal*, men det er stadigvæk et asymmetrisk socialt forhold, idet hun er fuldt ud bevidst om, at det er for at undgå en aktualisering af sin afvigelse over for den normale, at hun fortrækker til et privat rum (Goffman, 2009: 161). Denne stigmahåndtering kan kobles til en governmentalt perspektiv på adfærdsstyring, hvor hun styrer sig selv i forhold til sociale forventninger på baggrund af den ekspertviden, hun har om normalitet (Villadsen, 2007: 30).

Kroppen som målelig

Informanternes usikre forhold til sygdommens symptomer giver sig, som jeg har beskrevet ovenfor, udtryk i, at det er særdeles svært at aflæse kroppens kommunikation om symptomer, førend sygdomssymptomerne er meget markante. Det tyder på, at diabeteskroppen opleves som et afkoblet system, som patienten ikke kan kommunikere med. Jeg vil i det følgende ud fra et etopolitisk perspektiv forklare, hvordan blodsukkeret er centralt i patientens hverdag, da det opleves som den eneste stabile artikulation af kroppens tilstand (Rose, 2009). Blodsukkertallet bliver den eneste kilde til kommunikation mellem patient og krop:

Poul: *"Jeg havde en lidt uklar fornemmelse af uro i maven, men det er jo ikke ualmindeligt. (...) så gik jeg til læge, da jeg kom hjem, Og det viste sig, at jeg havde en sukkerprocent på 29."* (B 1, D 1)

Poul forklarer, hvordan hans fornemmelse for kroppens signaler, før han blev diagnosticeret, var meget vag og udefinerbar. Først da han går til lægen og får målt sit blodsukker, som viser sig at være meget højt, kan det siges med sikkerhed, at hans maveproblemer bundes i diabetes 2. I en etopolitisk optik kan man sige, at aflæsning af kroppen på baggrund af tal bliver udgangspunktet for patientens forståelse af sig selv som tilhørende en risikogruppe (Rose, 2001: 489). Det er desuden i en governmental optik en følge, at denne klassificering på baggrund af blodsukkeret, går igennem en magtteknologi, som former patientens selvforståelse og handlerum (Villadsen, 2007: 30, Dahlager, 2001: 95). Det er først idet blodsukkeret, via en måleenhed, indsættes som en kvantificerbar størrelse for kroppens tilstand, at diabetes 2 konstrueres som en sandhed om patienten (Dean, 2006: 44). Patienten går dermed fra at iagttage sig selv som rask til at se sig selv som syg. Når jeg benævner den syge krop som kvantificerbar, er det altså fordi, kroppen omsættes til målelige tal (Rose, 2009: 41). På den måde stilles det kvantificerbare i modsætning til en kvalitativ kropsfornemmelse, hvor kroppen netop ikke kan måles, men kun kan beskrives i form af en række fænomener, der ikke lader sig opdele i enheder. Den række af varierende, kvalitative symptomer, som patienterne benævner, fra oppustethed til svimmelhed, og fra følelsen af at "gå på vat" til følelsen af at "hjernen vrider sig", afvises som usikre (B 1, D 1). Da de også kan skyldes alt muligt andet, er de svære at aflæse som et direkte symptom. Dette blik på kroppen kan anskues som den molekylære krop i etopolitikken, der netop aflæses og artikuleres gennem en eller flere rationelle koder (Rose, 2009: 41).

Fatima: *"Kroppen er meget ustabil. Nogle gange er tallet meget højt, nogle gange rigtig højt."*
(B 1, D 1)

Fatima sætter tallets udvikling som et 1:1 udtryk for kroppens ustabilitet. Som det eneste stabile udtryk for kroppens tilstand udgør blodsukkeret en fast bestanddel af patienternes blik på sig selv som syge, også når de ikke måler sig. Selv når man ikke har vished for det præcise tal spekuleres der over det, idet patienten hele tiden må tage hensyn til livsstilens betydning for blodsukkeret. Den etopolitiske præmis om kroppen som udgangspunkt for formningen af hverdagsrutiner og risikokalkuler træder her frem (Novas & Rose, 2000: 489). Trine beskriver denne konstante spekulation over tallet på følgende måde:

Trine: *"Jamen det (blodsukkeret) har jeg forholdt mig til med skiftende betoning, siden jeg fik konstateret diabetes. Altså, det kunne godt være, jeg havde lyst til at spise en pose slik. Og bare det at sige: "Nå nej, det skal jeg jo ikke," det er jo også at forholde sig."* (B 1, D 1)

Alle de interviewede diabetikere har været vant til at få målt deres blodsukker hver 3. måned på hospitalet eller hos lægen og nogle også oftere. Johns og Ingers udsagn beskriver, hvordan blodsukkertallet bliver patienternes adgang til at konstruere en måleenhed for kroppens tilstand. Det målte tal giver en momentan viden om kroppens tilstand, men da blodsukkertallet ændrer sig løbende, er det som sagt kun en viden om kroppens tilstand på måletidspunktet. Hver gang man måler, aktualiseres kroppens tilstand som diabeteskrop på ny i form af et nyt tal.

I et stigmaperspektiv markeres patientens stigma gennem hver måling i form af blodsukkertallet, hvilket vil sige, at patienten markeres som syg, hver gang patienten måles (Goffman, 2009: 44). Hvis patienten ikke var syg, ville der ikke være grund til at måle. I en governmental optik skabes der for hver måling en momentan viden om kroppen, som giver midlertidigt rum for selvledelse og normsætning af kroppen. Som magtteknologi installerer blodsuktermålingen et rationelt mål for kroppen (Villadsen, 2007: 30; Dean, 2006: 73). Kroppen gøres i en diabetes 2-sammenhæng kvantificerbar og aflæselig gennem blodsukkertallet, og informanterne iagttager på den måde deres krops tilstand gennem forskellen kvantificerbar/ustabil. Indlejret i den forskel ligger der, som nævnt, en markering af, at det målte individ afviger fra det normale, men der ligger også en klar betoning af, at der er gode og dårlige tal. Gennem blodsuktermålingerne installerer patienten et blik på egen krop, hvor viden går igennem en rationalisering af kroppens kommunikation (Rose, 2009: 41; Dean, 2006: 73).

Konklusion på analyse 1

På baggrund af analyse 1 kan jeg svare på forskningsspørgsmål 1 a: *Hvordan betinger diabetes 2 hverdagen for patienten?*

De adspurgte diabetes 2-patienters oplevelse af sygdommen er særligt karakteriseret af tre forhold, som virker ind på deres selvforhold: usikkerhed, stigmatisering og kroppen som kvantificerbar. Det kan opsummeres i dette skema:

Kategorier	Sygdom (usikkerhed/viden)	Stigma (stigma/normal)	Kvantificerbar krop (kvantificerbar/ustabil)
-------------------	------------------------------	---------------------------	---

Handlerum	Uklare kategorier for symptomer: diffust	Afvigelse: sensitivitet over for	Momentan viden om kroppen
------------------	---	-------------------------------------	------------------------------

	handlerum	forventninger i sociale situationer	
Selvforståelse	Diffus patient-kategorisering	Afviger	Diffus kropsforståelse

Patienternes handlerum i forhold til sygdommen er præget af en usikkerhed over for symptomer og følgesygdomme, hvilket gør det svært for dem at opdage kroppens signaler på, at deres diabetes er dårligt reguleret, før den slår ud i ubehagelige, fysiske reaktioner. Som diabetes 2-patienter oplever de desuden at føle sig stigmatiserede både i sociale situationer og i forhold til deres selvforhold (Goffman, 2009: 44). De er således tvunget til at forholde sig strategisk til den information, de giver om deres stigma, for at kunne skjule deres afvigelse og blive iagttaget af samfundet som normale (Goffman, 2009: 113). Den ustabile kropstilstand hos diabetikeren kan kun indfanges gennem blodsukkertallet. Hver gang det måles, får patienten en momentan viden om kroppens tilstand i form af et tal, der enten er godt eller dårligt (Novas & Rose, 2000: 489). I et governmentalt perspektiv er både sygdomskategorien og kropskategorien præget af et overvejende fravær af viden og derfor også af styring (Villadsen, 2007: 28). Der åbnes kun et momentant rum for handlinger, idet patientens krop artikuleres gennem tal (Rose, 2009: 45). Patientens stigmahåndtering er til gengæld defineret gennem en ekspertviden om forventninger til normal ageren i sociale situationer, og gennem en række selvteknikker forsøger den stigmatiserede at lede sig til at fremstå normal (Goffman, 2009: 152). Denne selvledelse hæmmes dog af usikkerheden om sygdom og manglende viden om kroppens tilstand.

Analyse 2 – Optimeringsteknologiens intervention

I analyse 1 har jeg karakteriseret de adspurgtes hverdag med diabetes 2 før de er begyndt at bruge hjemmemonitorering. Nu vender jeg blikket mod hjemmemonitorering som en optimeringsteknologi, der gennem en række teknikker former patienten til dannelse af ekspertviden om diabetes 2 (Rose, 2009: 45). Dette sætter patientens handlerum og selvforståelse i forhold til de tre beskrevne forhold i et nyt lys. Rose's etopolitiske risikodimensioner, *modtagelighed* og *forbedring*, styrer mit blik i analysen af, hvordan teknologien løbende konstruerer en patientrolle med et risikokalkulerende handlerum (Rose, 2009: 45-47). Jeg henter altså mine primære analytiske greb i etopolitikken, men supplerer med teoretiske greb fra governmentalityteori og stigmateori.

Delanalyse 2 arbejder videre med hverdagsdiskursens selvfølgelige kategorier, da den undersøger, hvordan de igennem optimeringsteknologiens kombination af magt- og selvteknikker forskydes og betones på nye måder, som virker ind på patientens handlerum og selvforståelse. De forskellige teknikker gennemgås ikke enkeltvis, men i stedet analyserer jeg på tværs af dem ved hjælp af de to etopolitiske risikodimensioner *modtagelighed* og *forbedring* (Rose, 2009: 45-47). Overordnet sætter jeg hjemmemonitoreringspraksisser som den analytiske genstand. Analysen er delt op i fem dele. I del 1 undersøger jeg, hvordan hjemmemonitorering som en optimeringsteknologi konstruerer patienten og sygdommen igennem et talfokuseret blik (Rose, 2009: 41).

Del 2 fremanalyserer, hvordan teknologien skaber *modtagelighed* over for potentielle risici (Rose, 2009: 45). På baggrund af del 1 og del 2 svarer jeg på forskningsspørgsmål 2 a: *Hvordan konstruerer teknologien den diabetesramtes krop som en kvantificerbar størrelse, der fremviser risici?*

I del 3 iagttager jeg, hvordan det bliver gjort muligt for patienten at omskrive risikofyldte fremtidsscenarier gennem ekspertviden om kausale sammenhænge (Novas, 2008: 139, Rose, 2009: 46). Derigennem søger jeg at svare på forskningsspørgsmål 2 b: *Hvordan installerer teknologien målstyrende årsagsforklaringer mellem tal og handlinger?*

I del 4 svarer jeg på forskningsspørgsmål 3 c: *Hvordan former teknologien patientens selvforståelse?* Den styrer til ansvar, konkurrence, dårlig samvittighed og fællesskab (Dahlager, 2001: 93; Rabinow, 1996; Novas & Rose, 2000: 489).

I analysens sidste del, del 5, sammenfører jeg resultaterne fra analysens fire foregående dele i en udfoldelse af tesen: *Hjemmemonitorering er en teknologi, der udstyrer patienten med et præstationsevaluerende blik på kroppen*. Del 5 fremanalyserer derudover nogle afledte effekter af teknologiens intervention, som gør, at jeg kan konkludere, at optimeringsrationaliteten former patienterne i en grad, hvor det peger ud over regulering af diabetes 2.

Del 1 – Styring af kroppen

Jeg starter med at indkredse teknologiens blik, dvs. hvordan patienten træder frem igennem teknologien, og hvilken taleposition den giver kroppen. Del 1 hedder 'Styring af kroppen', idet den gennem et etopolitisk perspektiv fokuserer på, hvordan kroppen defineres (Rose, 2001: 13; Rose, 2009: 41).

Konstruktion af somatiske individer

Mig: *"Kan hun sidde og se dine tal imens?"*(videosamtaler)

Simon: *"Ja."*

Mig: *"Hvad snakker I så om?"*

Simon: *"Hvordan de har udviklet sig. Alt bliver overført elektronisk til deres database så snart jeg har sendt det. Og det vil så igen sige, at de første 6 uger, da havde de ikke noget data på mig. Det kunne de jo ikke forstå, men jeg havde jo ikke noget internet. Det var sådan lidt demoraliserende."* (B 2, D 2)

I starten af hjemmemonitoreringsforløbet har Simon gentagende problemer med udstyrets netforbindelse, som til hans irritation ikke virker. Det har den konsekvens, at Simon ikke måler blodsukker, blodtryk og vægt. Dermed får teknologien ingen input i form af tal, hvilket gør at sygeplejersken til den månedlige videosamtale ingen data har på Simon. Og uden data er der ingen dialog om sygdommen. Teknologiens inklusions- og eksklusionssondring bunder i data, for uden målinger er anknytning til teknologiens talkommunikation ikke mulig. I en etopolitisk optik er man som individ kun synlig for teknologien gennem en praksis, der tager udgangspunkt i kroppen og som iagttager risiko på baggrund af rationaliserede enheder (Rose, 2001: 13; Rose, 2009: 41). Kroppen positioneres dermed som styringsobjekt (Villadsen, 2007: 21). Talkommunikationen som grundpræmis gør sig gældende på begge sider af teknologien, idet det både er patienten, der konstrueres som relevant for teknologien gennem målinger, og sygeplejersken, der konstrueres som relevant dialogpartner for patienten, når der er tal at kommunikere om (Karlsen & Villadsen, 2007). Giver man teknologien målte tal, opstår der en specifik kommunikation om diabetes 2, der definerer patientens praksis som risikabel gennem kvantificerede størrelser for kroppen (Rose, 2009: 45). Teknologiens iagttagelsesledende forskel er i dette blik risikabel praksis/ikke-risikabel praksis (Rose, 2009: 45).

Den månedlige videosamtale understøtter talkommunikationen. I et governmentalt perspektiv er det mere specifikt en dialogteknik, hvor en sygeplejerske på forebyggelsescenteret tager udgangspunkt i patientens tal med henblik på at styre patienten i en retning, hvor tallene kan forbedres (Karlsen & Villadsen, 2007; Dahlager, 2001).

Jesper: *"Der bliver ikke talt om så meget andet end tal. Og hvordan det påvirker kost og rygning og den slags."* (B 2, D 2)

Trine: "Man taler om tallene. Og derfra taler man så lidt om forebyggelse, hvad det gør ved en og de forskellige sukre. Hvad gør man? Hvordan regulerer man det? Hvordan kan man motivere sig selv til rygestop og motion." (B 2, D 2)

Jesper og Trines udsagn er eksempler på regulariteten i udsagnene, hvor kommunikationen forholder sig til tal som det udtryk for kroppen, der kan interveneres på. Med governmentalityteorien vil det sige, at interventionen styrer patienter til aktiv selvstyring af tallene igennem forskellige selvteknikker som motion, kostplaner og rygestop (Dahlager, 2001: 100; Pedersen, 2009). Det er alle selvteknikker, der har kroppen som fokus, og hvor resultater kan aflæses på forskellige parametre. Men hos diabetes 2-patienten er det specifikt blodsukkertal, blodtryk og vægt, der definerer om patientens tilstand bliver mere velreguleret. Det understreger altså Roses pointe om den molekylære kropspolitik, hvor subjektets fremtræden orienteres efter en talkode for kroppen, der kan aflæses (Rose, 2009). Igennem disse koder konstrueres patienten som modtagelig for risikable fremtidsscenerier (Rose, 2009: 45). Fremtidssceneriet, som bliver til en fare i nutiden, er dårlige tal. Eksempelvis vil rygning i optimeringsteknologien give sig udtryk i dårlige tal. For patienten kunne man forestille sig, at det også kunne give sig udtryk i et dårligt kondital, i form af kosmetiske og sociale problemstillinger som dårlige ånde eller i værste fald i form af kræft. Det er imidlertid ikke nogle af de fremtidige farer, der emergerer i optimeringsteknologiens blik. Det kan sagtens tænkes, at dårlige tal sættes i relation til de oven for nævnte problemer i en lang række sociale situationer, men i teknologiens blik er den fare, som patienten gøres til modtagelig over for i den nære fremtid stigende tal. I en Rose-optik betyder det, at patienten subjektiveres som et risikabelt individ, der må positionere sit eget handlerum på baggrund af den somatiske tilstand tallene sætter (Novas & Rose, 2000: 489; Novas, 2008: 139).

Del 2 – Styring til betoning af den potentielle krop

Titlen henviser til, hvordan teknologien i et etopolitisk perspektiv skaber risikable fremtidsscenerier for kroppen. Jeg fokuserer altså på fremskrivning af potentielle risici for kroppen i nutiden dvs. konstruktionen af patienten som *modtagelig* (Rose, 2009: 47). Efter delanalyse 2 svarer jeg på forskningsspørgsmål 2a: *Hvordan konstruerer teknologien den diabetesramtes krop som en kvantificerbar størrelse, der fremviser risici?*

Målstyring

Målingerne sættes i system gennem to teknikker, der har til hensigt at styre på patientens tid. Det drejer sig dels om opgavefunktionen 'gøremål' og om en kalenderfunktion. 'Gøremål' fortæller patienten, at man skal måle blodsukker morgen og aften samt blodtryk og vægt en gang om ugen. Teknikken konstruerer dermed et ritualiseret forløb for ugen, som kontinuerligt skaber anknytning mellem patient og teknologi. Som en del af optimeringsteknologien sætter funktionen en ramme for nytteorientering om kroppen, som patienten kan lede sig selv igennem (Rose, 2009: 44). Poul forklarer sit morgenritual på følgende måde:

Poul: "Jamen, jeg starter med at gå ind og tage blodsukkeret. Før jeg overhovedet har gjort noget andet. Før jeg har været på toilettet og har vasket og barberet mig. Altid gå ind og tage blodsukkeret først. (...) Og det kan også være den er for høj, men så har jeg muligheden for på apparatet at taste ind, at det er efter måltidet, så hvis jeg har indtaget mit måltid, så skriver jeg bare efter. Så beregner den selv ud fra det tal, om den skal være lav eller høj."(B 2, D 2)

Hver dag er det første Poul gør at afstemme kroppen ved at måle blodsukkeret. På den måde stempler han ind som patient, og han justerer efterfølgende sit morgenritual på baggrund af den viden om sin krop, som han får gennem blodsukkertallet. Tallet giver ham dermed en forudsætning for at kunne handle som insulinpatient. Anskuet som en governmental magtteknologi dikterer 'gøremål' daglige og ugentlige målinger (Villadsen, 2007: 28). Johns kropstilstand træder frem på skærmen som et tal, og hver måling installerer modtagelighed over for dårlige tal, for det næste tal kan meget vel tage sig anderledes ud. Man kan beskrive dette ritual som en gensidig funktion, hvor der skabes modtagelighed for risici hos patienten gennem målinger (Rose, 2009: 47). Samtidigt får teknologien først sin værdi af patienten, når patienten gennem målinger konstruerer dens blik som relevant. Teknologien har på den måde også brug for at blive reaktualiseret dagligt. Inden for denne relationelle socialitet mellem teknologi og patient er der på den måde styring på begge sider af relationen (Dahlager, 2001:94). I en etopolitisk optik etablerer ritualerne et rum for somatisk orienterede beslutninger. Det vil sige, at patientens daglige praksis og valg tager udgangspunkt i kroppen på baggrund af risikokalkuler (Novas & Rose, 2000: 489). Kalkuler patienten kun kan foretage, fordi vedkommende er gjort modtagelig for risici. Når risikoen er forstået som potentielle farer, skaber det et målstyret handlerum, hvor der styres efter det

endemål, der hedder gode tal. Optimeringsteknologien er dermed både norm- og målstyrende (Rose, 2001: 18; Lemke, 2007: 119). Normstyringen vender jeg tilbage til.

Kalenderen skaber en anden form for ritualisering. Ved at etablere aftaler sætter den tidsrammerne for hjemmemonitoreringsforløbet:

Simon: *"Kalender'. Det er alle mine aftaler med forebyggelsescenteret og det afsluttende besøg på Bispebjerg hospital og med Christina, en af de sygeplejersker, der har med det at gøre."* (B 2, D 2)

Der indsættes her en styring på Simons disponering i hverdagen, en styring der, ligesom målingerne, inkluderer patienten og gør patienten aktiv i relationen. Den varsler en social situation i den nære fremtid, hvor tallene skal vendes. På den måde er kalenderen forventningsskabende og tidsstyrende på relationen mellem patient og teknologi. I en governmental henseende former teknologien et handlerum, hvor målinger og aftaler gøres til en del af hverdagen praksis og beslutningsrum (Dahlager, 2001:93).

Stigmatisering gennem eksklusion

Den inklusionssondring og markering af modtagelighed, som teknologien foretager gennem målinger, illustreres endnu tydeligere ved at kigge på de ekskluderede igennem en stigmaoptik (Goffman, 2009). Ud af de otte interviewede patienter er der to som ekskluderes i forhold til teknologiens blik, fordi de af forskellige grunde ikke knytter an til teknologiens talkommunikation og krav om hyppige målinger. Denne eksklusion fører til skam og har konsekvenser for deres selvforhold (Goffman, 2009: 48).

