

I'm gonna make you an offer you can't refuse!

- Fosterdiagnostik som ledelsesteknologi



Kandidatafhandling juni 2012

Cand. Soc. Politisk Kommunikation og Ledelse, Copenhagen Business School

Udarbejdet af: Jacob Messerschmidt

Vejleder: Anders La Cour

Institut for Ledelse, Politik og Filosofi

Antal STU: 175.104 anslag / 77 sider

Abstract

This master thesis provides insight to how prenatal diagnosis can be seen as a power technology. In 2003 the Danish Health Agency gave access to all pregnant women to use prenatal diagnosis. The Health Agency's explained that through the prenatal diagnosis, the pregnant woman could make her own choice whether or not she wanted to keep a foetus with Downs Syndrome. The choice was articulated as an *informed choice*, made possible by neutral information.

Drawing on Michel Foucault's conceptual understanding of technologies and power, the master thesis has analyzed how the power relations and the creation of subjects through the prenatal diagnoses as a technology can be observed as a bio-power mechanism, which govern the subject to self-government.

The master thesis concludes that the pregnant woman is constructed as a responsible subject who wants to know all she can about her foetus. Hence the pregnant should be worried about the risk for her foetus to suffer from Downs Syndrome. Therefore as a responsible individual the pregnant woman can't avoid to make a stance whether or not she wants to use the prenatal diagnosis technology. Being happily unaware is no longer an option. The pregnant woman is hereby caught in a normalization that dictates that if she wants to perceive herself as a responsible individual and govern her own life she must get real knowledge about the risk for her foetus to suffer from Downs Syndrome. And this can only happen through the prenatal diagnoses technology. The technology is therefore perceived as an offer she can't refuse. And if the technology should show that something is amiss the pregnant woman knows that the responsible individual wouldn't deliberately choose a sick child. Through the constructed of health as a norm, it gets very difficult to choose the sick.

But through the use of prenatal diagnosing the pregnant woman takes control of the governing of herself not only by observing herself as a responsible subject but also by observing herself as a mother rather than a pregnant woman. In this sense the technology constructs not only the pregnant woman as a mother, but also the foetus as a child, and the health professional not only as a person who governs the pregnant woman to self-government but also as a provider of a non-health related technology.

Indholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Abstract | 0 |
| 1 Indledning | 4 |
| 1.1 Afgrænsning | 7 |
| 1.2 Problemfelt | 7 |
| 1.3 Problemformulering | 8 |
| 2 Læsevejledning | 9 |
| 3 Empiriske begreber | 11 |
| 3.1 Fosterundersøgelser | 11 |
| 3.2 Downs Syndrom | 13 |
| 4 Analysestrategi | 14 |
| 4.1 Anden ordens analyse | 14 |
| 4.2 Fosterundersøgelser som teknologi | 15 |
| 4.3 De sundhedsprofessionelle og den gravide | 17 |
| 4.4 Blinde vinkler | 19 |
| 4.4.1 Interaktion | 19 |
| 5 Metode | 21 |
| 5.1 Problemstillinger ved kildevalg | 21 |
| 5.2 Primære kilder | 23 |
| 5.3 Sekundære kilder | 24 |
| 6 Analytiske begreber | 26 |
| 6.1 Diskursen | 26 |
| 6.2 Normen | 31 |
| 6.3 Subjektet | 32 |
| 6.4 Magt og frihed | 34 |
| 6.5 Magtformer | 36 |
| 6.5.1 Den pastorale magtform | 37 |
| 6.5.2 Den disciplinære magtform | 39 |

| | |
|---|-----------|
| 6.5.3 Den biopolitiske magtform..... | 41 |
| 7 Analyse | 44 |
| 7.1 Vil du vide noget? | 44 |
| 7.2 I'm gonna make you an offer you can't refuse..... | 52 |
| 7.3 Fosterdiagnostik som selvledelsesteknologi..... | 60 |
| 8 Konklusion | 68 |
| 9 Perspektivering..... | 71 |
| 10 Litteraturliste..... | 74 |
| 10.1 Bøger | 74 |
| 10.2 Artikler | 76 |
| 10.3 Undersøgelser, rapporter, vejledninger og lovgivning | 79 |
| 10.4 Internetkilder | 80 |
| Bilag A: Typisk fosterundersøgelserforløb | 82 |

1 Indledning

”Nakkefoldsskanning og doubletest - Et informeret valg” (hs.dk