Berit knytter ikke an til teknologiens krav om hyppige målinger. Hun har intet erfaringsgrundlag med brug af computere, og hun føler, at hun ikke ved, hvordan man bruger en computer:

Berit: *"Uh, nej, det duer du nok ikke til. Det har du aldrig lært." Så det holder jeg mig fra. (...) Jamen, altså det skulle virke sådan, at når jeg har taget den (en måling), så skal jeg sætte et kabel i, og så skulle det komme ind på skærmen. Det gjorde det bare ikke hver gang. (...) Jeg mener, man skal bruge noget mere tid på oplæring. Ellers også er det bare mig, der ikke forstår det. Jeg ved godt, jeg nok er en af de få, der ikke bruger EDB-udstyr."* (B 2, D 2)

Berit har prøvet, men hun kan ikke få teknologien til at indlæse sine målinger. Hun har haft en løbende korrespondance med hospitalet og den serviceenhed, der står for servicering af systemet, men da det stadigvæk ikke virker efter en måneds tid, trækker hun sig ud af forsøget. Hun måler dagligt sit blodsukker på toilettet med sin egen blodsukkermåler, men hendes data overføres ikke regelmæssigt til teknologien, og hun er derfor ikke synlig for den (B 2, D 1). Det betyder også, at hun ikke i samme grad gøres modtagelig for potentielle følger af dårlige tal. Med et etopolitisk blik kan man sige, at modtagelighed for potentielle farer er afgørende for, at man kan konstrueres som et risikabelt individ med en somatisk orienteret selvstyring (Rose, 2009: 45). Den præmis knytter Berit ikke an til, og hun internaliserer derfor ikke risikoindividets blik på sig selv. Der er dog en klar markering af stigma. Berit føler sig i høj grad som en afviger, fordi hun ikke kan finde ud af at bruge IT. Med stigmat teorien kan man sige, at hun i en social interaktion med samfundet, som det træder frem på den anden side af teknologien, påføres en dårlig egenskab (Goffman, 2009: 44, Veiersted, 2009). Den dårlige oplevelse med teknologien efterlader hende med en følelse af at være dum. Det har udvidet hendes billede af sig selv som afviger pga. sygdom til også at forstærke hendes oplevelse af at være afviger, fordi hun ikke kan finde ud af EDB:

Ingrid: *"Lige pludselig, så plover den her op inde på skærmen med sådan nogle bogstaver, der hopper rundt, og så tænker jeg: "For fanden, hvad er nu det. Hvad har jeg nu trykke på. Væk. Nej, hvad skal jeg nu gøre for at få det til at komme tilbage igen? Nej, hvad nu hvis jeg kommer til at trykke på noget forkert. Nej, nu ødelægger jeg det."* (B 2, D 2)

Ingrid forstår, ligesom Berit, heller ikke teknologien. Ikke nødvendigvis fordi hun ikke kan finde ud af computere, men fordi hun er ordblind og derfor ikke kan aflæse de beskeder, hun får på skærmen. Hun føler sig fuldstændig afkoblet fra dens kommunikation og er bange for at ødelægge et instrument, der ikke er hendes. Ligesom Berit føler hun sig stigmatiseret som dum og marginaliseret, fordi hun ikke kan knytte an til teknologien (Goffman, 2009: 44, Veiersted, 2009).

Normsætning af diabetes 2-kroppen

I et etopolitisk perspektiv udstyrer teknologiens daglige konstruktion af kroppen som kvantificerbar patienten med et sammenligningsgrundlag for at kunne normsætte tallene og dermed kroppens tilstand (Rose, 2009). Den regularitet beskriver Fatima:

Fatima: *"Jeg arbejder med små børn. (...) Indimellem har vi også rytmik, hvor man skal hoppe fra pude til pude, kravle og andre aktiviteter, og så skal den i hvert fald ikke ligge på 4.8, for så kommer den virkelig ned."*

Mig: *"Hvornår er den så for lav?"*

Fatima: *"Mellem 4.2 og 3."*

Mig: *"Er den så nogensinde for høj?"*

Fatima: *"Ja ja. Nu har jeg målt mig ofte, og jeg kan efterhånden mærke, at når jeg er helt normal, sådan menneskeligt normal, så bør den ligge på 8-9 stykker. Så er jeg god nok, og så har min krop det fint."* (B 2, D 2)

Fatima er i sit arbejde som vuggestuepædagog fysisk aktiv, og hun er nødt til hele tiden at gøre sig modtagelig over for dårlige tal gennem målinger for at kunne undgå den fare, der ligger i at få det dårligt, mens hun skal passe børnene. I et stigmaperspektiv stresser det hende at skulle sikre sig ikke at fremstå som afviger på sit arbejde (Goffman, 2009: 113). Derfor er hendes arbejdsliv og hverdag i høj grad styret gennem kvantificeringen af kroppen. Det er, fordi kroppen er gjort kvantificerbar, at hun kan aflæse et farligt tal, før det rigtigt slår ud (Novas & Rose, 2000: 489). De mange målinger giver hende et erfaringsgrundlag for at dømme sin egen krop unormal eller normal. Det vil sige, at Fatima på baggrund af hyppige blodsuktermålinger normsætter sin krop ud fra en sondring mellem afvigende tal og normale tal (Rose, 2001: 18). Den normale krop er for hende kendetegnet ved et blodsukkertal på 8, mens den unormale og farlige krop, den som risikerer at afsløre hende som diabetiker, måler enten 3 - 4.2 eller mere end 9. I et teoretisk perspektiv kan der her iagttages en kobling mellem den stigmatiseredes sensitivitet over for forventninger til normalitet og det somatiske individs prioritering af kroppen, som genstanden for selvjustering (Goffman, 2009: 48; Rose, 2001: 18). Ud fra governmentalityteorien kan man sige, at patienterne på baggrund af teknologiens adfærdsstyring udstyres med en vis ekspertviden om styringsobjektet, kroppen (Villadsen, 2007: 21). Denne viden giver patienten et handlerum og en selvforståelse, der er defineret ud fra tallets normative værdi, dvs. at man som somatisk individ både handler og forhandler sin selvforståelse på baggrund af tallet (Rose, 2001: 18; Novas, 2008: 139). Igennem viden om tallene normsættes det mål man styrer sig selv efter, og samtidig normsættes god selvstyring alt efter, om man kan kontrollere tallet (Dean, 2006:45).

Den øgede datatilgang og informationsmængde, som målingerne giver patienterne, medfører en følelse af tryghed, fordi man som patient kan teste tallet.

Trine: *"På et tidspunkt, da jeg havde de her høje blodsukkertal, da fik jeg en fornemmelse af, at mit blodtryk også var højt. Høj puls og banken for tindingerne. Det var faktisk rart at have udstyret, for så kunne jeg konstatere, at det ikke var tilfældet. (...) Så var jeg oppe og tjekke det. Og det har jo givet en vis form for trøst eller sikkerhed."*(B 2, D 2)

Trine beskriver, at hun efter en periode med højt blodsukker bliver i tvivl om, hvorvidt hendes blodtryk også er unormalt i forhold til hendes normsætning i den periode. Fordi tallet er fint, kan hun afvise faren som en fornemmelse, og det giver hende tryghed, at hun kan støtte sig til tallet, når hun ligesom de andre patienter er underlagt en usikkerhed over for symptomer og tegn fra kroppen. Normsætningen af den velregulerede krop på baggrund af kvantificeringen har altså den konsekvens, at patienten tillægger tallet højere troværdighed end deres egen fornemmelse for kroppen (Rose, 2009: 41). På den måde understøtter teknologien i endnu højere grad patienternes etopolitiske oplevelse af, at kroppen udgør et selvstændigt system, hvis kommunikation man kun kan knytte an til gennem teknologiens kvantificering (Rose, 2009: 41). Ud fra et styringsperspektiv orienteres patientens handlerum efter tal og måleapparater frem for kropsfornemmelsen, der opleves som utroværdig. I det perspektiv er det governmentale magtteknologier, der styrer patienten mod et handlerum, hvor rationelle enheder gives beslutningslegitimitet, mens kroppens kvalitative tegn kan afvises som utroværdige fornemmelser (Dean, 2006: 73). Selvfølgelig af kroppens norm er i et sådant governmentalt perspektiv også defineret gennem tallet (Dahlager, 2001: 93).

Tilliden til tallet frem for kropsfornemmelsen resulterer i, at patientens konkrete aflæsning af kroppens tal og udvikling relaterer sig til den fysiske computerskærm eller displayet på måleapparaterne, dvs. at styringsobjektet kun træder frem gennem optimeringsteknologien (Rose, 2009: 44).

Allan: *"På skærmen kan du se, at kroppen ligger meget stabilt. Den ligger omkring 9 i gennemsnit. Så har de taget sådan et langtidsblodsukker. Så bliver det overført. Vi kan lige se det inde i notater, hvor de har skrevet det. "Omkring de 10, men det skal helst længere ned". Helst under 10 hele døgnet. Der er langtidsblodsukkeret 7.4. Det er sådan et, man får taget hver tredje måned. (...) Det er godt, for den er faldende. Så bliver man glad. Omvendt er det ikke så rart, hvis den er stigende, men så prøver jeg på at lave om på det."*(B 2; D 2)

Allan viser, hvordan han kan se kroppens niveau på skærmen i form af en graf med en kurve over tallenes stigninger og fald. Gennemsnittet for hans krop forholder han til

langtidsblodsukkeret, som er et tal, han ikke selv måler. Det måles på hospitalet og er et udtryk for det gennemsnitlige blodsukker målt over en periode på tre måneder.

Langtidsblodsukkeret kan altså kun ses på skærmen, og det er en måleteknik, som ud fra en governmental optik direkte styrer til normsætning hos patienten (Villadsen, 2007: 21). Det er målstyrende, fordi det sætter en grænse for, hvornår patientens tal er i fremgang. Eksemplet med Allan viser, at det påvirker hans egne evalueringer af hans handlinger og dermed hans egen normsætning af sin selvledelse, om tallet er godt eller dårligt. Med henvisning til governmentalt blik på styring som styring af individet til frihed kan man sige, at langtidsblodsukkeret sætter en ramme, han forventes at agere rationelt indenfor (Dahlager, 2001: 92; Rose, 2001: 11). Og det gør han også, idet tallet styrer ham til forbedring af både krop og selvledelse, hvis det ikke lever op til normen.

Modtagelighed overfor stigmatilskrivning

Hidtil har jeg gennem Roses modtagelighedsbegreb behandlet, hvordan teknologien konstruerer patienten som et risikoindivid, idet patienten gøres modtagelig over for potentielle farer (Rose, 2009: 45). Følgende vil jeg vise, hvordan der er en kobling mellem modtagelighed og stigmatisering, idet teknologien gør patienten modtagelig over for potentielle stigma, og hvordan disse fremtidsscenarier bliver en del af patientens motivation for intervention. Med Goffman (2009) in mente kan man sige, at teknologien trykker på patientens knapper i forhold til at fremskrive et stigma, patienten vil undgå (Goffman, 2009: 152). Det drejer sig om to forskellige varianter af tab af kontrol: forværring af sygdom og forøgelse af vægt (Pedersen, 2005; Veiersted, 2009).

Simon: "Du kan se, jeg er også begyndt at få flere piller. (...) Og det er ligesom det, der er ved at motivere mig til at komme i gang igen, for jeg er godt klar over, at hvis ikke jeg gør noget ved det, så ender jeg med insulinsprøjter. Det er konsekvensen, hvis mit langtidsblodsukker bliver ved med at stige. (...) Jeg ved ikke, om det er besværligt, men jeg synes bare ikke, jeg vil være afhængig af det." (B 2, D 2)

Simon indsætter forskellen afviger/normal inden for sukkersyge, hvor han kan placere sig på den normale side, fordi han ikke er afhængig af insulinsprøjter (Goffman, 2009: 77). Truslen om, at han kan blive det, er samtidigt påførelsen af et potentielt stigma, som fremover vil gøre det endnu sværere for ham at *passere* som normal i sociale sammenhænge (Goffman, 2009: 113). Den etopolitiske risikofremskrivning i form af modtagelighed over for potentielle farer konstruerer et potentielt stigma som en fremtidig fare (Rose, 2009: 45). Med

stigmateteorien kan man sige, at det i høj grad er truslen om en uønsket social rolle med negative egenskaber, der motiverer ham, fordi den vil føre til afhængighed, og det vil være et tab af kontrol for ham (Rose, 2009: 44; Pedersen, 2005). Flere af de andre patienter peger på det samme. For Trine, Jesper, Allan og Fatima (B 2, D 3) er det også markeringen af en forværret tilstand, enten sygdomsforværring eller overvægt, der motiverer til at ville genvinde kontrol. Poul sætter ord på den anden regularitet i informanternes udsagn om overvægt som et potentielt stigma:

Poul: *"Nu får jeg dårlig samvittighed.(...) Der står vægt (peger på monitoren). (...) Jamen, du kan se den ligger på omkring 151."* (B 2, D 3)

Når Poul ser tallet for sin vægt på skærmen, får han akut dårlig samvittighed. Teknologien påvirker hans selvforståelse ved gentagende at markere, at vægten er eller kan forværres (Monaghan et al., 2010). I stigmaperspektivet indsætter optimeringsteknologien et potentielt stigma. Og det er generelt for patienterne, at vægten er et ømt punkt, men også en motiverende faktor, fordi de oplever, at lavere vægt fører til en mere kontrolleret sukkersyge, hvilket hjælper dem til lettere at *passere* som normale (B 2, D 2) (Goffman, 2009:113).

Hvad enten teknologien skaber modtagelighed i form af forværret sygdom eller forøget vægt, påvirker den patientens selvforståelse, idet patienten installerer en potentielt øget stigmatisering af sig selv. På den måde er den øgede stigmatisering allerede indtruffet som en del af patientens strategiske selvforhold på trods af, at det blot er en potentiel fare (Goffman, 2009: 48). I et governmentalt perspektiv kan man sige, at patienten installerer fremtidige negative egenskaber som en del af det nutidige selvforhold (Dahlager, 2001: 93). Samtidig motiverer teknologien patienten til at forsøge at genvinde kontrollen, hvilket vil sige at den, anskuet som governmental styringsteknologi, indirekte styrer til selvstyring af tallene (Villadsen, 2007: 30).

Delkonklusion

På baggrund af delanalyse 1 og 2 kan jeg svare på forskningsspørgsmål 2a: *Hvordan konstruerer teknologien den diabetesramtes krop som en kvantificerbar størrelse, der fremviser risici?*

For patienterne er anknytningen til teknologien kun mulig gennem de tal, som målingerne producerer. Det betyder også, at de patienter, som ikke kan knytte an til teknologien,

ekskluderes fra teknologiens blik (Rose, 2001: 13; Rose, 2009: 41). Det har en negativ effekt på deres selvforståelse, idet det fører til øget stigmatisering (Goffman, 2009: 48). Teknologien aktualiserer gennem ritualiserede målinger den etopolitiske risikodimension, modtagelighed over for potentielle farer og konstruerer dermed patienten som et risikabelt individ (Rose, 2009: 45). Man er dels underlagt risici for forværrede tal og dermed forværret sygdom, men man er som patient også underlagt risici for øget stigmatisering i sociale sammenhænge (Goffman, 2009: 46). Som etopolitisk optimeringsteknologi udstyrer teknologien patienten med en orientering mod optimering af kroppen. Kroppen gøres til styringsobjekt, men gøres også til genstand for risikabel praksis for det somatiske individ, hvis handlerum styres til selvstyring gennem vidensdannelse (Rose, 2009: 44).

Del 3 – Styring rettet mod forbedring af den potentielle krop

Hidtil har jeg i analyse 2 påvist, hvordan hjemmemonitorering som optimeringsteknologi skaber viden om kroppens tilstand gennem en objektivering af diabeteskroppen, hvor den træder frem gennem rationelle talenheder (Rose, 2009: 44). Jeg har hovedsagligt fokuseret på, hvordan hjemmemonitorering skaber modtagelighed over for potentielle risici for kroppen (Rose, 2009: 45). *Modtageligheden* udgør et ben i teknologiens risikostyring, men jeg vil nu vende blikket mod det andet ben i en etopolitisk risikofremskrivning, *forbedring* (Rose, 2009: 47). Som jeg vil vise i analysen, går vejen til forbedring, hvilket vil sige omskrivning af den potentielle fare såvel som vejen til selvstyring af diabeteskroppen, gennem øget viden om de processer, der får tallene til at falde eller stige (Rose, 2009: 47). Efter denne delanalyse svarer jeg på spørgsmål 2 b: *Hvordan installerer teknologien målstyrende årsagsforklaringer mellem tal og handlinger?*

Styring til viden om kroppen

I det følgende vil jeg vise, hvordan tilliden til kroppens signaler reformuleres gennem viden om tal sammenholdt med kroppens signaler. Det kan illustreres med Trines oplevelse af at kunne mærke på sin krop, når tallet stiger:

Mig: *"Kan du mærke fysisk, når det stiger?"*

Trine: *"Ja, det kan jeg godt, men det er først blevet rigtigt nemt, efter jeg har tallet at læne mig op ad. Mit syn, det flimrer. Der er et ret markant udtryk for, hvis det er for højt. Så kan jeg også mærke det i mine fødder, ved at de bliver lidt... ikke fordi jeg går på vat, men det er den*

beskrivelse, man tit hører. (...) Hvis mit tal er højt, og jeg løber en tur, så kan jeg mærke, at tallet falder med det samme. Det er en justeringsmulighed. "(B 2, D 3)

Da Trine dagligt måler sig selv og hyppigt måler sig, hvis hun fysisk får det dårligt, kan hun skabe en årsagssammenhæng mellem tallene og de fysiske reaktioner, hun oplever. Gennem denne gentagende konstruktion af kausalitet mellem tal og fysiske symptomer kan hun gradvist få en ny fornemmelse for kroppen på den måde, at hun kan aflæse specifikke fysiske ubehageligheder som kroppens artikulation af dårlige tal. Ud fra et governmentalt blik kan man sige, at dannelsen af ny ekspertviden om sammenhængen mellem krop og tal giver hende et udvidet handlerum, idet kroppens kommunikation nemmere kan afkodes (Rose, 2009: 41; Dean, 2006: 73). I en etopolitisk forstand giver denne ekspertviden hende mulighed for at *forbedre* eller omskrive en potentiel fare til symptomer på for høje tal (Rose, 2009: 47). Og symptomer, forstået som kategoriseringer, kan hun handle på. Det betyder, at hun ikke kun omskriver kroppens artikulation fra fare til symptom, men at hun også omskriver sin identitet fra dårligt reguleret til velreguleret gennem selvteknikken, motion (Dahlager, 2001: 93; Rose, 2001: 18). Sætter man denne omskrivning i relation til stigmaten, betyder det, at hendes muligheder for at passere som normal er markant forbedret, idet der er mindre risiko for at blive afsløret som afviger (Goffman, 2009: 113). Gennem målingerne kan hun nemlig også iagttage en årsagssammenhæng mellem tal og motion. Det kan lyde som en banal indsigt, men det er en forbedring, hun først kan foretage, når hun er blevet i stand til at skabe symptomer på baggrund af tallene, dvs. når der er blevet formet en artikulation af kroppens tilstand. Med Roses teori kan man sige, at det bliver muligt at omskrive en potentiel fare, dvs. at regulere kroppen gennem selvstyring (Rose, 2009: 113). I det lys bliver handlerummet somatisk orienteret, da praksisser og beslutninger tager udgangspunkt i kroppen på baggrund af hændelsesforløb og risikokalkulering (Novas & Rose, 2000: 489; Novas, 2008: 139). Det er netop fordi patienten af teknologien objektiveres som et intervererende subjekt, der selv kan vælge sin interventionsstrategi i form af forskellige selvteknikker, at patienten bliver i stand til at træffe frie valg om intervention (Dahlager, 2001: 95). Allan giver et eksempel på, at interventionen på kroppen går gennem selvteknikker som motion og kostregulering:

Mig: "Du tjekker dagligt dine grafer?"

Allan: "Ja, det gør jeg hver gang, jeg har lagt en måling ind. Så kan jeg se: "Nå, ligger den nu der." (...) "Hvad har du spist i går?" og sådan noget."

Mig: "Kan du se en sammenhæng mellem din kost og grafen?"

Allan: *"Ja. Det er både om jeg har bevæget mig eller alt efter, hvad jeg har spist. Det spiller alt sammen ind. Så prøver jeg at lave lidt om på mine spisevaner for eksempel. Og så måske gå en tur."* (B 2, D 3)

Gennem grafer over tallenes udvikling over tid tilskynder teknologien til en vidensdannelse og forbedring af kroppen. Trine foretager, som tidligere vist, en kausalitetsopbygning ved at sammenholde gentagende målinger med fysisk ubehag. Netop fordi tallene sættes ind i en tidlig ramme, bliver det muligt som patient at overvåge kroppen. På samme måde som i eksemplet med Trine kan man med governmentality sige, at magtteknologierne gør det muligt at skabe kausale sammenhænge mellem kost og/eller motion og tal. Selvteknikkerne bruges så til aktivt at omskrive de risici, som diabeteskroppen er underlagt (Rose, 2009: 47; Villadsen, 2007: 28). I den optik kan man påpege, at der i denne vidensdannelse også ligger en normsætning af god selvledelse eller af en god præstation i forhold til motion og kost, idet det boner ud som gode tal (Dean, 2006:45).

Ovenstående styringslogik gør sig også gældende i forhold til videokonversationen anskuet som en magtteknologi, men som en mere direkte styring til vidensdannelse hos patienten:

Poul: *"Og jeg tror faktisk, den er høj i øjeblikket, for jeg har spist ost. Så siger de i samtalerne, at osten gør ikke så meget. Det er værre med rugbrødet. Og det er ligegyldigt, om der er sukker i eller ej. Mørkt rugbrød, så stiger sukkerprocenten. (...) Jeg tror den er omkring en 9-10 stykker.*

Mig: *Ville du kunne mærke det, før du fik det udstyr?*

Poul: *"Det kunne jeg nogle gange. Men jeg kunne ikke måle det nær så effektivt, som vi gør her."*(B 2, D 3)

Årsagssammenhængen og det talevaluerende blik, som patienten styres til at anskue kroppen med, på baggrund af coaching om madens indflydelse på tallet, kan iagttages gennem en kobling mellem governmentality og etopolitik: vidensdannelsen præger handlerummet og åbner et besluthningsrum i forhold til patientens praksis, som gør det muligt for patienten at agere etopolitisk, dvs. at omskrive sin krop, gennem en forbedring af et risikofyldt fremtidsscenario, der installeres i nutiden (Rose, 2009: 45). På den måde bliver individet somatisk, fordi hverdagspraksisser i markant grad tager udgangspunkt i kroppen. Det medfører også en konstant politisering af både kroppen og selvforståelsen, idet både kroppen og patientens ledelse af sig selv normsættes (Rose, 2001: 18).

Sammenhæng mellem teknologi og stress

Hos de ekskluderede opstår der også kausaliteter, men de skyldes ikke årsagssammenhænge mellem tal og livsstil. Tværtimod oplever de en sammenhæng mellem det af teknologien påførte stigma og kroppens tilstand:

Mig: *"Du siger dine tal blafrede op og ned?"*

Berit: *"Ja. Og det gør de ikke nu. "*

Mig: *"Så nu kan du se en sammenhæng mellem kost og tal, som du ikke kunne før, eller hvordan?"*

Berit: *"Ja.(...) Jeg har aldrig haft det, som jeg havde det i den periode. Når mine døtre kom hjem sagde de: "Hold kæft hvor er du besværlig at være sammen med. (...) Jeg turde dårlig nok spise mad, og jeg tænkte, den må komme ned den der. Og alligevel svingede den. Meget mere end normalt. Og det kan jeg jo ikke rigtigt forstå, men det må så være, fordi kroppen bliver presset til noget. Det må være derfor, den reagerer sådan." (B 2: D 3)*

Som beskrevet i delanalyse 2 har Berit og Ingrid prøvet hjemmemonitorering, men de har ikke været i stand til at knytte an til teknologiens talkommunikation. Det efterlod dem med et mere markant stigma end det stigma, de bar rundt på, før de afprøvede hjemmemonitorering. I ovenstående udsagn sætter Berit ord på en omvendt årsagssammenhæng i forhold til den, de inkluderede patienter oplever. Hendes tal stiger og falder meget, da hun prøver hjemmemonitorering. Det oplever hun som et resultat af, at det stigma, dumhed og manglende forståelse for computere, som teknologien har påført hende, også stresser hendes krop, hver gang den skal måles. Og når kroppen er stresset, svinger tallene. Det efterlader de ekskluderede med et endnu mere diffust handlerum, idet de begge eksperimenterer med at faste, dvs. at de intervenserer på kosten uden klare kategoriseringer, for at få blodsukkeret ned (Villadsen, 2007; Svenningsen, 2004). Ud fra stigmaperspektivet påvirker det selvforståelsen i negativ grad, da de momentant må overveje et stigmatiserende blik på sig selv som meget dårligt regulerede diabetikere (Goffman, 2009: 48). Idet de går tilbage til det system, de brugte før, dvs. jævnlige blodsuktermålinger noteret i en lille bog, bliver tallene mere stabile. På den måde oplever de to ekskluderede faktisk en større sammenhæng mellem tal og kost, når de ikke er udsat for teknologiens stigmapåvirkning. Man kan sige, at teknologien styrer dem til momentan stress. Da de hverken er gjort modtagelige eller foretager en forbedring, er ingen af dem risikoindivider i den etopolitiske forstand, hvor man kan intervenere ved at omskrive tallene igennem teknologien (Rose, 2009: 44). De kan kun omskrive dårlige tal ved at forkaste teknologien.

Hvor de inkluderede oplever en sammenhæng mellem teknologi og stabile tal, opstår der altså to modsatrettede kausaliteter hos de ekskluderede. Det er dels en kausalitet mellem teknologi og stress og dels en kausalitet mellem den traditionelle måle- og evalueringsform og stabile tal. Det har konsekvenser for selvforståelse, handlerum og patientens blik på interventionsmulighederne i forhold til diabetes 2, hvis eksklusionen fra teknologiens blik udmønter sig i et stigma (Dahlager, 2001: 91; Goffman, 2009: 48). Det viser også, at de sandheder om risici og hændelsesforløb, som teknologien skaber, kan tage sig anderledes ud.

Delkonklusion

På baggrund af analysens del 3 kan jeg svare på forskningsspørgsmål 2 b: *Hvordan installerer teknologien målstyrende årsagsforklaringer mellem tal og handlinger?*

Jeg har i denne delanalyse vist, at teknologien skaber oplevede årsagssammenhænge mellem tal og fysiske reaktioner, såvel som mellem tal og livsstil. Gennem viden får patienten en fornemmelse for kroppens artikulation af symptomer på stigende tal. Dvs. at kroppens signaler går fra at være et tegn på usikkerhed til at være et tegn på viden, hvis det er signaler, der kan sættes i en årsagssammenhæng med tal. Ud fra en governmental optik er det ekspertviden, der styrer patienten til at kunne beslutte, og et handlerum udvikles i takt med at patienten gennem teknologien styrer sig selv til udvikling af viden (Villadsen, 2007: 20). I en etopolitisk forstand betyder det, at patienten gennem teknologien kan omskrive et risikoscenarie for kroppen til et symptom, der kan handles på (Rose, 2009: 47). Teknologien skaber dels denne præmis gennem indirekte styring til selvstyring på baggrund af selvteknikker, men det gøres også gennem direkte styring af patienten via kostråd i videokonversationerne (Dahlager, 2001: 93). Teknologien strukturerer altså et handlerum præget af en risikoorienteret målstyring, der baserer sig på kontinuerlig dannelse af ekspertviden.

Del 4 – Styring gennem kroppen

Del 1-3 har overvejende fokuseret på patienternes handlerum og i mindre grad deres selvforståelse. Nu vender jeg blikket mod et større fokus på, hvordan patientens selvforståelse formes af teknologien, dvs. hvordan styringen også går 'gennem' kroppen og styrer på identifikationsmarkører (Dahlager, 2001: 95). Det gør jeg for at kunne svare på forskningsspørgsmål 2 c: *Hvordan former teknologien patientens selvforståelse?*

Styring af fortiden

De sammenhænge mellem krop, diabetes 2 og livsstil, som gøres mulige igennem patientens relation til teknologien, kommer også til at spille ind på patienternes oplevelse af deres egen livshistorie. Teknologiens specifikke rationalitet påvirker patientens selvforståelse (Dahlager, 2001: 93):

Simon: "Jeg har været et svin. Det kan jeg jo se. Jeg er 10 kilo for overvægtig, i hvert fald. Mit blodsukker er for højt, og mit blodtryk er nede, hvor det skal være nu, men det har været for højt tidligere. Jeg har ikke været sød ved mig selv. Det er det, jeg kan bruge de tal til. Det er en ubehagelig reminder." (B 2, D 4)

Patienterne oplever, at teknologien holder et spejl op foran dem, hvor tallene spejler deres handlinger og kroppens tilstand. Men det er ikke kun den nuværende tilstand, der spejles. Simon oplever f.eks., at han i dag betaler regningen for en vild ungdom med en usund livsstil. Han kan se, at den livsstil har haft en konsekvens for hans krop, fordi tallene er som de er. Teknologiens rationalitet spiller ind på Simons evaluering af sin fortid. Der sker en tidlig forskydning, hvor evaluering af tal, der indikerer en fremtidig risiko for kroppen fører til evaluering af fortidens handlinger. Man kan sige at en etopolitisk risikorationalitet, hvor fremtiden træder ind i nutiden, forstærkes, idet fremtiden træder ind i nutidens evaluering af fortiden (Rose, 2009: 45). På baggrund af den nyvundne ekspertviden om kausaliteter genskrives årsagssammenhængen mellem ukontrolleret livsstil i fortiden og potentielle risici for kroppen i form af tallene på skærmen. I en governmental optik styres patienten til at genforhandle sin selvforståelse, således at en række egenskaber og handlinger i fortiden betones som negative (Dahlager, 2001: 91). Det vil med stigmaet som begreb sige, at patienten miskrediterer sig selv ved at påføre sin egen livsfortælling et stigma i form af manglende kontrol og mådehold (Goffman, 2009: 48). Denne reevaluering af fortiden bliver også en bekræftelse af vidensformernes legitimitet i patientens nuværende handlerum. Det vil altså sige, at teknologiens styring til ekspertviden har den sideeffekt for patientens socialitet, at livsfortællingen tager farve af den nye viden. Hjemmemonitoreringens specifikke kommunikation orienterer sig derfor ikke kun mod fremtidige risici, men styrer også på oplevelsen af fortidens handlinger og den livsstil patienten har identificeret sig med (Dahlager, 2001: 95).

Styring til ansvar og samvittighed

Det er ikke kun patientens forståelse af sin egen fortid, der tager sig anderledes ud efter teknologiens intervention. Teknologien installerer også en etik om, hvordan man bør forholde sig til tallene og til hospitalet, hvis projekt patienterne indgår i (Dahlager, 2001: 99; Dean, 2006: 45).

Trine: *"Det (at springe en måling over) har ikke været aktuelt. Om man snyder sig selv, ved jeg ikke, men formålet ryger i hvert fald. (...) En del af det her er jo også, at der kommer en og holder spejlet lidt oppe. Det bliver visualiseret på skærmen, hvad jeg gør ved mig selv. Det giver jo dårlig samvittighed. Dels forpligter jeg mig til det her, men det at måle sit blodsukker hyppigt og at se det på grafen gør jo, at jeg tager tingene mere alvorligt, fordi det er gået den forkerte vej."* (B 2: D 4)

Patienterne føler, at de har et ansvar over for projektet, men også over for sig selv, som frie individer (Rose, 1999; Rose, 2001: 6). Det vil sige, at hvis man ikke måler, som man har forpligtet sig til, eller hvis man ikke intervenserer på sine tal, lever man ikke op til sit ansvar. Denne pådragelse af ansvar tilskynder teknologien dels til ved at visualisere tallenes udvikling igennem grafer, men også mere direkte, ved at hospitalet opfordrer til forbedring af tallene som afspejler de potentielle risici. Der kan også i andre undersøgelser af forebyggelsesteknologier iagttages en kobling mellem magtteknologier og selvteknologier i forhold til at forme subjektet til at opføre sig etisk, det vil sige som et moralsk subjekt (Dahlager, 2001: 91; Mik-Meyer, 2008; Karlsen & Villadsen, 2007).

Ud fra governmentalityteorien kan man sige, at patienterne internaliserer teknologiens normer om ansvar som en del af deres selvforståelse, da ansvarsforflygtigelse opleves som et dobbelt svigt (Dahlager, 2001: 93). Det er både et svigt over for en selv og over for hospitalet, hvilket fører til dårlig samvittighed. Følelsen af dårlig samvittighed er mulig, fordi patienterne i så høj grad identificerer sig med tallene på skærmen, som en 1:1 gengivelse af deres krop. I et etopolitisk blik toner de frem som somatiske individer, der ikke bare handler med udgangspunkt i deres krop, men som også normsætter god moral med udgangspunkt i deres krop (Rose, 2001: 18; Lemke, 2007: 119). Den etopolitiske præmis om at kroppen er en politisk arena giver sig altså også udtryk i en politisering af selvforståelsen ud fra en ansvarskategori. Har man som patient levet op til sit ansvar eller flygtet fra det.

Styring til konkurrence

Patienterne udvikler i deres relation til optimeringsteknologien et blik på egne tal som en størrelse, der kan forbedres løbende gennem stadigt bedre præstationer i forhold til de forskellige selvteknikker, de kan gøre brug af for at styre tallenes udvikling.

Trine: *"Visuelt tegner der sig et andet billede, men det er ikke altid, jeg kigger på den graf. Jeg ser tallet, og jeg kan se tallene fra forrige uge i en tabel. Så man kan følge med i forløbet. (...) du ser det (tallet) i hvert fald over en periode. Det kan være med til, at man strammer sig lidt an. At man konkurrerer lidt med sig selv. (B 2: D 4)*

Poul: *"Neej, jeg vil hellere sige, at jeg foretrækker, at den er under 10. Jeg vil gerne have den under 10 hver dag. Jeg prøver at presse den ned, for jeg vil gerne have et lidt lavere gennemsnitsblodsukker i den sidste ende. Så ser det også ud som om, jeg har noget fremgang." (B 2: D 4)*

De to patientudsagn illustrerer, hvordan patienterne installerer et evaluerende og præsterende blik på deres egne tal. Gennem magtteknikker som grafer og tabeller sammenligner de dagligt tallet med de forrige og forsøger kontinuerligt at overgå det (Dean, 2006: 74 – 75; Villadsen, 2007: 28). Patienterne konkurrerer dels med sig selv for egen tilfredsheds skyld (udsagn 1), men de konkurrerer også med deres egne tal for at fremvise god regulering over for hospitalet (udsagn 2). Der er altså styring på selvforståelsen på to fronter. Dels ved at optimere det tal, man identificerer sig med, og dels ved at optimere det tal, som hospitalet kategoriserer en med (Dahlager, 2001: 93). Konkurrencen hænger også tæt sammen med ansvar og samvittighed, som jeg har beskrevet ovenfor. Et dårligt tal, hvilket vil sige en dårlig præstation, er et svigt i forhold til de forventninger om ansvarlighed, som patienten er underlagt. Patienterne oplever et ansvar til forbedring. Det understreger ud fra en governmental optik normsætningen af den gode selvledelse som konkurrenceorienteret, dvs. en selvledelse, der sætter optimering som overgår den foregående optimering som sit mål (Rose, 2001: 18; Lemke, 2007: 119). Teknologien skaber igennem en konkurrencementalitet en målstyring af handlerummet samt en adfærdsstyring af selvforståelsen (Dean, 2006: 15). Konkurrenceperspektivet har i en etopolitisk forstand den konsekvens, at kroppen og selvforståelsen kontinuerligt fikseres på ny gennem tallet, der er underlagt optimering (Rose, 2009: 47). Det er en potentiel risiko at næste måling er en dårligere præstation, og denne risiko skal omskrives gennem intervention. Kroppen er på den måde et flydende eller plastisk objekt, der iagttages som et konkurrenceobjekt, der kan

forbedres over tid gennem præstationer (Rose, 2009: 48). Dette påvirker selvforståelsen, idet tallet, som er en identifikationsfaktor for patienten, igennem optimering gør det muligt for patienten at iagttage sig selv som mere velreguleret og ansvarlig (Dean, 2006: 45). Sættes denne konkurrencementalitet ind i et stigmaperspektiv, kan det ses som en mulighed for at håndtere stigmarollen som afviger (Goffman, 2009: 113).

Ovenfor har jeg beskrevet hvordan ansvar og konkurrence, styrer patienterne til at optimere deres tal og derigennem deres selvforståelse. De ekskluderede patienter oplever også dårlig samvittighed over for hospitalet, men med en stigmatiserende effekt for selvforståelsen.

Ingrid: *"Det er aldrig godt nok. Nej. Fordi det skal være mellem 5 og 8, og det er det aldrig. (...) Jeg får dårlig samvittighed, for så tænker jeg, hvad har jeg nu gjort galt. (...) Nu siger vi den er 20. Så tænker jeg: "Så høj kan det da ikke være, for jeg har ikke fået noget at spise." Så hiver jeg den væk og tager en ny. Inden for den samme tid er den så lige pludselig 9,9. Det er jo mærkeligt. Så siger den pludselig 17,3. Så tager jeg en helt stribe og kigger på den, og så tager jeg det laveste. Det er bedst for mig, men det er jo forkert, kan du godt se. (B 2: D 4)*

De ekskluderede er godt klar over, at teknologien kommunikerer, at tallet skal falde, men som tidligere vist knytter de ikke an til teknologiens ritualiserede risikorationalitet. I ovenstående eksempel skaber det apati hos Ingrid, fordi hun ikke kan aflæse tallet som et udtryk for potentielle risici, der kan interverneres på, men stadigvæk føler, at det er hendes pligt at måle. Hun tager simpelthen det bedste tal, fordi hun oplever, at det efterlader hospitalet med det bedste indtryk af hende som kategori. Patienten føler, at der er et ansvar over for hospitalet til at måle (Rose, 1999). Ud fra et etopolitisk blik er det ikke et ansvar, hun oplever, hun har over for sig selv, da hun ikke er underlagt risici. I det lys er forskellen på de inkluderede og de ekskluderede altså, at de inkluderede kan bearbejde dårlig samvittighed gennem forbedring mens de ekskluderede ikke kan (Rose, 2009). I et governmentalt perspektiv efterlades den ekskluderede patient ikke kun med en selvforståelse præget af dårlig samvittighed, men også med en følelse af at have brudt normernes specifikke regler for god og dårlig opførsel (Dahlager, 2001: 92). Den afvigelse bliver endnu en miskrediterende egenskab, som den stigmatiserede tager på sig (Goffman, 2009: 48).

Styring til biosocialitet

Den sidste del af analysens del 4 undersøger, hvordan der i patientens relation til

teknologien opstår det som jeg, understøttet af Poul Rabinows teori (Rabinow, 1996), vil kalde en *biosocialitet* i form af et talfællesskab mellem patient og hospital.

Poul: *"Nej, jeg ser det ikke som en overvågning. Jeg ser det heller ikke som en kontrol. Men som et samtaleapparat omkring min sygdom, hvor jeg får noget at vide. Altså, det går begge veje. (...) Målingerne går over til Christina (sygeplejerske på forebyggelsescenter, Nørrebro), som hun så bruger i det her projekt. Og jeg kan altid kontakte Christina. (...) Så jeg har en tættere forbindelse, hvis der er noget der går galt. (...) Så på den måde føler jeg, at jeg ikke er alene om at have sukkersyge, men at jeg faktisk har nogen som er villig til at hjælpe mig. Så kan man altid sige, at de får løn for det, men sådan ser jeg altså ikke på det."*(B 2: D 4)

Allan: *"Så kan hun lige gå ind og se tallene og kigge på alle de der grafer. Så siger hun for eksempel: "Nå, det ser jo meget godt ud." Det er meget rart."(...)* Så kan de følge med hele tiden. Hvis der nu er noget, der går galt. Så er jeg ikke alene om at holde øje med tallene."*(B 2: D 4)*

Poul beskriver i det første udsagn, hvordan han oplever, at den teknologisk formidlede relation mellem ham som patient og sygeplejersken bærer præg af en gensidighed. Han giver noget til projektet, og hun giver ham coaching i forhold til kost og motion. Det er nemt at komme i kontakt med forebyggelsescenteret eller hospitalet via teknologiens kontaktfunktion, og han oplever, at han har en at dele sine overvejelser om risici og intervention med, som er lydhør og interesseret. Allan sætter også ord på denne regularitet i de inkluderede patienters oplevelse af, at de deler ansvaret for tallene med hospitalet. Han oplever det som en relation båret af anerkendelse og et fælles ansvar for tallene. Patienterne oplever et fællesskab med hospitalet igennem relationen med teknologien, som eksplicit kommer til udtryk igennem videosamtalen, men som også får næring i visheden om, at der er nogen på den anden side, som ser ens tal. Det, at ens tal bliver set, er i denne sammenhæng at blive genkendt, da patienternes selvforståelse som tidligere vist hviler på identifikationen med deres specifikke tal (Dahlager, 2001: 93). Anskuet som et biosocialt fællesskab, finder det sin fælles reference i tal, som et udtryk for potentielle risici, som man deler en bekymring for, men som man også ønsker at intervenere på (Novas, 2008: 139).

Dette talfællesskab kan teoretisk sættes i sammenhæng med Roses etopolitik gennem Paul Rabinows begreb *biosocialitet* (Rabinow, 1996; Novas, 2008). Ligesom etopolitikken anskuer Rabinow også, hvordan styringen af frie individer er præget af at naturen, dvs. kroppen,

forhandles og reartikuleres af kulturen igennem eksempelvis teknologier (Rabinow, 1996: 99). Kommunikationen mellem sociale agenter finder deres udgangspunkt i fælles artikulationer af risici (Rabinow, 1996: 100; Lemke, 2007: 114). Sygdomserfaring bliver i dette perspektiv udgangspunktet for forskellige sociale aktiviteter, og typisk opstår fællesskabet mellem patienter med samme egenskaber, men i forbindelse med hjemmemonitorering består det oplevede fællesskab snarere i en fælles referenceramme med eksperter fra hospitalet (Rabinow, 1996: 102). De har således forskellige roller i fællesskabet om tallene. Patienten måler, evaluerer og forbedrer, mens sygeplejersken styrer patienten til selvstyring gennem rådgivning og anerkendelse med optimering af tallet for øje (Rabinow, 1996: 102). På baggrund af biosocialiteten styres patientens selvforståelse til også at spænde over en relation til hospitalets personale som en del af patientens selvforhold (Rabinow, 1996: 102; Dahlager, 2001:93). Det giver tryghed, at der er en at dele ansvaret med, men det giver også en oplevelse af, at svarene er tættere på, da distancen i det biosociale fællesskab opleves som kortere end distancen til den traditionelle lægelige autoritet:

Trine: *"I den her fase, hvor mit blodsukker er højere pga. ny medicin, der har jeg også følt en vis form for sikkerhedsnet. Lige pludselig har jeg haft en hotline til en funktion, hvor jeg har mulighed for at spørge til nogle ting, som jeg ellers kun kunne få gennem min læge."* (B 2: D 4)

Trine beskriver, hvordan distancen til hospitalet er kortere, og hvordan det opleves nemmere at få rådgivning af hospitalet. Iagttagelse af hospitalet som en velfærdsstatlig autoritet betyder det, at dette fællesskab mellem patient og hospital opbløder modstillingen mellem stat og civilsamfund. Staten træder ind i privaten via teknologien og bliver en del af de fællesskaber, som patienten omgiver sig med og identificerer sig igennem (Rabinow, 1996: 100). Det betyder i en governmental optik, at den normsætning af god ledelse, risikabel praksis og en velreguleret krop, som teknologien skaber gennem sin styring opleves som en del af et frit valg. Det kan ses som et eksempel på, at den oplevede frihed til at omskrive risici gennem selvteknikker, og til at sætte egne normer for god ledelse, også er en styret frihed (Rose, 1999; Karlsen & Villadsen, 2007; Mik-Meyer, 2008).

Delkonklusion

De analytiske resultater fra delanalyse 4 gør det muligt at svare på forskningsspørgsmål 2c: *Hvordan former teknologien patientens selvforståelse?* Efter teknologiens intervention træder

der 4 nye identifikationsmarkører frem, som patienterne definerer deres selvforståelse igennem (Dahlager, 2001: 95): Teknologien styrer på patientens fortid, idet patientens genfortælling af sin egen fortid tager farve af teknologiens risikoblik. Den risikobetonede styringsrationalitet normsætter patientens selvstyring tidligere i livet (Rose, 2009: 45). Teknologien skaber en ansvarsfølelse hos patienten, og lever man ikke op til sit ansvar, fører det til dårlig samvittighed. Som somatiske individer normsættes og optimeres selvforståelsen med udgangspunkt i det ansvar man har over for sin krop (Rose, 2001: 6; Novas & Rose, 2000: 489). Teknologien skaber i forlængelse af den dårlige samvittighed en konkurrencementalitet, der tilskynder til løbende forbedring af tallene ved at præstere bedre igennem selvteknikker (Villadsen; 2007: 23). Endelig skaber teknologien biosocialitet i form af fællesskaber mellem patient og hospital, hvor patienterne oplever, at der er et fælles ansvar for tallet, således at de ikke skal bære ansvarets byrde alene (Rabinow, 1996).

Del 5 - Et nyt subjekt toner frem

I denne sidste delanalyse vil jeg dels vise, hvordan analysens tese bekræftes, men del 5 berører desuden, hvordan teknologiens intervention har nogle mere vidtrækkende effekter. lagttaget gennem det etopolitiske perspektiv toner der et nyt subjekt frem på den anden side af teknologien, et subjekt med et andet perspektiv på styring af livet. Min analyse vil vise, at teknologien skaber nogle forhold for subjektet, der afkræver refleksivitet i den videre brug og udvikling af teknologien.

Igennem de analytiske konklusioner fra delanalyse 1-4 kan jeg uddybe, hvordan tesen, *Hjemmemonitorering er en teknologi, der udstyrer patienten med et præstationsevaluerende blik på kroppen* bekræftes. Præstationsevalueringen træder frem på to niveauer: risikohåndtering som en central del af handlerummet og risikobevidsthed som en del af selvforståelsen. Risikohåndteringen udspiller sig gennem to dimensioner: *Modtagelighed* over for potentielle risici og *forbedring* gennem en omskrivning af disse risici til symptomer, der kan handles på (Rose, 2009: 45-48).

1. Normsætning af gode og dårlige tal gør kroppen modtagelig over for risikoen for stigende tal og over for stigmatisering (Rose, 2009: 45; Goffman, 2009: 48).
2. Præstation eller *forbedring* af tallene gennem ekspertviden om sammenhænge mellem tal og livsstil. Enhver præstation må hele tiden evalueres på ny ved næste måling, der atter fremskriver potentielle risici (Rose, 2009: 45-48; Villadsen, 2007: 21).

Denne præstationsevaluering skaber risikobevidsthed, hvilket indtræder som en del af patientens selvforståelse på fire fronter:

1. Fortidens præstationer.
2. Dobbelt ansvar i forhold til at optimere kroppen.
3. Konkurrencementalitet.
4. Biosocialitet.

Praksisser og valg kommer således til at tage udgangspunkt i kroppen gennem risikokalkuler, som former både handlerum og selvforståelse samt de stigma, der påvirker de to forhold (Rose, 2009: 45; Goffman, 2009).

En viden med konsekvenser

I det følgende vil jeg vise, hvordan teknologiens rationalitet former patienterne i en grad, så den anskuet gennem den etopolitiske optimeringspræmis rækker ud over teknologiens umiddelbare genstandsfelt, diabeteskroppen. Den viden patienten får om egen krop og årsagssammenhænge har nogle konsekvenser for patientens bevidsthed om sygdommens grænser, om kontrol og optimering (Rose, 2001: 18; Lemke, 2007: 119).

Den nyerhvervede viden styrer patientens selvstyring i forhold til at definere mål. De inkluderede patienter oplever, at der faktisk er en vej til at blive rask på trods af, at man lider af en kronisk sygdom. Den vej går igennem vægtoptimering, som Johns udsagn nedenunder forklarer:

John: "Hvis jeg for eksempel kan få vægten ned på de der 110-115-stykker, så vil der sandsynligvis ske det, at min diabetes går i sig selv. Det, der er problemet, er, at man har fundet ud af, for mit vedkommende, at jeg producerer insulin. (...) Men det, der kommer fra nyren, det bliver ikke videretransporteret derhen, hvor det skal bruges. Så bliver man nødsaget til at få noget insulin ad anden vej. Og det vil sige, hvis jeg kan komme af med en 25-30 kilo, så bliver der et mindre fedtlag. Så er der en chance for at få den insulin, som jeg selv producerer, rundt. Og så får jeg ganske automatisk en lavere sukkerprocent. Så der er jo en mulighed for at blive rask på den måde." (B 2: D 5)

Poul har fået viden om, at hans krops insulinproduktion kan normaliseres, hvis han taber sig, og det vil desuden have en positiv effekt på blodsukkeret. Det kan betyde, at hans diabetes 2

ikke vil slå ud, og at han hverken vil have behov for regulering eller kontrol. Ud fra en stigmateteoretisk forståelse vil det sige, at han bliver rask i betydningen, at han uden bekymring kan *passere* som normal i sociale sammenhænge. I et stigmaperspektiv vil den negative egenskab, han bærer rundt på, således ikke være synlig, fordi han hverken vil afvige pga. overvægt eller medicinering (Goffman, 2009: 46). For patienterne går stigmahåndteringen, som vist i denne analyses del 2, igennem vægtoptimering. I et styringsperspektiv skaber teknologien en målstyring mod at blive rask, og denne målstyring går gennem adfærdskontrol reguleret af selvteknikker (Villadsen, 2007: 30 – 31; Dean, 2006: 74 – 75). Etopolitisk er det en optimering, der rækker ud over den kroniske sygdoms grænse, idet patienterne styrer sig mod omskrivning af sig selv til at blive raske og altså negerer den kroniske sygdoms karakteristika (Veiersted, 2009; Rose, 2009: 48). Det indikerer, at det at være rask er at identificere sig med egenskaber, der markerer sig som fraværet af sygdom f.eks. velreguleret vægt (Veiersted, 2009). Sondringen syg/rask defineres med udgangspunkt i sociale situationer, og i en etopolitisk optik underbygger det præmissen om, at kulturen former naturen (Rose, 2001: 18; Lemke, 2007: 119). Optimeringsrationaliteten rækker her ud over teknologiens umiddelbare sigte om at styre til velregulerede diabetes 2-patienter.

En frihed med begrænsninger

Teknologiens intervention har konsekvenser for patientens forhold til viden om krop og sygdom, idet den tvinger patienten til at være reflektiv om konsekvenserne af sygdommen. Kontrollen over kroppen vindes tilbage, men det er en frihed med begrænsninger, idet den afkræver refleksioner om liv og død og sygeliggørelse i hverdagen:

Simon: "Det, der er irriterende, det er, at du er bevidst om, at det her sukkersyge, det kan slå dig ihjel. Og det er jo klart, at hvis jeg en dag tænder for maskinen og de siger tyve i sukkersyge eller blodsukker, så kan det godt være, jeg lige skal ringe til hospitalet. (...) Det må jeg så leve med, for nu er fremtidsperspektivet lige pludselig et andet. (...) Jeg har det stadigvæk sådan, at jeg godt vil prøve at leve sundt, men i bund og grund kan det også blive for sygt. Jeg kan ikke tænke mig bare at skære alt væk, for at kunne overleve."(B 2: D 5)

Simon sætter i udsagnet ord på, hvordan tallene sætter begrænsninger for patientens liv. De sætter på en gang Simon fri, fordi han får mere indsigt i sin egen krop og dermed kan regulere sygdommen bedre, men samtidig er det et indgreb i hans frihed, idet teknologien skaber et fremtidsperspektiv, som gør, at patienten hele tiden må forholde sig til den fare, der ikke er indtruffen (Rose, 2009: 45). Der indføres en sammenhæng mellem tal og den

potentielle død, og den bevidsthed er tung at bære. Samtidig med at teknologien giver patienten rum til selvstyring, placerer den patienten i et afhængighedsforhold til hospitalet, fordi hospitalet netop er den eneste redning, hvis tallet er rigtig højt. Patienten må også hele tiden forholde sig til sin egen selvstyring af sygdommen, således at hverdagen ikke i for høj grad tager farve af sygdomsstyring (Dahlager, 2001: 94). Den øgede bevidsthed omkring sygdommen som både potentielt dødelig og sygeliggørende afkræver refleksivitet hos patienten. I et styringsperspektiv er der her tale om, at en velfærdsstatslig institution igennem teknologiens styringsrationalitet laver et indgreb i individets frihed (Rose, 2009: 45; Villadsen, 2007: 17). Friheden er styret, og teknologien skaber dermed en politisering af patientens liv ved at styre på fremtidsperspektivet. Det spændingsfelt mellem biopolitikens sigte mod kollektivets sikkerhed og governmentalitetsperspektivets styring af det frie individ som etopolitikken placerer sig i sættes her i spil, som en balancegang hos hver enkelt patient mellem eksempelvis sygdomsstyring og sygeliggørelse (Thorup Larsen, 2013: 4; Højlund & Villadsen, 2013: 4-5).

Livet efter hjemmemonitorering

Ovenstående peger på, at hjemmemonitorering som optimeringsteknologi udstyrer patienterne med en øget refleksivitet om styring af livet, om døden og om sygeliggørelse i hverdagen. Jeg har desuden i delanalyse 3 vist, hvordan teknologien udstyrer patienten med en øget refleksivitet om, hvordan livsstil påvirker kroppen fra dag til dag samt en øget refleksivitet om, hvordan man som diabetiker er et risikoindivid, der hele tiden må optimere sin egen krop, for at styre disse risici (Rose, 2009: 45-48). Som en del af dette forsøgsprojekt med hjemmemonitorering afprøver patienterne udstyret i 8 måneder (Telemedicinsk infopjece). Lidt polemisk kan man spørge: Hvordan styres livet efter hjemmemonitorering? Vil der opstå et styringsunderskud i patientens liv (Andersen & Thygesen, 2004)? Jeg kan ikke give et empirisk funderet svar på dette spørgsmål, men jeg har vist, at teknologiens intervention påvirker patienterne, og jeg kan vise, at fraværet af teknologien også præger patienternes forestilling om fremtiden med diabetes 2:

Allan: *"I hvert fald spiser jeg på en anderledes måde. Jeg kaster ikke bare noget ned, eller ovre på grillen eller et eller andet."*

Mig: *"Hvad er hovedårsagen til den ændring?"*

Allan: *"Det er de daglige målinger. Før skulle jeg bare tage den en gang imellem. Nu kan jeg se en udvikling hele vejen igennem. Jeg bliver konfronteret med sandheden lige pludselig."*

Mig: *"Kommer du til at savne den?"*

Allan: *"Ja, det gør jeg. Det der med at se udviklingen fra dag til dag."* (B 2, D 5)

Simon: *"Apparatet har lært mig, at jeg er nødt til at have nogle kontrolapparater, og at det ikke er nok, at jeg går ud på hospitalet hver tredje måned og får målingerne der."* (B 2, D 5)

Mig: *"Gør det her udstyr det nemmere for dig at lytte til din krop?"*

Fatima: *"Ja, jeg tror, det har gjort en rigtig stor forskel."* (B 2, D 5)

Det er ikke nødvendigvis alle patienter, der kommer til at savne teknologien, men dens intervention har sat deres handlerum og selvforståelse i et nyt lys. I analysen har jeg vist at selvforholdet præges af kontrol og selvmonitorering, men kan dette selvforhold opretholdes, når der ikke længere er en daglig styring til målinger, der aktualiserer diabetes 2 som en risiko? Uden teknologien vil patienten måske være nødt til at opsøge andre styringsteknologier for i samme grad eller øget omfang at kunne monitorere sin krop regelmæssigt. Nedenstående udsagn er et eksempel på, at nogle af patienterne i øget grad har taget den etopolitiske rationalitet til sig, hvor livet er et kontinuerligt optimeringsprojekt, hvor man netop igennem evaluering og optimering skaber nye normer for kroppen (Rose, 2001: 18; Lemke, 2007: 119):

Simon: *"Konditallet ville være en ting, det nok ville være rar at have med. (...) Jeg savner også fedtprocent, kolesteroltal. Hvis man kunne få det med, så man kunne få et overordnet billede af ens helbred, så tror jeg faktisk, det ville hjælpe endnu mere. Jeg ved ikke, om man kan måle ens kolesteroltal derhjemme, men det ville motivere mig mere, hvis man kunne se, at kolesteroltallet også var deroppe, og det hele bare var ad helvede til. Det ville være mere motiverende end bare at have nogle få tal."* (B 2, D 5)

Patienten fortæller i udsagnet, hvordan han godt kunne ønske sig, at der var adgang til flere måleenheder for kroppen, så han kan evaluere, hvordan det generelt ser ud med kroppens tilstand. Der efterlyses flere måder at kvantificere kroppen på, ud fra det rationale, at det kan give et endnu bedre overblik over kroppens tilstand og dermed også flere interventionsmuligheder. I et etopolitisk lys efterlyser han en risikofremskrivning på flere parametre end dem, teknologien tilbyder (Rose, 2009: 45). Den somatiske krop objektiveres som et objekt, der kan opsplittes i enheder og hændelsesforløb som gør, at man kan aflæse mere end blot diabetes 2 (Rose, 2009: 41). Regulariteten blandt de patienter, der efterlyser endnu flere parametre at intervenere på viser, at teknologiens blik på kroppen er blevet en

del af patientens selvforståelse af egen krop, og at dette blik også rækker ud over diabetes 2 (B 2, D 5) (Dahlager, 2001:91). Med etopolitikens perspektiv kan man sige, at hele kroppen, og ikke bare diabeteskroppen, igennem teknologiens blik konstrueres som en flydende krop, et plastisk objekt, der kontinuerligt kan risikosættes og forbedres gennem nye måleenheder. Selve optimeringsrationaliteten er altså internaliseret i patientens blik på hele kroppen, som igennem dette blik hele tiden tilbyder nye forbedringsmuligheder. Optimering normsættes som målet i sig selv i et kropspolitisk livsprojekt. Optimeringsrationaliteten strukturerer altså rummet for patientens selvforhold og adfærd, og sætter kroppen som referenceobjektet for styring af livet (Rose, 2001: 18; Lemke, 2007: 119; Dean & Villadsen, 2012: 48-49).

Teknologiens blinde plet

I mine analyser har jeg med et anden ordens-blik vist, hvordan kategorier og forståelsesrammer betones, og hvordan teknologien betoner disse på en ny måde. Hjemmemonitorering er som en styringsteknologi, der styrer gennem risikooptimering aldrig uskyldig, idet den former de individer, der underlægges teknologiens forskelssættende blik (Rose, 2009: 45; Andersen & Thygesen, 2004: 19). I analysen har jeg vist, hvordan teknologien, igennem konstruktionen af en specifik optimeringsrationalitet, skaber nogle effekter udover regulering af diabetes 2, som betoner patientens selvforhold og adfærd på nye måder. Nogle af disse effekter er afledte, nogle er måske ligefrem overraskende. I hvert fald har teknologiens styring nogle blinde pletter, der afkræver refleksivitet i den videre udvikling af teknologien. Det vil sige, at man skal være refleksiv omkring:

- Optimeringsteknologiens blik på inklusion og eksklusion på baggrund af specifikke måleenheder. Teknologien ekskluderer patienter, der ikke kan knytte an til en ritualiseret målepraksis, som går igennem computerteknologi.
- Stigmatisering. Hvornår er stigmatisering en nødvendig katalysator for at skabe motivation, som også kan skabe et udvidet rum til at håndtere stigmaet strategisk, og hvornår er stigmatisering demotiverende og skadende for patientens selvforståelse og handlerum?
- Sandhederne om diabeteskroppen, som teknologien skaber. Den skaber en normsætning af krop og selvledelse, der bunder i kvantitative enheder fremvist på en skærm og afviser derigennem kvalitative signaler som mindre gyldige, med mindre de kan kædes sammen med tal på baggrund af vidensdannelse.

- Følgevirkningerne af at patienten skal præstere på egen krop på baggrund af løbende evaluering. Der udvikles et nyt blik på patientens fortid, og en konkurrencementalitet hvor patienten konkurrerer med sig selv.
- Den specifikke biosocialitet, som teknologien skaber. Denne binding mellem patient og hospital hjælper og motiverer patienterne i svære perioder. Hvordan kan denne binding eventuelt understøttes og udvikles?
- Den norm teknologien etablerer, der styrer efter optimering af kroppen og som også rækker ud over diabetes 2. Patientens præstationsevaluerende blik retter sig mod en bredere defineret krop og ikke kun diabeteskroppen. Teknologien skaber altså ikke kun regulering af diabeteskroppen, men åbner også et potentielt rum for styring på andre parametre.
- Patienten skal kunne håndtere det øgede behov for refleksivitet omkring sygeliggørelse, liv og død.
- Patientens situation efter de 8 måneder, hvor teknologiens direkte intervention ophører. Hvad sker der, når udstyret tages væk igen? Vil det efterlade et tomrum, eller vil patienten opsøge nye teknologier til selvstyring. Nye studier eller efterfølgende evalueringer må undersøge dette.

Diskussion

Jeg har i kapitel 2 forklaret, hvordan mit valg af iagttagelsesprogram medfører blinde pletter. I denne diskussion berører jeg en af de analytiske iagttagelser, som etopolitikens perspektiv gør mig blind overfor. Jeg vil supplere Nikolas Rose's blik på individets frihed til normsætning af den flydende krop gennem optimering, med en problematisering af friheden. Hertil inddrager jeg den polske sociolog Zygmunt Baumans blik på frihed (Bauman, 1995).

Fatima: "Du har et stort ansvar derhjemme. Du har et stort ansvar ude i samfundet. Pludselig skal jeg også leve sundt, altså helt ærligt. (...) Nogle gange går der en hel uge, hvor jeg ikke måler på apparatet, fordi det stresser mig. Jeg har ikke overskud til at blive konfronteret med tallet. (...) Når jeg laver mad til familien, laver jeg sund mad, men indimellem bestiller de store børn pizza, og så er det svært ikke lige at spise et stykke." (B 2, D 5)

Fatima forklarer i ovenstående udsagn, hvordan ansvaret for egen krop og livsstil til tider bliver for tungt at bære. Den frihed til normsætning, som teknologien giver patienterne, ender også med at stresser hende. Så meget, at hun til tider giver op på ansvaret for daglige valg

om sund livsstil og i stedet vælger en anden vej for normer om kost, end den teknologien styrer hende til. Politikerne i denne kandidatafhandlings indledning hylder telemedicinen for dens frisættende muligheder. I etopolitikens blik er teknologiske fremskridt og den moderne lægevidenskab årsagen til denne nyvundne frihed. En stor del af den etiske refleksion om individets biologiske konstitution og biologiens sammenhæng med identitet og livsprojekter er således lagt ud til den enkelte (Lemke, 2007: 119). Der er et væld af nye ekspertformer og institutioner, der forsøger at forme patientens selvstyring til normdannelse. Der er også et væld af kommercielle interesser, som former denne normdannelse (Novas, 2008: 139). I kølvandet på optimeringsrationaliteten sker der en eksplosion af både individuelle og kollektive muligheder for dannelse af socialitet og optimering (Rabinow, 1996; Novas, 2008). Det der tidligere var fastlagte normer og fællesskaber er nu eksploderet i et hav af frie valg om normer, der relaterer sig til livsstil og sundhed, men som også relaterer sig til alt fra det kosmetiske overfladeniveau til det molekylære, genetiske dybdeniveau (Rose, 2001: 18).

Det øgede behov for refleksivitet om en balancegang mellem individuel sygdomsstyring og sygeliggørelse, som jeg fremanalyserer i analyse 2, del 5, kan anskues som en balancegang mellem selvkontrol og kollektiv normsætning. Dette spændingsforhold har lighed med det paradoksale vilkår, som Bauman (1995) har teoretiseret over: splittelsen mellem behovet for frihed og behovet for faste rammer. Dette spændingsforhold kan også opstilles som forholdet mellem det partikulære og det universelle. Det partikulære er der, hvor friheden til individualitet kan træde frem og det universelle er der, hvor man underlægges samme rammer og træder frem som en del af flere (Bauman, 1995). Det er i en analyse af overgangen fra det moderne til det postmoderne samfund, at dette spændingsforhold træder frem, et spænd der også dækker over en overgang fra etik til moral (Bauman, 1995). Moderniteten har et iboende etikprogram, som er båret af en universel logik, der kredser om rettigheder, upartiskhed og fællesskab, hvorimod postmodernitetens moralprogram er en form for partikularitets-logik, hvor moral er en individuel størrelse (Bauman, 1995). Det betyder, at individet i det postmoderne samfund selv er ansvarlig for at træffe de rigtige, moralske valg. Det moralske valg bliver dermed et kontingent valg, som det også er i etopolitikken og som det, med henvisning til analyse 2, også kan sige at være i hjemmemonitoreringens optimeringsrationalitet (Novas & Rose, 2000: 489). I Baumans perspektiv er friheden dog ikke en let byrde, og den risikerer at slå over i en paradoksal ufri frihed, hvor individet søger universelle guidelines og standardiserede normprogrammer for at lette sig for denne byrde (Bauman, 1995: 6-7). Supplerer man politikernes såvel som det etopolitiske perspektiv med en sådan refleksion om frihedens byrde, giver det måske en øget

opmærksomhed mod selvstyringens skrøbelige balance mellem frihed til ansvar og behovet for kollektive rammer. Med henvisning til min analyse kan man sige, at magtteknologierne styrer til en vis grad af universelle standarder for målinger og tal, mens selvteknologierne styrer til en mere partikulær normsætning af adfærd i forhold til livsstil. Som diskussionens indledende citat forklarer, kan den nyvundne partikulære frihed til ansvar for egen krop og livsstil blive for tung at bære. Postmodernitetens moralprogram er netop forstået som det partikulære, frie valg, som kun det enkelte individ kan tage ansvar for. Ethvert valg er også et dilemma mellem det moralsk rigtige og det moralsk forkerte, og friheden risikerer dermed at medføre angst eller stress (Bauman, 1995).

I min analyse er der flere eksempler, der kan illustrere at teknologiens intervention skaber en forhandling mellem individuelle valg og kollektive normer. I analyse 2 del 4 freanalyserer jeg, hvordan der i relationen mellem teknologi og patient skabes et dobbelt ansvar for frihed til optimering, der både retter sig mod patientens selvforhold og patientens forhold til den velfærdsstatslige autoritet, hospitalet. Jeg viser også i samme delanalyse, hvordan patientens oplevelse af at skulle normsætte sin egen krop kan føre til dårlig samvittighed. Selvom spændingsforholdet måske betones på nye måder i relationen mellem teknologi og patient kan man med Baumanns blik som forståelsesramme problematisere, om det for eksempel er derfor Fatima i det indledende udsagn ikke kan overskride det paradoksale forhold mellem universalitet og partikularitet. Livsstilsnormerne er kontingente, og den kontrol patienten har tilegnet sig gennem mådehold og en specifik livsstil kan slå over i andre kollektive normer og sandheder, der prioriterer mådehold og sund livsstil lavere. Hvis ansvaret og pligten bliver for tung, tilvælger man måske andre standardiserede normer, der kræver mindre partikulær selvstyring og normsætning.

Kapitel 4: Konklusion

Konklusion

I dette speciale har jeg undersøgt, hvordan hjemmemonitorering former patienters ledelsesrum i hverdagen med det formål at skabe velregulerede patienter. Det har jeg gjort på baggrund af en indledende konstatering af, at hjemmemonitorering, som en del af den telemedicinske indsats, er en væsentlig del af den politiske vision for Danmarks sundhedssystem. En vision som har relevans her og nu, idet de første initiativer til efterprøvning af telemedicinske løsninger allerede er sat i gang (National handlingsplan (a)). Dette speciales empiriske case er et forsøgsprojekt til "fastholdelse af sund livsstil og bedre diabeteskontrol" blandt diabetes 2-patienter (Telemedicinsk infopjece). Det udgør en velegnet case til problematisering af hjemmemonitoreringens særlige betingelser som et styringsredskab til ledelse af frie individer (Andersen & Thygesen, 2004).

Teori om supervisorstatens styring af borgeren til normsættelse af det enkelte individs frie valg har formet mit blik til fire antagelser om hjemmemonitorering (Rose, 1999; Andersen, 2008): (1) Objektivisering af kroppen går gennem målinger, (2) disse målinger er afgørende for, hvordan man som patient kan træde frem, (3) målingerne skaber viden og normer om sund livsstil og krop og (4) som patient er man nødt til at kunne skabe risici om usund livsstil og normer, for at kunne tilegne sig et handlerum. Disse antagelser har ledt mig til følgende problemformulering:

Hvordan betinger hjemmemonitorering kroniske patienters mulighed for at lede sig selv?

For at besvare denne problemformulering har jeg interviewet 8 diabetes 2-patienter om de muligheds- og umulighedsbetingelser som hjemmemonitoreringens intervention giver dem i deres hverdag. Empirien har jeg analytisk behandlet gennem et etopolitisk perspektiv, der indeholder elementer fra governmentality, biopolitik og stigmateori (Rose, 2009; Goffman, 2009).

Det helt korte svar på problemformuleringen vil være, at hjemmemonitorering betinger risikable patienters ledelse som en kontinuerlig præstationsevaluering, hvis sigte er optimering af kroppen. For at nå frem til dette svar, har jeg konstrueret min analyse som en todelt analyse, der afdækker et før og et nu.

De analytiske resultater fra analyse 1 og 2 fremgår af dette skema:

Kategorier	Sygdom (usikkerhed/viden)	Stigma (stigma/ normal)	Kvantificerbar krop (kvantificerbar/ ustabil)
-------------------	------------------------------	-------------------------------	---

FØR

Handlerum	Usikre kategorier for symptomer: Diffust handlerum	Afvigelse. Sensitivitet over for forventninger i sociale situationer	Ingen kropsfornemmelse, momentan vished om krop
Selvforståelse	Diffus patientkategorisering	Afviger	Diffus kropsforståelse

EFTER

Handlerum for den inkluderede patient	Kausal viden om symptomer i forhold til risikable tal. Forbedring af sygdom gennem præstations-evaluering.	Normalitet opnås gennem optimering. Strategisk stigma-håndtering	Kausal viden om risikable tal i forhold til livsstil. Optimering af kroppen via præstationsevaluering.
Selvforståelse hos den inkluderede patient	Præstationsevaluerende somatisk risikosubjekt	Øget normalisering	Optimering af livet går gennem kroppen
Handlerum for den ekskluderede patient	Usikre kategorier for symptomer: Diffust handlerum, apati	Øget stigmatisering	Ingen kropsfornemmelse, momentan vished om krop, apati
Selvforståelse hos den ekskluderede patient	Diffus patientkategorisering	Øget stigmatisering	Diffus kropsforståelse.

Patientens hverdag før teknologiens intervention

De 8 interviewede informanter iagttager deres hverdag ud fra 3 kategorier: sygdom, stigma og kroppen. Selvforholdet, forstået som handlerum og selvforståelse, er præget af en usikkerhed angående kategoriseringen af symptomer og diagnoser, hvilket gør det svært at træffe konsistente beslutninger for styring af kroppen (Dean, 2006: 44; Rose, 2009).

Informanterne oplever sig selv som stigmatiserede i sociale situationer, særligt når det drejer sig om selvkontrol, overvægt og interventioner på kroppen. Det betyder, at de er sensitive over for forventninger i sociale situationer, således at de så vidt muligt kan *passere* som normale i de normales blik (Goffman, 2009: 113). Kvantificering af kroppen gennem målinger er patienternes mulighed for viden om sukkersygens tilstand, men det er en momentan viden, da der ikke er regelmæssig adgang til denne viden (Rose, 2009).

Patientens hverdag efter teknologiens intervention

Hjemmemonitorering intervenserer på disse kategorier gennem det forskelsledende blik risikabel praksis/ikke-risikabel praksis. Det blik inkluderer individer, der knytter an til en talkommunikation, som går gennem ritualiserede målinger af diabeteskroppen. Individer, der ikke kan knytte an til talkommunikation, fremstår ikke som risikable individer og ekskluderes derfor fra teknologiens blik (Rose, 2009: 45-48). Det splitter informanterne op i 6 inkluderede patienter og 2 ekskluderede patienter. På baggrund af oplevede, kausale sammenhænge mellem risikable tal og symptomer formes patienten til at evaluere og forbedre disse sammenhænge gennem magtteknikker som grafer og tabeller. Denne optimeringsrationalitet gør sig også gældende i forhold til kroppen, men her knytter kausaliteterne sig til tal og livsstil og virker dels gennem magtteknikker, men også gennem selvteknikker, der fokuserer på livsstilsadfærd. Optimeringen i patienternes handlerum går altså gennem ekspertviden om risikabel praksis og adfærd (Dean, 2006: 15; Rose, 2009).

Jeg har kaldt optimeringsrationaliteten en præstationsevaluering, fordi patienterne kontinuerligt evaluerer præstationer igennem magtteknikker og selvteknikker for at optimere kroppen gennem yderligere præstationer. Dette præstationsevaluerende blik installeres også på patientens selvforståelse og skaber en ansvarsfølelse over for både hospital og patienten selv, men også en konkurrencementalitet, hvor man konkurrerer med egne tal. En dårlig præstation resulterer i dårlig samvittighed. Desuden konstrueres der, særligt igennem magtteknologier som videokonversationer, et biosocialt fællesskab mellem patienten og hospitalet (Rabinow, 1996). De ritualiserede målinger markerer patientens stigma og fremskriver også risici for stigmaforværring (Goffman, 2009). Dette bliver en motivation for

forbedring af tallene hos patienterne, som oplever, at det er vejen til normalitet. Samlende kan man sige, at patienterne, efter teknologiens intervention, oplever sygdom og krop som objekter for vidensdannelse og optimering, der påvirker hinanden, Derudover oplever de en øget normalisering, fordi de opnår kontrol (Novas & Rose, 2000: 489; Goffman, 2009: 46). Optimeringsrationaliten former altså også patientens selvforståelse og identifikationsmuligheder (Dahlager, 2001).

De ekskluderede patienters selvforhold påvirkes til dels af den manglende anknnytning til teknologiens optimeringsrationalitet, selvom de ikke konstrueres som risikoindivider. Der kan iagttages en vis apati over for den sammenhæng mellem tal, symptomer og krop, som de har oplevet før teknologiens intervention. De føler også et ansvar i forhold til at levere målinger til hospitalet, men de kan ikke aflæse sammenhænge i tallene. De ekskluderedes stigma som diabetikere påvirkes i en negativ retning. Den manglende anknnytning til teknologien, der bl.a. går gennem tekniske anordninger som en computer og måleapparater, får dem til at føle sig dumme, stressede og uansvarlige. Dette stigma internaliserer de som en del af deres selvforståelse (Goffman, 2009). Teknologiens risikokommunikation har altså både konsekvenser for den inkluderede såvel som den ekskluderede patients handlerum og selvforståelse.

Dannelse af kropspolitiske livsprojekter

De fire antagelser, jeg indledningsvist har formuleret bekræftes altså af mine analyser. Der viser sig til gengæld også at være nogle afledte sociale effekter af teknologiens intervention, som mine antagelser ikke rummer. Set igennem en etopolitisk optik viser jeg i den afsluttende del af analyse 2, at teknologiens intervention på de inkluderede patienter efterlader dem med en ny subjektivitet, der er præget af en optimeringsrationalitet, som rækker ud over regulering af diabetes 2. Den etopolitiske præmis om kroppen som et flydende objekt, der gennem governmentale styringsteknikker optimeres som en central del af et kontinuerligt livsprojekt, indikeres ved at patienterne får et nyt blik på muligheden for at præstere sig raske. I en kobling til et stigmaperspektiv kan det betyde, at man ubesværet kan *passere* som normal (Rose, 2001: 18; Lemke, 2007: 119; Goffman, 2009). Interventionen afleder også et øget behov for refleksivitet i forhold til liv, død og sygeliggørelse. Flere af patienterne viser desuden et ønske om at udvide det præstationsevaluerende blik til hele kroppen og ikke blot diabeteskroppen gennem tilegnelse af andre optimeringsteknologier (Rose, 2009).

Kandidatafhandlingen viser altså, at hjemmemonitorering som styringsteknologi leder patienten ved at skabe risici, ved at danne vidensformer og ved at forme handlerum og selvforståelse i optimeringsrationalitetens tegn. Det nye subjektet iagttager således hele kroppen som en genstand, der er modtagelig for omskrivning, og optimeringen normsættes som et kropspolitisk mål (Rose, 2009; Lemke, 2007).

I afhandlingens afsluttende diskussion problematiserer jeg etopolitikens blik på optimeringens frisættelse af individet til selv at normsætte kroppen og livet. Med brug af Baumanns frihedsbegreb kan denne frihed blive et tungt ansvar at bære (Bauman, 1995). Så tungt, at den kan slå over i en ufri frihed, hvor individet ledes væk fra individuel normsætning og mod kollektive livsstilsnormer, som ikke nødvendigvis stemmer overens med teknologiens optimeringsrationalitet. Afsluttende kan man altså påpege, at hjemmemonitoreringens styring af patienten er udstyret med en vis skrøbelighed over for et dilemma mellem behovet for frihed og behovet for kollektive normer.

Undersøgelsens relevans

Denne kandidatafhandling tilbyder viden om, hvordan hjemmemonitorering som en styringsteknologi former subjekter til styring af kroppen. Jeg vil forholde mine analytiske resultater til de 3 initiativer i den telemedicinske indsats, hvor hjemmemonitorering med videokonversationer indgår. Det drejer sig henholdsvis om diabetes 2-patienter, KOL-patienter og psykiatriske patienter.

I analyse 1 fremanalyserer jeg, hvordan diabetikerens hverdag er præget af usikkerhed, stigma og et måleorienteret blik på kroppen. Denne viden kan først og fremmest siges at være relevant i relation til diabetes 2-patienter.

Optimeringsteknologiens overordnede principper for anknytning går gennem konstruktionen af patienten som risikoindivid. Dette har en relevans for initiativ 1 og 2. I disse initiativer skal man som kronisk patient måle på forskellige værdier og derigennem normsætte kroppen ud fra bestemte parametre (Telemedicinske projekter). Det er også relevant i forhold til den normsætning af god selvledelse og livsstil, både nutid og fortidig, som præstationsevaluering af kroppen skaber.

Følgervirkningerne af det præstationsevaluerende blik, som udmønter sig i et subjekt, der konkurrerer med sig selv og føler ansvar over for tallene er oplagte af undersøge i

komparative studier med de andre initiativer, hvor hjemmemonitorering og videokonversationer indgår, det vil sige KOL-patienter og psykiatriske patienter (National handlingsplan (b)). Et sådant studie vil gøre det muligt at sammenligne yderligere, hvordan relationen mellem patient og teknologi former patienternes selvstyring, og hvordan denne relation intervenserer på patientens socialitet.

Dette speciale tilbyder viden til politikere, regioner, kommuner såvel som de organisationer i sundhedssystemet, der skal bringe hjemmemonitorering til anvendelse, og som ikke mindst skal stå til ansvar for de sociale effekter teknologien skaber.

Bilag 1 Display 1

I dette bilag foreligger det display, der knytter sig til forskningsspørgsmålet i analyse 1. Displayet er bygget op med kategorier og underkategorier, som har dannet basis for kodningen af interviewmaterialets udsagn.

Display 1, *Hvordan betinger diabetes 2 hverdagen for patienterne?*

Kategorier	Underkategorier	Udsagn
Sygdom	Symptomer	<p>"Jeg har ikke haft symptomer på sukkersyge, som alle andre har haft med at være tørstig og lade vandet og ligge søvnløs og alt det der. (...) Jeg kan måske have gået med det i fem eller 10 år uden at have været opmærksom på det (...) Det er pissesvært. Jeg mærker det kun, når det går galt." (Simon)</p> <p>"Jeg får meget høj hjertebanken, og mit hoved, det er ligesom om hjerne vrides, og jeg får synsforstyrrelser. Jeg ryster og kan ikke stå på mine gene ben. Det er rigtig ubehageligt. Nogen gange hvis dette r rigtig slemt, så går jeg i kramper. Så man skal skynde sig at få noget at spise. Bare man får noget, så stiger blodsukkeret igen. Så jeg kan mærke det fysisk. Der er nogen gange en hurtig refleks mellem min krop og min ide om at nu er den der." (Fatima)</p> <p>"Nej, jeg kan kun mærke den, hvis den er for lav. Det er ikke fordi jeg får svimmelhed. Jeg kan ikke mærke det før det går galt. Er den høj kan jeg mærke at jeg er tørstig, og jeg har en mærkelig smag i munden. Sådan en sur kiwiagtig smag. Og jeg kan ikke smage på maden." (Fatima)</p> <p>"Men jeg har også fået den sidste nye her, Mentosa (Peger på sprøjte). Det hjælper lidt med at holde den nede. Den tager det værste sult, men man mærker ikke rigtig at man er sulten. Jeg kan faktisk gå hele dagen uden at spise. Så lige pludselig så er den jo gal. For en lille måneds tid siden gik jeg bare sådan lidt for mig selv, og så tænkte jeg: "Der er et eller andet galt". Så prøvede jeg at tage blodsukkeret, så viste den 3. Det var lige i den lave ende." (Allan)</p> <p>"Nogen gange, hvis det bliver meget lavt kan jeg måske godt mærke at jeg bliver sulten eller sådan, ellers synes jeg ikke der er noget? Blodsukkertallet ligger og svinger fra 5 op til en 11-12 stykker. Det synes jeg ikke jeg kan mærke." (Jesper)</p> <p>"Men jeg har altid så noget som druesukker på mig ikke. Bare hvis det skulle gå galt, ikke. Så kan jeg lige justere. Og så skal jeg passe på jeg ikke får påtaget mig for mange ting. For så kan jeg godt mærke, at så kører tallet helt op." (Berit)</p> <p>"Blodsukkeret var helt oppe. Og det vidste jeg jo ikke, for jeg havde vænnet mig til, at det var så højt. Jeg havde ikke været klar over at der var</p>

	<p><i>noget galt med kroppen. Hvis den føles sådan, så er det sådan den skal føles har jeg tænkt." (Ingrid)</i></p> <p><i>"Jeg mærker ikke fysisk uro eller ondt i maven eller sådan noget. Ikke som sådan." (Ingrid)</i></p>
Diagnose/viden	<p><i>"Efter den 3. Omgang på Bispebjerg kom der en dame og sagde: "Ved du hvad. Jeg tror det er noget med dit sukker." Det kunne jeg slet ikke forstå. Vi har ikke noget i familien med sukkersyge. De havde taget blodprøver. Jeg havde to børn den gang. Nr. et var normalvægtig, men nr. to vejede rigtig meget. 5 kilo og 200 gram. Men alt var normalt dengang. Jeg tvivler dog på om jeg ikke havde haft det i lang tid, når jeg havde en baby der vejede så meget. Det påvirker så fosteret bliver kæmpestort. Ikke noget med at gå overtid. Når er diabetiker skal man have hyppig kontrol, for at undersøge at man ikke etager meget på, og at fosteret ikke tager på. Graviditeten var helt tilbage i 1992. Min søn er født i 93. Jeg blev først konstateret som diabetespatient i 1995. Det tog nogle år. Der var ingen der vidste det." (Fatima)</i></p> <p><i>"Nogen gange læser jeg at jeg er 1'eren og nogen gange at jeg er 2'eren. (...) Jeg tror selv jeg er 1'er. Blodsukkeret er ikke velreguleret, og man hører at diabetes 2 skyldes overvægt. Jeg har aldrig været overvægtig. Det er lidt mystisk (...) Det er stressende. Du ved ikke, hvornår du er rask og hvornår, du er syg. Det kan lige pludselig komme." (Fatima)</i></p> <p><i>"Jeg mener ikke vi har haft det i familien. Jeg har ikke hørt om det i hvert fald. Jeg fik ikke at vide, at det var på grund af kost eller rygning eller sådan noget." (Jesper)</i></p> <p><i>"Jeg kan godt have haft det 10-15 år uden at vide det. Jeg mærkede ikke noget til det. (...) Men det er nu ikke fordi jeg synes jeg har det så dårligt i dag. Det synes jeg ikke. Men man kan ikke vide hvordan man ville have det, hvis man ikke havde haft det." (Jesper)</i></p> <p><i>"Ja nogen gange bliver det lavere, men jeg er ikke sikker på om det skyldes noget spiser eller cyklen. Jeg tror der er en sammenhæng. Men det kan jo også være pga... det jeg spiser. Det ved jeg jo ikke. For nogle gange har det været fornuftigt og andre gange har det været tåmhøjt. Eller jeg spiser en småkage, og så kan det være lavt. Jeg kan ikke finde ud af det." (Ingrid)</i></p>
Følgesygdomme	<p><i>"Ja, det vil sige: hospitalerne siger til mig at når man bliver ældre og har diabetes, så har man følgesygdomme. Så jeg skal have medicin imod disse følgesygdomme for at hindre at de dukker op." (Poul)</i></p> <p><i>"Det kommer an på om man er synskadet eller om det på anden måde går ud over øjnene. Det gør det også med sukkersyge." (Poul)</i></p> <p><i>"Jeg har også leddegigt. Jeg ved ikke om det er relateret. Det er ikke noget vi har haft i familien. Jeg ved ikke hvorfor det pludselig kom. Det er</i></p>

		<p>der ingen der gør. Lægerne de ved ikke hvor det kommer fra. Det dukker pludselig op." (Jesper)</p> <p>"Jeg kan ikke altid mærke det. Kun nogen gange. Lige pludselig så er den der, så begynder jeg at græde og bliver sådan rigtig ulykkelig. (...) Jeg har altid fået at vide, at jeg var en stærk person, så derfor reagerede jeg ret voldsomt på, at jeg skulle være psykisk syg. Det må være forfærdeligt for de mennesker der er psykisk syge. Jeg har virkelig ondt af dem. Ud over de andre legemlige sygdomme, hvor du får smerter, så må det være den værste sygdom, den psykiske. Du kan jo ikke slev styre noget." (Ingrid)</p> <p>"Jeg ved ikke om jeg har haft nogle følgesygdomme, men jeg skal til øjenlæge her den 10., fordi der kører sådan noget sort hen over øjnene. Det kunne jo godt tyde på at være sådan noget grå stær." (Ingrid)</p>
Stigma	Sociale sammenhænge	<p>"Det er pisseirriterende. Fuldstændig. Jeg hader det da. Nu ved jeg, julemåneden kommer med familie og julefrokoster og nytårsaftnen, og jeg ved, at jeg skal holde diæten alle de andre dage, for at kunne spise juleaften. Jeg hader det. (...) jeg kan godt lide at spise sundt, men nogle gange når man er ude, så skal man hele tiden trække håndbremsen og snuppe en dansk vand fremfor noget andet." (Simon)</p> <p>"Det er jo ikke fordi jeg har holdt mig tilbage, hvis der har været en fest, men jeg har spist mindre." (Trine)</p> <p>"Det føltes som en straf for mig. Folk så ikke skævt til mig, men det var som om de tænkte: "Er du sådan en som altid har spist usundt, og er det derfor du har fået sukkersyge?" "Har du været fed, har du været dit og dat, ryger du, drikker du. Det går lige direkte i hjertet. Jeg har ikke gjort dit og dat, men jeg har fået det. Det er er ligesom rygning, det giver kræft, men nogen gange hører man også om folk, der ikke ryger og alligevel har de fået kræft. Jeg tror ikke det er noget med livsstil, det er noget med gener. Hvordan er vi mennesker bygget op.. er man bygge af god kvalitet, jamen så bliver man også god kvalitet. Eller også så bliver man en mellemklasse." (Fatima)</p> <p>"Så bliver jeg jo ligesom dig. Det tænker jeg. Det er jo det jeg har kæmpet for hele mit liv. For at ligne alle andre. Det er svært når samfundet ikke vil have dig. De vil jo ikke have mig på mine betingelser, vel." (Ingrid)</p> <p>"Og så fik de det ned med noget medicin, som vi andre ikke må få, men de har detovre hos hospitalet til at få det ned sådan lige her og nu. Og så sendte de mig så hjem. Det har ikke været lige så højt, men det har været højt nogle gange og så begynder jeg at blive ked af det. Helt umotiveret begynder jeg at græde, så mine børn bliver bange og siger: "mor hvad har vi gjort dig." (Ingrid)</p> <p>"Og problemet er jo, når du har en vare....mine unger kommer og siger: "Mor er du sikker på, at du må spise det her?" Ja, hvorfor ikke? "Jamen,</p>

		<i>prøv lige og hør, hvad der står omme bagpå". Så står der sådan en eller anden klamamse jeg ikke kan læse. Og de siger også: "Mor du er altså en belastning at have med, for tager jo 5 gange så lang tid at have mig med." (Ingrid)</i>
	Overvægt	<p><i>"Jeg har en travl arbejdsdag med mange arbejdstimer. Det har ikke påvirket den, og jeg har ikke været syg, men det irriterer mig, at jeg hele tiden skal være opmærksom på det (sukkersygen). Og det hænger jo sammen med, at jeg er lidt overvægtig, og det vil jeg jo gerne styre lidt." (Trine)</i></p> <p><i>"Blodsukkeret er ikke velreguleret, og man hører, at diabetes 2 skyldes overvægt. Jeg har aldrig været overvægtig. Det er lidt mystisk." (P 3)</i></p> <p><i>"Det var som om de tænkte: "Er du sådan en som altid har spist usundt, og er det derfor, du har fået sukkersyge?" "Har du været fed, har du været dit og dat, ryger du, drikker du?" Jeg ryger ikke og jeg drikker ikke, men man bliver lidt dømt på forhånd." (Fatima)</i></p> <p><i>"For mig har det ikke gjort så meget en forskel hvad vægten er, for jeg er ikke den type, der skal være bange for lige pludselig at ramme 70. Jeg passer på at være fit. Jeg skal ikke op på 65. Det er meget få gange jeg har været på 65, og så er det: "Hallo! Stram op." (Fatima)</i></p> <p><i>"Øh, det er selvfølgelig at jeg er kraftig, ikke. Det har jeg jo alle dage været. Siden barnsben. Der så nogle enkelte der siger: "Så kunne du også bare lære at spise ordentligt og prøve at tabe dig, så kunne det nok hjælpe ikke." Så kigger jeg bare og siger: "Nå. Det kunne lige så godt ramme jer." Og så får jeg faktisk ikke nogen respons tilbage. Jeg tror bare ikke man skal reagere. Man skal ikke bare sætte sig ned og så sige: "Åh, nej, nu har jeg fået det at vide igen". Det gider jeg ikke. Jeg er også slidt i mine knæ, så, då vidt muligt går jeg ikke på trapperne. Og da får jeg altså tit at vide: "Hvorfor kan du ikke tage trapperne. Det har du nok bedre af." Så siger jeg: "Ved du hvad, det er ikke jeres knæ." Det er altså mine knæ der knækker, når jeg enten går op eller nedad trapperne. Der er mange der ikke kan tåle at se det. Og det er virkelig væmmeligt, når du går på trapper." (Berit)</i></p> <p><i>"Og der (på badeværelset) går jeg også ud om morgenen når jeg tager mit blodsukker og så skriver jeg det i min bog, der ligger derude." (Berit)</i></p> <p><i>"Jeg har altid bevæget mig. Det var sgu hårdt at stoppe fra den ene dag til den anden. Og så bliver man tyk. Og når man bliver tyk, får man sukkersyge." (Ingrid)</i></p>
	Injektioner	<i>"Folk spørger måske hvad det er. "Nå men det er bare noget til mit blodsukker" og det er fint nok. Inden jeg fik konstateret sukkersyge havde jeg også blod, så det der med at stikke mig selv eller noget lignende, det generede mig ikke, men det er noget andet, hvis det er dagligt." (Simon)</i>

		<p>"Det er stadigvæk svært (at stikke sig). Nogen gange så rammer man lige på nerverne. Det er bare psykisk. Det er ikke rart at stikke i sig selv." (Fatima)</p> <p>"Jeg kan ikke lide at stikke mig, når der er andre. Så spørger de bare så meget, fordi man er svag." (Allan)</p> <p>"Og de der sprøjter der er også blevet normalt. Det er klokken 10 om aftenen og når jeg står op om morgene. Den vænner man sig til. Det eneste jeg har herhjemme, det er, at jeg skal skrubbe derud på mit toilet og gøre det, fordi min mand kan ikke fordrage noget med blod." (Berit)</p>
Krop	Kvantificerbar	<p>"Det viste sig så at jeg var syg på lungerne, og da jeg er inde til den her undersøgelse viser det sig så også at mit blodsukker er for højt. De kalder mig til undersøgelse for sukkersyge, hvor de så konstaterer at jeg har diabetes 2, og for lavt stofskifte i samme moment." (Simon)</p> <p>"Jo, jeg kunne også mærke det. Og så har jeg de sidste par måneder taget mit blodsukker hver dag, fordi det har faktisk været ret højt. Og så pga. den type medicin jeg fik. Og så skiftede jeg så igen, og nu er det ved at falde. Det lå faktisk næsten på normalen. Ja, det kan jeg godt (mærke når tallet stiger). Jeg kan mærke det på mit syn. Det flimrer. Der er et ret markant udtryk for hvis det er for højt. Så kan jeg også mærke det i mine fødder ved at de bliver lidt... ikke fordi jeg går på vat, men det er den beskrivelse man tit hører. Jeg kan mærke at de ikke har den samme føleevne, og min følelse er altså fin nok i mine fødder." (Trine)</p> <p>"Jamen det (blodsukkeret) har jeg forholdt mig til med skiftende betoning siden jeg fik konstateret diabetes. Altså, det kunne godt være, jeg havde lyst til at spise en pose slik. Og bare det at sige: "Nå nej, det skal jeg jo ikke," det er jo også at forholde sig." (Trine)</p> <p>"Og så havde jeg de her tre-måneders kontrol besøg hos lægen, og da jeg så skiftede medicin her anden gang, så syntes jeg mit blodsukker steg, eller det kunne jeg måle." (Trine)</p> <p>"Jeg arbejder med små børn. Hvis vi skal gå en tur, så skal jeg måle inden jeg tager afsted. Ind imellem har vi også rytmik, hvor man skal hoppe fra pude til pude, kravle og andre aktiviteter, og så skal den i hvert fald ikke ligge på 4.8, for så kommer den virkelig ned." (Fatima)</p> <p>"Når jeg føler mig utilpas så tjekker jeg, at den er som den skal være eller om jeg lige skal have en slikkepind, eller et eller andet. Jeg har sådan en her (blodsuktermåler). Dette er min egen." (Fatima)</p> <p>"Kroppen er meget ustabil. Nogen gange er tallet meget højt, nogen gange rigtig højt." (Fatima)</p>

		<p><i>"Jeg havde en lidt uklar fornemmelse af uro i maven, men det er jo ikke ualmindeligt. (...) så gik jeg til læge, da jeg kom hjem, Og det viste sig, at jeg havde en sukkerprocent på 29." (Poul)</i></p> <p><i>"Blodsukkeret var helt oppe. Og det vidste jeg jo ikke, for jeg havde vænnet mig til, at det var så højt. Jeg havde ikke været klar over at der var noget galt med kroppen. Hvis den føles sådan, så er det sådan den skal føles har jeg tænkt." (Ingrid)</i></p>
--	--	--

Bilag 2 Display 2-5

I dette bilag foreligger de displays, der knytter sig til de tre delspørgsmål i analyse 2. Hvert display er bygget op med kategorier og underkategorier, som har dannet basis for kodningen af interviewmaterialets udsagn.

Display 2, *Hvordan konstruerer teknologien den diabetesramtes krop som en kvantificerbar størrelse, der fremviser risici?*

Kategorier	Underkategorier	Udsagn
Definition af krop/patient	Kommunikation om tal	<p>Mig: "Kan hun sidde og se dine tal imens?"(videosamtaler)</p> <p>"Ja."</p> <p>Mig: "Hvad snakker I så om?"</p>
	Inklusion	<p>"Hvordan de har udviklet sig. Alt bliver overført elektronisk til deres database så snart jeg har sendt det. Og det vil så igen sige at de første 6 uger, da havde de ikke noget data på mig. Det kunne de jo ikke forstå, men jeg havde jo ikke noget internet. Det var sådan lidt demoraliserende." (Simon)</p> <p>"Man taler om tallene. Og derfra taler man så lidt om forebyggelse, hvad det gør ved en og de forskellige sukre. Hvad gør man? Hvordan regulerer man det? Hvordan kan man motivere sig selv til rygestop og motion." (Trine)</p> <p>"Det (udstyret) måler blodsukker, vægt og blodtryk." (Trine)</p> <p>"Nej, den siger selv blodsukker, blodtryk og vægt." (Fatima)</p> <p>"Der bliver ikke talt om så meget andet end tal. Og hvordan det påvirker kost og rygning og den slags." (Jesper)</p>
Modtagelighed/ Frem-skrivning af risici	Målstyring Måleritualer	<p>"Kalender". Det er alle mine aftaler med forebyggelsescenteret og det afsluttende besøg på Bispebjerg hospital og med Christina, en af de sygeplejersker, der har med det at gøre." (Simon)</p> <p>"Det er jo ikke en hemmelig dagbog. Det er mere en kommunikationsform, fordi jeg lige havde det dårligt på det tidspunkt. Nu har vi lige haft et teleinterview i dag, hvor vi så har talt om de resultater. Det er nedadgående, blodsukkeret, og jeg har også tabt mig. jeg skal tabe en otte kilo til. Det har jo også en effekt på blodsukkeret. Det er en set dagbog og ikke en hemmelig en." (Trine)</p> <p>"Nej, den siger selv blodsukker, blodtryk og vægt. Blodsukker er morgen og aften. Men jeg har altid den lille liggende i tasken, og så måler jeg før jeg tager insulin. Det skal man gøre, så man kan dosere sin insulin rigtigt. Det gør jeg selv. Hvis jeg for eksempel vågner op med 4.8 og jeg skal på arbejde, mine enheder hedder ca. 30-35, og så skal jeg lige tænke om jeg skal spise nu eller senere. Vi har morgensamling med børnene kl. 9, hvor der er lidt, lidt brød og lidt vand. Så spiser jeg en lille smule, så jeg ved jeg lige har lidt og køre på." (Fatima)</p>

		<p>"Jamen, jeg starter med at gå ind og tage blodsukkeret. Før jeg overhovedet har gjort noget andet. Før jeg har været på toiletet og har vasket og barberet mig. Altid gå ind og tage blodsukkeret først. (...) Og det kan også være den er for høj, men så har jeg muligheden for på apparatet at taste ind, at det er efter måltidet, så hvis jeg har indtaget mit måltid, så skriver jeg bare efter. Så beregner den selv ud fra det tal, om den skal være lav eller høj." (Poul)</p> <p>"For det første så har jeg en kalender her (peger på skærmens kalenderfunktion), den siger den næste samtale jeg skal have med min sygeplejerske, det er den 4/12 kl. 11. (...) Hende snakker jeg jævnligt med. Det er hende der fører kontrol, og hun går også ind et par gange om ugen og kontrollerer mine tal." (Poul)</p> <p>"Morgen og aften."</p> <p>Mig: "Hvad måler du så på?"</p> <p>"Blodsukker." (Jesper)</p>
	<p>Eksklusion</p> <p>Stigmatisering</p>	<p>" Hvis jeg skal være ærlig, så skaber det lidt frustrationer. Du skal måle om morgenen, og du skal måle om aftenen. Du skal det og det. Ligesom at der bliver peget fingre. Jeg bliver mindet om at jeg er syg." (Fatima)</p> <p>"Uh, nej, det duer du nok ikke til. Det har du aldrig lært." Så det holder jeg mig fra. (...) Jamen, altså det skulle virke sådan, at når jeg har taget den (en måling), så skal jeg sætte et kabel i, og så skulle det komme ind på skærmen. Det gjorde det bare ikke hver gang. (...) Jeg mener, man skal bruge noget mere tid på oplæring. Ellers også er det bare mig, der ikke forstår det. Jeg ved godt, jeg nok er en af de få der ikke bruger EDB-udstyr." (Berit)</p> <p>" Lige pludselig så plopper den her op inde på skærmen, med sådan nogle bogstaver der hopper rundt, og så tænker jeg: "For fanden, hvad er nu det. Hvad har jeg nu trykke på. Væk. Nej, hvad skal jeg nu gøre for at få det til at komme tilbage igen? Nej, hvad nu hvis jeg kommer til at trykke på noget forkert. Nej, nu ødelægger jeg det. Skal jeg prøve at trykke på den?. Nej, hvad har jeg nu gjort. Nu skete der noget ny, det har jeg ikke set før." Det er slet ikke sjovt at sidde sådan. Du kan forestille dig hvis ikke du selv kunne læse. Du ved ikke hvad der sker. Det er faktisk ligesom, folk, der taler russisk, og du er til stede, og de sidder bare og taler løs. Det her er faktisk også russisk, uden lyd. Og så sidder jeg der er bange. Så må jeg råbe. Og hvis pigerne de er der, så kan de komme og sige hvad det er. Nogen gange, så kan de jo se hvad det, fordi de kan læse. Og så kan de sige, jamen den mus den skal op i det felt, og sådan noget. Men jeg kan sgu ikke vide det, og jeg er skide bange når den ikke gør som den skal. Og det gør den jo ikke altid. Så kommer der noget andet frem, end det jeg forventer." (Ingrid)</p> <p>"Ja, Jeg kører mit eget system. Jeg bruger jeg farverne." (Ingrid)</p>

	<p>"Næ. Jeg kan ikke finde ud af det det andet. Heller ikke vægten. Og det kan hjemmehjælpen heller ikke." (Ingrid)</p> <p>"Jeg ser det som en computer. Og det gør andre også, for de siger: "Nå, du har også en computer her", så andre ser det heller ikke som medicinudstyr, men det er nok fordi blodtryksapparatet er skubbet væk, og vægten er gemt af vejen og sådan. Det var bare fordi jeg alligevel ikke bruger det. Det kan jeg ikke bruge til noget. Det er bare noget rod. Det siger mig ikke noget." (Ingrid)</p>
Normsætning af tal	<p>"Jeg ved godt den skal ligge nede omkring 6,5, og så længe den ikke ligger på 10, så er det ok. Så jeg skal ramme det spektrum. Så hvis jeg ligger under 10, så er det godt, hvis jeg er over 10, så skal jeg så på den her igen, og jeg kunne også se hvis jeg havde været i byen en dag før eller ude at spise, nå men så kunne jeg også se det med det samme, og så kunne jeg så....altså blodsukkeret steg" (Simon)</p> <p>"På et tidspunkt da jeg havde de her høje blodsukkertal, da fik jeg en fornemmelse af, at mit blodtryk også var højt. Høj puls og banken for tindingerne. Det var faktisk rart at have udstyret, for så kunne jeg konstatere, at det ikke var tilfældet. (...) Så var jeg oppe og tjekke det. Og det har jo givet en vis form for trøst eller sikkerhed."(Trine)</p> <p>"Jeg arbejder med små børn. (...) Indimellem har vi også rytmik, hvor man skal hoppe fra pude til pude, kravle og andre aktiviteter, og så skal den i hvert fald ikke ligge på 4,8, for så kommer den virkelig ned."</p> <p>Mig: "Hvornår er den så for lav?"</p> <p>"Mellem 4.2 og 3."</p> <p>Mig: "Er den så nogensinde for høj?"</p> <p>"Ja ja. Nu har jeg målt mig ofte, og jeg kan efterhånden mærke, at når jeg er helt normal, sådan menneskeligt normal, så bør den ligge på 8-9 stykker. Så er jeg god nok, og så har min krop det fint." (Fatima)</p> <p>"På skærmen kan du se, at kroppen ligger meget stabilt. Den ligger omkring 9 i gennemsnit. Så har de taget sådan et langtidsblodsukker. Så bliver det overført. Vi kan lige se det inde i notater, hvor de har skrevet det. "Omkring de 10, men det skal helst længere ned". Helst under 10 hele døgnet. Der er langtidsblodsukkeret 7.4. det er sådan en man får taget hver tredje måned. (...) Det er godt, for den er faldende. Så bliver man glad. Omvendt er det ikke så rart, hvis den er stigende, men så prøver jeg på at lave om på det." (Allan)</p> <p>"Nej. Men det er ikke svært. Det er meget rart, for nu ved jeg at når jeg snakker og sådan, så ryger det op. Og pulsen ryger op. Den viser de to forskellige blodtryk plus min puls."</p> <p>Mig: "Hvordan gør det så en forskel at du kan se din hvilepuls?"</p> <p>"Det er beroligende. Det er meget rart at vide at når man sidder stille og roligt hvad pulsen er. Det der er kun nogle grafer, men jeg kan også se</p>

	<p><i>tallene på maskine der.” (Allan)</i></p> <p><i>”Nej, det ligger fint. Den skal ligge mellem 120 og 140. Og omkring 80, de anden vej vist nok. Og pulsen skal så ligge mellem 72 og 80. Det er meget rart at vide, fro jeg får noget blodfortyndende medicin. Så på den måde kan jeg selv holde lidt snor idet. Og hvis den så lige pludselig stiger eller falder meget så må jeg jo kontakte centeret.” (Jesper)</i></p>
<p>Motivation</p> <p>Stigma- fremskrivning</p>	<p><i>” Du kan se, jeg er også begyndt at få flere piller. (...) Og det er ligesom, det der er ved at motivere mig igen til at komme i gang, for jeg er godt klar over, at hvis ikke jeg gør noget ved det, så ender jeg med insulinsprøjter. Det er konsekvensen, hvis mit langtidssukker bliver ved med at stige. (...) Jeg ved ikke, om det er besværligt, men jeg synes bare ikke, jeg vil være afhængig af det. ” (Simon)</i></p> <p><i>”Jeg har set andre folk med sukkersyge, og de skal passe endnu mere på hvad de spiser end jeg skal. Og de skal huske at tage deres insulin, og det vil jeg ikke bryde mig om at være afhængig af. Så lige det her motivere i hvert fald meget. Da jeg så det her, hvor mit tal begynder og stige og jeg begynder at få ekstra piller. Risikoen for noget værre. Det irriterer mig. ” (Simon)</i></p> <p><i>”Jeg vidste at jeg havde været for slap i forhold til at overholde min diæt. Jeg havde spist lidt for meget frugt eller mørk chokolade. Jeg tænkte det var en god måde at blive sparket lidt bagi til at holde diæten. ” (Trine)</i></p> <p><i>”Jeg forventer at få hjælp til...jeg ryger og jeg forventer at det kan motivere mig til at stoppe med at ryge. Fordi jeg får de der samtaler og det sætter nogle tanker i gang og giver noget bevidsthed. (...) Det handler om et fokus på sygdommen, de langtidsskadelige virkninger ved det og også den vejledning jeg kan få der. Det ville jeg i virkeligheden nok ikke tage mig tid til i hverdagen. Det er en slags tvungen vejledning, som holder mig lidt til ilden. ” (Trine)</i></p> <p><i>”Og det at jeg skal injicere mig hver dag, det er jo en påmindelse om at det er en forværret tilstand frem for en tablet-behandling. Selvom det ikke gøre ondt så er det jo alt andet lige lidt ubehageligt. Nogle andre rutiner, og nåle man skal forholde sig til. Jeg ville også være ked af at skulle på insulin. Det er svært at nå et stadie, hvor jeg kunne være uden noget, men i hvert fald tablet-behandling. Hvis jeg kunne det, så kunne det være et mål i sig selv.” (Trine)</i></p> <p><i>”Nå, den passer i hvert fald ikke. Jeg vejer mere end 68.7. Ja, det passer ikke. Den skal ligge over 90. Den driller. Jeg prøver at flytte den lidt. Nu siger den kun 64. Der er et eller andet galt. Det er der tit, men jeg tror ikke det er selve vægten. Det er mit gulv der er noget galt med. Nu siger den 85. Det duer ikke, sådan som den farer op og ned. Den skulle være lidt over 90. Du kan se det på grafen derovre. Den ser sådan ud. Jeg har tabt</i></p>

	<p><i>mig meget, men der er også fejlmålinger ind imellem. Der er den nede på 60, og der ligger den over 100. Jeg tager den som regel i underbukser. Det passer nok meget godt med 95, som du kan se der. Jeg ved ikke hvad jeg skal gøre ved det. Det hjælper jo også på sukkersygen, at gå ned i vægt. Jeg skal gerne så langt ned jeg kan komme. ” (Allan)</i></p> <p><i>”Nu får jeg dårlig samvittighed.(...) Der står vægt. (peger på monitoren) (...) Jamen, du kan se den ligger på omkring 151.” (Poul)</i></p> <p><i>”Hvis jeg for eksempel kan få vægten ned på de der 110-115-stykker, så vil der sandsynligvis ske det at min diabetes går i sig selv. ” (Poul)</i></p> <p><i>”Altså, det kan jo ikke helbredes, så målet er det skal holdes, sådan at det er til at holde det nede. ” (Jesper)</i></p>
--	--

Display 3, Hvordan installerer teknologien målstyrende årsagsforklaringer mellem tal og handlinger?

Kategorier	Underkategorier	Udsagn
Forbedring/ Viden	<p>Kausalitet/ Årsagssammenhæng</p> <p>Måleteknikker</p> <p>Adfærdsstyring</p>	<p><i>Mig: ”Kan du mærke fysisk når det stiger?”</i></p> <p><i>”Ja, det kan jeg godt, men det er først blevet rigtigt nemt, efter jeg har tallet at læne mig op ad. Mit syn det flimrer. Der er et ret markant udtryk for, hvis det er for højt. Så kan jeg også mærke det i mine fødder, ved at de bliver lidt... ikke fordi jeg går på vat, men det er den beskrivelse, man tit hører. (...) Hvis mit tal er højt, og jeg løber en tur, så kan jeg mærke, at tallet falder med det samme. Det er en justeringsmulighed.” (Trine)</i></p> <p><i>”Især motionen er rigtig god. Hvis mit tal er højt, og jeg løber en tur, så kan jeg mærke at tallet falder med det samme. Det er en justeringsmulighed, og så er der selvfølgelig kosten. Der er jo nogle ting jeg på ingen måde spiser. Jeg drikker ikke sodavand med sukker, jeg drikke drikker juice og jeg har skåret kraftigt ned på alt, der har med sukker at gøre. Jeg kan godt tåle lidt, men så er det sådan nogen som mørk chokolade eller sådan noget som jo egentlig er fint nok.” (Trine)</i></p> <p><i>”Når jeg føler mig utilpas så tjekker jeg, at den er som den skal være eller om jeg lige skal have en slikkepind, eller et eller andet. Ja, jeg har sådan en her (blodsukkermåler). Dette er min egen. ” (Fatima)</i></p> <p><i>”Inde på skærmen kan jeg se en graf og så kan jeg få et overblik. Og se hvordan det ligger. Og så plus blodtrykket. Det er sjovt. Blodtrykket har altid været lidt højt, men i frohold til det jeg måler nu så var det meget højt. Nu ligger den mellem 130-80. Før lå den på 154-94. Og så kan jeg se at det ikke er fordi jeg er nervøs, at jeg går til lægen eller er på hospitalet, og det spiller en stor rolle.” (Fatima)</i></p> <p><i>”Det er jo dejligt. Jeg har ikke set det tal siden jeg var ca. 16-17 år. I dag sagde den 115-75. Det er jo flot. Det er supergodt, og det tal har jeg aldrig fået på hospitalet. Det gør mig tryk. Så behøver jeg kun at fokusere på mit</i></p>

		<p>blodsukker. Så skal jeg ikke fokusere på to ting. Så kan jeg fokusere på kosten, når mit blodtryk ikke fejler noget." (Fatima)</p> <p>"Ja, jeg tror det har gjort en rigtig stor forskel. Når jeg bruger, det er ikke fordi det er hver dag, og så den lægger på 15, så må jeg bare finde gummiskoene og løbe en tur. Man reagerer. Og så måler jeg den, og det er ikke fordi jeg løber 12 km, men den daler med det samme. Så kommer jeg hjem med 7. Jeg justerer meget op og ned hele tiden." (Fatima)</p> <p>Mig: "Du tjekker dagligt dine grafer?"</p> <p>"Ja, det gør jeg hver gang, jeg har lagt en måling ind. Så kan jeg se: "Nå, ligger den nu der." (...) "Hvad har du spist i går?" og sådan noget."</p> <p>Mig: "Kan du se en sammenhæng mellem din kost og grafen?"</p> <p>Ja. Det er både om jeg har bevæget mig eller alt efter, hvad jeg har spist. Det spiller alt sammen ind. Så prøver jeg at lave lidt om på mine spisevaner for eksempel. Og så måske gå en tur." (Allan)</p> <p>"Nej. Men det er ikke svært. Det er meget rart, for nu ved jeg at når jeg snakker og sådan, så ryger det op. Og pulsen ryger op. Den viser de to forskellige blodtryk plus min puls."</p> <p>Mig: "Hvordan gør det så en forskel at du kan se din hvilepuls?"</p> <p>"Det er beroligende. Det er meget rart at vide at når man sidder stille og roligt hvad pulsen er. Det der er kun nogle grafer, men jeg kan også se tallene på maskine der." (Allan)</p> <p>"Nå, den passer i hvert fald ikke. Jeg vejer mere end 68.7. Ja, det passer ikke. Den skal ligge over 90. Den driller. Jeg prøver at flytte den lidt. Nu siger den kun 64. Der er et eller andet galt. Det er der tit, men jeg tror ikke det er selve vægten. Det er mit gulv der er noget galt med. Nu siger den 85. Det duer ikke, sådan som den farer op og ned. Den skulle være lidt over 90. Du kan se det på grafen derovre. Den ser sådan ud. Jeg har tabt mig meget, men der er også fejlmålinger ind imellem. Der er den nede på 60, og der ligger den over 100. Jeg tager den som regel i underbukser. Det passer nok meget godt med 95, som du kan se der. Jeg ved ikke hvad jeg skal gøre ved det. Det hjælper jo også på sukkersygen, at gå ned i vægt. Jeg skal gerne så langt ned jeg kan komme." (Allan)</p> <p>"Jeg havde et rigtig lavt blodsukker på 3.3. jeg syntes jeg var begyndt at blive lidt svimmel, så jeg tjekkede den. så var det ud og få noget mad. Så den kunne komme op igen. Så det giver tryghed at jeg kan følge op." (Allan)</p> <p>"Den (blodsuktermåleren) kan lagre dem. 'Blodsukker', 'Hent målinger'. Og så ligger den der med dato, klokkeslæt og det hele. Så gemmer vi. Og så kan jeg gå ind og se den som graf. Det gør jeg for hver måling. Du kan se den har været højt oppe en gang. Og den har også været helt i bund. Det var der den lå på 3. Og så kan du se, der var en dag, hvor jeg ikke havde flere teststrimler. Så skrev jeg bare 0. Det er meget smart." (Allan)</p>
--	--	--

		<p>"Den skal helst ligge her mellem 7 og 11. Helst ikke over 11. Så er den gal. Så skal jeg ud og løbe mig en tur, hvad jeg ikke kan." (Allan)</p> <p>"Og jeg tror faktisk, den er høj i øjeblikket, for jeg har spist ost. Så siger de i samtalerne, at osten gør ikke så meget. Det er værre med rugbrødet. Og det er ligegyldigt, om der er sukker i eller ej. Mørkt rugbrød, så stiger sukkerprocenten. (...) Jeg tror den er omkring en 9-10 stykker. Mig: Ville du kunne mærke det, før du fik det udstyr? "Det kunne jeg nogen gange. Men jeg kunne ikke måle det nær så effektivt, som vi gør her." (Poul)</p> <p>"Ja, du ved godt at det i det her tilfælde hedder sig 143 over 71. Det er når du får at vide på hospitalet, at du har over 71. Og det er udregnet efter hjerteslagene. Jo lavere tal du har, desto bedre kondition har du også. Det kan de bare se. "Ved du hvad, vi kan da se at du dyrker da ikke ret meget kondi, for ellers ville du da ikke have så høje tal. Det er på en måde en løgnedetektor." (Poul)</p> <p>"Jeg prøver hele tiden at arbejde med det. Hvis tallene er høje, så må jeg jo gøre et eller andet. Det eneste jeg ikke har kunnet finde ud af, det er at komme ned i vægt. Jeg ligger i gennemsnit på omkring 151 kg." (Poul)</p> <p>"Jeg drikker også øl. Og så er der mange der siger, at det er usundt for sukkersygen, men faktisk er det sådan at øl, når du indtager den, så får du sukkerprocenten til at falde. (...) selv lægerne ved det godt." Mig: "Er det noget du ved at egen personlig erfaring?" "Ja, ja." Mig: "Det er ikke noget, man får at vide på hospitalet?" "Ikke før man spørger (...) Så siger de, at det har noget med alkoholen i øllet at gøre. For al sukker er jo omdannet til alkohol. Og alkohol forbrænder hurtigere i kroppen. Så bliver der heller ikke noget sukker tilbage, for det forbruger det sukker, der er i kroppen." (Poul)</p> <p>"Jeg ser det som statistik, og så kan jeg sådan set sige: hvor er den tykkeste linje. Det er her. Og så trækker jeg igennem og så kan jeg se at gennemsnittet ligger sådan ca. her. Og det viser langtidsblodsukkeret også. Det sjove ved mit langtidsblodsukker er at det er faldet." (Poul)</p> <p>"Onsdag aften: 10,4. Det bliver spændende at se hvad den er i dag. Jamen, der kan jo så se her. I sidste uge om onsdagen da var den på 5,7 ikke. Jamen, hvordan regerer jeg. Jeg spiser så vidt muligt det samme. Hvis den så er for høj, så tager jeg en større mængde insulin og hvis den er for lav som jeg også har en der er. Jeg har en der er rigtig grim i det.." (Poul)</p> <p>"Det er når den ligger nogenlunde omkring 6-7 stykker, at den er god. Det styrer jeg ind efter."</p>
--	--	--

		<p><i>Mig: "Hvis den nu her til aften ligger meget højere eller lavere, hvad gør du så?"</i></p> <p><i>"Jeg overvejer jo lige, hvad jeg har spist i dag." (Jesper)</i></p> <p><i>Mig: "Du siger dine tal blafrede op og ned?"</i></p> <p><i>Ja. Og det gør de ikke nu. "</i></p> <p><i>Mig: "Så nu kan du se en sammenhæng mellem kost og tal, som du ikke kunne før, eller hvordan?"</i></p> <p><i>"Ja.(...) Jeg har aldrig haft det, som jeg havde det i den periode. Når mine døtre kom hjem sagde de: "Hold kæft hvor er du besværlig at være sammen med. (...) Jeg turde dårlig nok spise mad, og jeg tænkte, den må komme ned den der. Og alligevel svingede den. Meget mere end normalt. Og det kan jeg jo ikke rigtigt forstå, men det må så være, fordi kroppen bliver presset til noget. Det må være derfor, den reagerer sådan." (Berit)</i></p> <p><i>"Jamen, de (tallene) fortæller mig jo, at det er dumt det hele. Så bliver jeg jo lidt sur og ked af. Hvis du hele tiden arbejder hen imod noget du ikke kan få til at fungere, og du ved det er dig den er gal med. Det er herinde den er gal(peger på hovedet). For hvis jeg nu kunne læse emballagen, og jeg kunne finde ud af hvad er jeg spiser, så havde jeg større chance for at kunne hjælpe mig selv. Så bliver jeg ked af det og sur, fordi det er mig den er gal med. " (Ingrid)</i></p> <p><i>"Jeg prøver på at tænke, hvad jeg så ikke skal spise. Men så nogle gange så sker det at jeg lader være med at spise noget, og så lige pludselig så bliver jeg rigtig sulten. Det er jo også dumt. Men det er jo fordi jeg vil have blodsukkeret ned. Og så siger min logik mig jo, at hvis jeg ikke putter noget derind, så må det jo komme ned. Det er sådan jeg tænker. Hvis du lyner til så må det jo falde. Og så bliver jeg jo sur, hvis det ikke er faldet. Hvad betyder det så at jeg ikke har fået noget at spise fra kl. 4 om morgenen til kl. 3 om eftermiddagen. Så bliver jeg jo sur. De kan ryge og rejse. Så e jeg jo blevet så sulten. Det frustrere mig, men det er jo min skyld at jeg ikke kan forstå hvad jeg må. (Ingrid)"</i></p>
--	--	---

Display 4, *Hvordan former teknologien patientens selvforståelse?*

Kategorier	Underkategorier	Udsagn
Selv- forståelse	Fortid	<p>"Jeg har været et svin. Det kan jeg jo se. Jeg er 10 kilo for overvægtig, i hvert fald. Mit blodsukker er for højt, og mit blodtryk er nede, hvor det skal være nu, men det har været for højt tidligere. Jeg har ikke været sød ved mig selv. Det er det, jeg kan bruge de tal til. Det er en ubehagelig reminder." (Simon)</p> <p>"Jeg har det dårligt over for lægerne. De prøver at få mig på ret køl. Alle de læger, jeg har snakket med er jo enormt flinke. Jeg tror også, de har forståelse for, at det er svært, og de bliver ved med at presse en. På at få de her tal ned. De vil mig det jo kun godt." (Simon)</p> <p>"Jeg konkurrerer med mine egne tal. Og jeg er godt klar over, når jeg har lavet noget lort. Det kommer med det samme." (Simon)</p> <p>"Det er jo ikke en hemmelig dagbog. Det er mere en kommunikationsform, fordi jeg lige havde det dårligt på det tidspunkt." (Trine)</p> <p>"Nu har de jo været nedadgående her på det seneste. I den rigtige retning. I hvert fald på blodsukkeret, og på vægtskalaen. Så det er jo meget godt. Det går den rigtige vej." (Trine)</p> <p>"Det (at springe en måling over) har ikke været aktuelt. Om man snyder sig selv, ved jeg ikke, men formålet ryger i hvert fald. (...) En del af det her er jo også, at der kommer en og holder spejlet lidt oppe. Det bliver visualiseret på skærmen, hvad jeg gør ved mig selv. Det giver jo dårlig samvittighed. Dels forpligter jeg mig til det her, men det at måle sit blodsukker hyppigt og at se det på grafen gør jo, at jeg tager tingene mere alvorligt, fordi det er gået den forkerte vej." (Trine)</p> <p>"Visuelt tegner der sig et andet billede, men det er ikke altid, jeg kigger på den graf. Jeg ser tallet, og jeg kan se tallene fra forrige uge i en tabel. Så man kan følge med i forløbet. (...) du ser det (tallet) i hvert fald over en periode. Det kan være med til, at man strammer sig lidt an. At man konkurrerer lidt med sig selv." (Trine)</p> <p>"De kan jo sparke en lidt i gang ved at sige: "Prøv og hør: nu ligger du heroppe, og der skal du altså ikke ligge". Jeg vil ikke sige det er motiverende. Det er mere sådan at de prøver at ramme en på en ens dårlige samvittighed, i stedet for at være motiverende." (Trine)</p> <p>"Det er sådan set fint nok, fordi jeg har indvilliget i det. Det er jo ikke fordi de vil skade mig. I den her fase hvor mit blodsukker er højere pga. ny medicin der har jeg også følt en vis form for sikkerhedsnet." (Trine)</p> <p>"I den her fase, hvor mit blodsukker er højere pga. ny medicin, der har jeg også følt en vis form for sikkerhedsnet. Lige pludselig har jeg haft en</p>

		<p>hotline til en funktion, hvor jeg har mulighed for at spørge til nogle ting, som jeg ellers kun kunne få gennem min læge." (Trine)</p> <p>"Tal viser noget andet. Eller det vil sige langtidsblodsukkeret er ligesom en sladrebank. Jeg har lavt blodsukker, men dine tal viser noget andet, får man så at vide. Det er den der, er det nu sandheden du fortæller mig, og så kan de se mimikken og øjnene. (...) Man skal bevise at man har opført sig ordentligt. Jeg synes det har været lidt ubehageligt under nogle af samtalerne. De vil gerne have at det skal ligge normalt. Det er mellem 6-7 for diabetikere. Det er ikke normalen for almindelige mennesker. For dig er den 4.7, ca. men for mig er det normalt at den er 8.. (...) Jeg får dårlig samvittighed når jeg får at vide at langtidsblodsukkeret ligger for højt. Det er min krop, og jeg ved godt hvornår det er højt eller lavt, men jeg kan ikke styre det, når det er for højt. Det rutsjer op og ned. Jeg måler når jeg kan mærke den er lav. " (Fatima)</p> <p>"Nu har jeg meget haft de symptomer hvor mit sukker hurtigt daler, og jeg er jo så heldig at nu kan jeg mærke det. Jeg får meget høj hjerterebank, og mit hoved, det er ligesom om hjerne vrides, og jeg får synsforstyrrelser. Jeg ryster og kan ikke stå på mine egne ben. Det er rigtig ubehageligt. Nogen gange hvis det er rigtig slemt, så går jeg i kramper. Så man skal skynde sig at få noget at spise. Bare man får noget, så stiger blodsukkeret igen." (Fatima)</p> <p>"Hvorfor fanden stiger det sådan" hvorfor er den sådan og hvorfor er den sådan. Jeg tror ikke kun det er maden der påvirker blodsukkeret. Stressfaktoren spiller også ind. Har man noget infektion i kroppen, så stiger blodsukkeret også. Tænker man for meget, så stiger det. Det er ikke kun maden. Jeg er en lidt stresset person, og jeg tror det betyder noget." (Fatima)</p> <p>"Det her med livsstil. Det er fint nok, men hvis du stresser ved siden, så hjælper det ikke. Du har et stort ansvar, når du arbejder fuldtid. Du har et stort ansvar derhjemme. Du har et stort ansvar ude i samfundet. Pludselig skal jeg også leve sundt, altså helt ærligt. Det bliver for meget. Nogen gange går der en hel uge hvor jeg ikke måler på apparatet, fordi det stresser mig. jeg har ikke overskud til at blive konfronteret med tallet." (Fatima)</p> <p>"Så kan hun lige gå ind og se tallene og kigge på alle de der grafer. Så siger hun for eksempel: "Nå, det ser jo meget godt ud." Det er meget rart."(...)</p> <p>Mig: "Og hvordan er det, at der hele tiden er nogen, der kan se, hvordan det går med din krop. Føler du dig overvåget eller kontrolleret?"</p> <p>"Næ. Jeg synes det er alle tiders. Så kan de følge med hele tiden. Hvis der nu er noget, der går galt. Så er jeg ikke alene om at holde øje med tallene."(Allan)</p>
--	--	---

	<p>Mig: "Fik du nogen forklaring på årsagen til sygdommen?"</p> <p>"Nej, ikke dengang. Men nu kan jeg se, at jeg har levet for godt. For mange bajere garanteret." (Allan)</p> <p>"Jeg synes det er alle tiders værktøj. For nu kan jeg selv se hvordan det ligger. Så ved jeg: "Når har du nu gjort det". For eksempel i går fik jeg flæskesteg, og det kan jeg se. Så stiger den pga. det fedt der er i flæskestegen." (Allan)</p> <p>"Og hvis den så lige pludselig stiger eller falder meget så må jeg jo kontakte centeret. Det kan jeg jo bare gøre ved at klikke der. Så kan jeg vælge 'i dag inden 12' eller 'i morgen inden 12' eller 'kommende hverdag'. Det er rart at man hurtigt kan komme i kontakt med dem. Det er en anden oplevelse at gå på hospitalet med den her" (Allan)</p> <p>"Neej, jeg vil hellere sige, at jeg foretrækker, at den er under 10. Jeg vil gerne have den under 10 hver dag. Jeg prøver at presse den ned, for jeg vil gerne have et lidt lavere gennemsnitsblodsukker i den sidste ende. Så ser det også ud som om, jeg har noget fremgang." (Poul)</p> <p>"Nej, jeg ser det ikke som en overvågning. Jeg ser det heller ikke som en kontrol. Men som et samtaleapparat omkring min sygdom, hvor jeg får noget at vide. Altså det går begge veje. (...) Målingerne går over til Christina (sygeplejerske på forebyggelsescenter, Nørrebro), som hun så bruger i det her projekt. Og jeg kan altid kontakte Christina. (...) Så jeg har en tættere forbindelse, hvis der er noget der går galt. (...) Så på den måde føler jeg, at jeg ikke er alene om at have sukkersyge, men at jeg faktisk har nogen som er villig til at hjælpe mig. Så kan man altid sige, at de får løn for det, men sådan ser jeg altså ikke på det." (Poul)</p> <p>"Jeg er blevet mere bevidst om at jeg ikke havde det så godt før, som jeg har det på nuværende tidspunkt." (Jesper)</p> <p>"Hvis jeg nu får det dårligt, så er det nemmere for dem at danne sig et overblik. På den måde er der da noget tryk i det. Men jeg føler mig ikke som sådan overvåget.</p> <p>Mig: Synes din kone det er godt du har den? Så har hun noget at brokke sig over. Altså når hun ser tallene. Dem kan hun brokke sig over." (Jesper)</p> <p>"Det er aldrig godt nok. Nej. Fordi det skal være mellem 5 og 8, og det er det aldrig. (...) Jeg får dårlig samvittighed, for så tænker jeg, hvad har jeg nu gjort galt. (...) Nu siger vi den er 20. Så tænker jeg: "Så høj kan det da ikke være, for jeg har ikke fået noget at spise." Så hiver jeg den væk og tager en ny. Inden for den samme tid er den så lige pludselig 9,9. Det er jo mærkeligt. Så siger den pludselig 17,3. Så tager jeg en helt stribe og kigger på den, og så tager jeg det laveste. Det er bedst for mig. men det er jo forkert kan du godt se. (Ingrid)</p>
--	---

		<p>"Ja, så bliver jeg jo ked af det, for jeg vil jo gerne have dem (tallene) derned, hvor de skal være. Jeg vil jo gerne være fri for at have sukkersyge. Jeg vil jo gerne være fri for at blive blind eller få sat tæerne af. Altså, jeg har jo også passet sådan nogle mennesker, så det har jeg jo ikke lyst til." (Ingrid)</p>
--	--	--

Display 5, Afledte effekter, ny socialitet

Kategorier	Underkategorier	Udsagn
Ny socialitet/ Optimering	Rask	"Mit blodsukker vil garanteret også blive pænere, hvis jeg kommer nærmere min ideelvægt. Jeg er stadigvæk de der 12 kilo for overvægtig." (Simon)
	Fællesskab	
	Død/ Sygeliggørelse	"Det, der er irriterende, det er, at du er bevidst om, at det her sukkersyge, det kan slå dig ihjel. Og det er jo klart, at hvis jeg en dag tænder for maskinen og de siger tyve i sukkersyge eller blodsukker, så kan det godt være, jeg lige skal ringe til hospitalet. (...) Det må jeg så leve med, for nu er fremtidsperspektivet lige pludselig et andet.(...) Jeg har det stadigvæk sådan, at jeg godt vil prøve at leve sundt, men i bund og grund kan det også blive for sygt. Jeg kan ikke tænke mig bare at skære alt væk, for at kunne overleve."(Simon)
	Optimering efter hjemme- monitorering	<p>"Konditallet ville være en ting, det nok ville være rar at have med. (...) Jeg savner også fedtprocent, kolesteroltal. Hvis man kunne få det med, så man kunne få et overordnet billede af ens helbred, så tror jeg faktisk, det ville hjælpe endnu mere. Jeg ved ikke, om man kan måle ens kolesteroltal derhjemme, men det ville motivere mig mere, hvis man kunne se at kolesteroltallet også var deroppe, og det hele bare var ad helvede til. Det ville være mere motiverende end bare at have nogle få tal."(Simon)</p> <p>"Apparatet har lært mig, at jeg er nødt til at have nogle kontrolapparater, og at det ikke er nok, at jeg går ud på hospitalet hver tredje måned og får målingerne der." (Simon)</p> <p>"Med diabetes 2 producerer du jo noget insulin til en normalvægtig krop, så er du overvægt, så er du nødt til at supplere. Ved at tabe sig så er chancen for at kunne nedsætte behovet for at injicere noget af medicinen</p>

		<p><i>måske til stede.” (Trine)</i></p> <p><i>”Jeg kan tydeligere se en sammenhæng mellem kost og tal. Og på den måde har det her forsøg jo givet mig en større bevidsthed fordi jeg har målt hyppigere.” (Trine)</i></p> <p><i>”Jeg vil nok lave færre målinger, når mit blodsukker er stabilt, men hyppigere end jeg ellers har gjort. Fra næsten ingen til et par gange om ugen. For at have den føling med hvordan det egentlig går. Og på den måde har det her forsøg jo givet mig en større bevidsthed, fordi jeg har målt hyppigere.. Det er jo et grundvilkår at jo mere jeg ved, des mere skal der sige fra. Og det er jo også noget jeg er klar over. Og på den måde, så er jeg nok blevet mere bevidst.” (Trine)</i></p> <p><i>Mig: ”Gør det her udstyr det nemmere for dig at lytte til din krop?”</i></p> <p><i>”Ja, jeg tror, det har gjort en rigtig stor forskel.” (Fatima)</i></p> <p><i>”Hvis jeg skal være ærlig, så skaber det lidt frustrationer. Du skal måle om morgenen, og du skal måle om aftenen. Du skal det og det. Ligesom at der bliver peget fingre. Jeg bliver mindet om at jeg er syg.” (Fatima)</i></p> <p><i>”Her er det ligesom du tjekker dig selv. Du er læge for dig selv. Du laver det, som lægerne altid har gjort. Det er noget nyt. Det der med at måle blodsukkeret er noget vi altid har haft, men nu er det blevet mere ordnet. Du skal gøre det fra dag til dag, du skal måle det og det. Det er ligesom de fortæller dig at det er sparetider. Vi har ikke tid til alle patienter.” (Fatima)</i></p> <p><i>”Jeg bliver mindet om at der er nogle udsving, og der er nogle der holder øje med mig og er lige bag mig hele tiden. Du har en skærm, og du har en måler og du har en dagsorden, hvis man følger den. udstyret stiller krav til mig om at jeg skal leve sundt, og den viser både de gode og de dårlige sider.” (Fatima)</i></p> <p><i>”Ja, jeg har sådan en her (blodsuktermåler). Det er min egen, og så er der den der hører til systemet. Men de to ting snakker ikke sammen. Den ene er altid højere, og den anden er altid lavere. Jeg ved ikke hvilken jeg skal stole på. Det må forbedre.” (Fatima)</i></p> <p><i>”Jeg ligger jo en risikogruppe. Så lægger man et mål for sin vægt. 54 og ikke højere. Her kan jeg så også gå tilbage og se hvad den har været i oktober f.eks. okay, den har været 57, okay. Det giver ligesom en ekstra hukommelse, at du kan gå tilbage og tjekke. Det samme med blodsukker og blodtryk. Det er lidt en løgnedetektor, som holder kontrol med mig. Det kommer også an på hvordan man er som person. hvis man kan lide at der er nogen der er opmærksomme, så er det godt, men der er både positiv og negativ opmærksomhed. Jeg har det lidt blandet med kontrollen.” (Fatima)</i></p>
--	--	--

		<p>"I hvert fald spiser jeg på en anderledes måde. Jeg kaster ikke bare noget ned, eller ovre på grillen eller et eller andet.."</p> <p>Mig: "Hvad er hovedårsagen til den ændring?"</p> <p>"Det er de daglige målinger. Før skulle jeg bare tage den en gang imellem. Nu kan jeg se en udvikling hele vejen igennem. Jeg bliver konfronteret med sandheden lige pludselig." (...)</p> <p>Mig: "Kommer du til at savne den?"</p> <p>"Ja, det gør jeg. Det der med at se udviklingen fra dag til dag."(Allan)</p> <p>"Det hjælper jo også på sukkersygen, at gå ned i vægt. Jeg skal gerne så langt ned jeg kan komme. " (Allan)</p> <p>"Hvis jeg for eksempel kan få vægten ned på de der 110-115 stykker, så vil der sandsynligvis ske det, at min diabetes går i sig selv. Det, der er problemet, er, at man har fundet ud af, for mit vedkommende, at jeg producerer insulin. (...) Men det, der kommer fra nyren, det bliver ikke videretransporteret derhen, hvor det skal bruges. Så bliver man nødsaget til at få noget insulin ad anden vej. Og det vil sige, hvis jeg kan komme af med en 25-30 kilo, så bliver der et mindre fedtlag. Så er der en chance for at få den insulin, som jeg selv producerer, rundt. Og så får jeg ganske automatisk en lavere sukkerprocent. Så der er jo en mulighed for at blive rask på den måde." (Poul)</p> <p>"Du kan tro jeg er mere bevidst. Når jeg går ned og køber pålæg er det sjældent jeg køber andet end røget filet." (Poul)</p> <p>"Det kommer an på om man er synskadet eller om det på anden måde går ud over øjnene. Det gør det også med sukkersyge. Det er derfor tallet skal ned. Jo højere tal, desto hurtigere forandringer har du i øjnene. Ikke. Men ,der er åbenbart forbedringer på vej. Øjnene er blevet en anelse bedre. Den er faldet en streg. Før hed den 6,3 og 6, 9på højre øje. Den hedder 5,8 i dag." (Poul)</p> <p>"Nu har jeg spist den (en kage) og så er der ikke noget at gøre. Så kan jeg regne ud at det ændrer sig, uden at det er alvorligt. Jeg ved at når der kommer toppe(tegner en graf med fingrene), så ved jeg også hvorfor de er der." (Jesper)</p> <p>"Og jeg må sige jeg er lidt ked af, at her den fjerde, når jeg skal ind på Bispebjerg, så er det sidste gang. Fordi du må ikke gå fast derinde, jo. Og det er jeg jo ked af, fordi jeg er så glad for at komme derinde. Jeg føler mig tryk og har det godt, fordi jeg ved at der bliver tjekket det der skal tjekkes." (Berit)</p>
--	--	--

Referencer

Andersen, Ib (2002): "Spørgeteknikker" i *Den skinbarlige virkelighed*. København: Samfundslitteratur.

Andersen, Niels Åkerstrøm (1999): "Forord", "Fra metode til analysestrategi", "Michel Foucaults diskursanalyse", "Niklas Luhmanns systemteori" i *Diskursive analysestrategier. Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Andersen, Niels Åkerstrøm (2008): "Velfærdsledelse. Diagnoser og udfordringer" i Sløk, C. og Villadsen, K. (red.): *Velfærdsledelse. Ledelse og styring i den selvstyrende velfærdsstat*. København: Hans Reitzels Forlag.

Andersen N. & Thygesen N. (2004): "Styringsteknologier i den selvudsatte organisation" i *Grus. Socialteknologi – analytik og socialitet*, nr. 73. Aarhus: Systime.

Bauman, Zygmunt (1995): "Life in Fragments", *Essays in Postmodern Morality*. Oxford: Blackwell.

Dahlager, Lisa (2001): "I forebyggelsens magt" i *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, no. 3, Department of Political Science. Aarhus: University of Aarhus.

Dahler-Larsen, Peter (2010): "Display" i Andersen, Hansen og Klemmensen (red.): *Metoder i statskundskab*. København: Hans Reitzels Forlag.

Dalsgaard, Steffen (2007): "I Do It For the Chocolate. An Anthropological Study of Blood Donation in Denmark" i *Distinktion*, no. 14. Department of Political Science, Aarhus: University of Aarhus.

Dean, Mitchell (2006): *Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund*. Frederiksberg: Forlaget Sociologi.

Dean, Mitchell & Villadsen, Kaspar (2012): "Roses etico-politik og livspolitik" i *Statsfobi og civilsamfund*. København: Nyt fra samfundsvidenskaberne.

Eisenhardt, Kathleen (1989): "Building Theories from Case Study Research" I *The Academy of Management Review*, vol. 14, no. 4. Academy of Management.

Esmark, Anders; Laustsen, Carsten Bagge og Andersen, Niels Åkerstrøm (2005): "Socialkonstruktivistiske analysestrategier – en introduktion" i Esmark, Laustsen og Andersen (red.): *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag/ Samfundslitteratur.

Flyvbjerg, Bent 2006: "Five Misunderstandings About Case-Study Research" i *Qualitative Inquiry*, vol. 12, no. 2. Sage Publications.

Foucault, Michel (1971): "Diskurs og diskontinuitet" i Madsen, P. (red.): *Strukturalisme – en antologi*. København: Bibliotek Rhodos.

Foucault, Michel (2008): "1. Forelæsning, 11. januar 1978" i Senellart, Michel, Ewald, Francois og Fontane, Alessandro (red.): *Michel Foucault. Sikkerhed, territorium, befolkning. Forelæsninger på Collège de France 1977-1978*. København: Hans Reitzels Forlag.

Foucault, Michel (2008): "8. Forelæsning, 1. marts 1978" i Senellart, Michel, Ewald, Francois og Fontane, Alessandro (red.): *Michel Foucault. Sikkerhed, territorium, befolkning. Forelæsninger på Collège de France 1977-1978*. København: Hans Reitzels Forlag.

Foucault, Michel (2009a): "1. Forelæsning, 10. januar 1979" i Senellart, Michel, Ewald, Francois og Fontane, Alessandro (red.): *Michel Foucault. Biopolitikens fødsel. Forelæsninger på Collège de France 1978-1979*. København: Hans Reitzels Forlag.

Foucault, Michel (2009b): "Resumé af forelæsningerne" i Senellart, Michel, Ewald, Francois og Fontane, Alessandro (red.): *Michel Foucault. Biopolitikens fødsel. Forelæsninger på Collège de France 1978-1979*. København: Hans Reitzels Forlag.

Goffman, Erving (2009): *Stigma – om afvigerens sociale identitet*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Hagel, Annie (2009): "Tendenser til sundhed" i Helder og Hagel (red.): *Sundhedsledelse. Forudsætninger, teorier, perspektiver*. København: Hans Reitzels Forlag.

Holstein, James A. & Gubrium, Jaber F.: *The Active Interview*, Qualitative Methods Research series 37. Sage Publications.

Højlund, Holger (2006): "Den frit vælgende ældre" i *Dansk Sociologi* vol. 17, nr. 1. København: Dansk Sociologforening.

Højlund, Holger & Villadsen, Kaspar (2013): "Health Promotion with Respect for Subcultures: The 'balance-approach' in contemporary biopolitics". Draft Paper fra *The Government of life Symposium, Copenhagen 8-10th of April 2013*, upubliceret.

Järvinen, Margaretha (2000): "The Biographical Illusion: Constructing Meaning in Qualitative Interviews" i *Qualitative Inquiry*, vol. 6, no. 3. Sage Publications.

Järvinen, Margaretha (2005): "Interview i en interaktionistisk begrebsramme" i Järvinen og Mik-Meyer (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv, Interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag.

Karlsen, M. P. & Villadsen, K. (2007): "Hvor skal talen komme fra? – Dialogen som omsiggribende ledelsesteknologi" i *Dansk Sociologi*, vol. 18, nr. 2. København: Dansk Sociologforening.

Kristensen, Jens Erik og Hermann, Stefan (2009): "Michel Foucaults studier af magt og politiske rationaliteter" i Kaspersen, Lars Bo og Loftager, Jørn (red): *Klassisk og moderne politisk teori*. København: Hans Reitzels Forlag

Kristiansen, Søren og Mortensen, Nils (2005): "Sociologiske analyser af hverdagslivet" i Esmark, Laustsen og Andersen (red.): *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur.

La Cour, Anders, Knudsen, Morten & Thygesen, Niels T. (2005): "Det systemteoretiske interview. Interviewet som meningsdannelse", Working Paper. Department of Management, Politics & Philosophy, Copenhagen Business School.

La Cour, Anders & Højlund, Holger (2008): "Velfærd gennem det superviserende samarbejde" i Sløk, C. og Villadsen, K. (red.): *Velfærdsledelse. Ledelse og styring i den selvstyrende velfærdsstat*. København: Hans Reitzels Forlag.

Lemke, Thomas (2007): *Biopolitik – en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag

Mik-Meyer, Nanna (2007): "Goffman: Interaktion og identitetsforhandlinger" i Mik-Meyer, N. Og Villadsen, K. (red.): *Magtens former*. København: Hans Reitzels Forlag.

Mik-Meyer, Nanna (2008): "Ledelse i Intimsfæren: Sundhedsledelse og konstruktion af overvægtige som risiko" i Sløk, C. og Villadsen, K. (red.): *Velfærdsledelse. Ledelse og styring i den selvstyrende velfærdsstat*. København: Hans Reitzels Forlag.

Monaghan, L., Hollands, R. & Pritchard, G. (2010): "Obesity Epidemic Entrepreneurs: Types, Practices and Interests" i *Body & Society*, vol. 16, no. 2. Sage Publications.

Novas, Carlos (2008): "Patients, Profits and Values" i Gibbon, S. & Novas, C (red.): *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences*. New York: Routledge.

Novas, Carlos & Rose, Nikolas (2000): "Genetic Risk and the Birth of the Somatic Individual" i *Economy and Society*, vol. 29 no. 4. London: Routledge.

Pedersen, Inger Kryger (2005): "Sygdom som stigma" i *Tidsskriftet Politik*, vol. 8, nr. 4. Aarhus: Tidsskriftet Politik.

Pedersen, Bente Klarlund (2009): "Hvor sunde er vi, og hvor længe lever vi?" i Helder og Hagel (red.): *Sundhedsledelse. Forudsætninger, teorier, perspektiver*. København: Hans Reitzels Forlag.

Rabinow, Paul (1996): "Artificiality and Enlightenment: from Sociobiology to Biosociality" i *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton New Jersey: Princeton University Press.

Rabinow, Paul (2008): "Afterword: concept work" i Gibbon, S. & Novas, C. (red.): *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences*. New York: Routledge.

Rose, Nikolas (1999): "Advanced Liberalism" i *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rose, Nikolas (2001): "The Politics of Life Itself" i *Theory, Culture & Society*, vol. 18 no. 6. Sage Publications.

Rose, Nikolas (2009): "Biopolitik i det enogtyvende århundrede" i *Livets Politik*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Svenningsen, Signe (2004): *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Thorup Larsen, Lars (2013): "Governing Reproduction. The Genealogy of Assisted Reproduction Policies in Denmark". Draft Paper fra *The Government of life Symposium, Copenhagen 8-10th of April 2013*, upubliceret.

Veiersted, Bo (2009): "Hvad er sundhed" i Helder og Hagel (red.): *Sundhedsledelse. Forudsætninger, teorier, perspektiver*. København: Hans Reitzels Forlag.

Villadsen, Kaspar (2006): "Genealogi som metode – fornuftens tilblivelseshistorier" i Villadsen, K. og Bjerg, O. (red.): *Sociologiske metoder – fra teori til analyse i kvantitative og kvalitative studier*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

Villadsen, Kaspar (2007): "Foucault: Den bevægelige velfærds kritik" i Mik-Meyer, N. Og Villadsen, K. (red.): *Magtens former*. København: Hans Reitzels Forlag.

Udgivelser:

Modelbeskrivelse: "Modelbeskrivelse. Fastholdelse af sund livsstil og god diabeteskontrol efter endt rehabilitering – en tværsektoriel, telemedicinsk indsats målrettet patienter med type 2 diabetes." Udarbejdet af Endokrinologisk Afdeling 1, Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, 5 september 2012, upubliceret.

Telemedicinsk infopjece: "Fastholdelse af sund livsstil og bedre diabeteskontrol efter endt rehabilitering - en tværsektoriel, telemedicinsk indsats målrettet patienter med type 2

diabetes." Udarbejdet af Endokrinologisk Afdeling 1, Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, 2012.

Internetreferencer:

Diabetesforeningen: "Langtidsblodsukker - HbA1c".

http://www.diabetes.dk/Rundt_om_diabetes/Din_krop_og_diabetes/Langtidsblodsukker_HbA1c.aspx (30.05.2013)

Digitaliseringsstyrelsen: "Klinisk integreret hjemmemonitorering". <http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Telemedicin-og-sundheds-it/Telemedicinske-projekter/Klinisk-integreret-hjemmemonitorering> (30.05.2013)

dr.dk: "Løkke: Sundhedssektoren kan gøre meget mere for de samme penge", uddrag fra Tv-programmet *Hos Clement*, 08.01.2013.

http://www.dr.dk/DR1/Hos_Clement/Nyheder/20130108233338.htm (30.05.2013)

National handlingsplan (a): "National handlingsplan for udbredelse af telemedicin".

<http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Telemedicin-og-sundheds-it/National-handlingsplan-for-udbredelse-af-telemedicin> (30.05.2013)

National handlingsplan (b): "National handlingsplan for udbredelse af telemedicin".

<http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Telemedicin-og-sundheds-it/~media/Files/Velf%C3%A6rdsteknologi/Telemedicinsk%20handlingsplan-web.ashx> (30.05.2013)

Telemedicin og sundheds-IT: "Telemedicin og sundheds-IT". <http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Telemedicin-og-sundheds-it> (30.05.2013)

Telemedicinske projekter: "Telemedicinske projekter" <http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Telemedicin-og-sundheds-it/Telemedicinske-projekter> (30.05.2013)

sst.dk: *Sundhedsstyrelsen*

<http://www.sst.dk/> (30.05.2013)

kl.dk: "Kommunernes strategi for telesundhed", April 2013, Kommunernes Landsforening.
http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_61375/scope_0/ImageVaultHandler.aspx
(30.04.2013)

sum.dk: "Ambitiøs investering i telemedicin", Ministeriet for sundhed og forebyggelse,
14.08.2012. [http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Digitalisering/2012/August/Ambitioes-
investering-i-telemedicin.aspx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Digitalisering/2012/August/Ambitioes-investering-i-telemedicin.aspx) (30.04.2013)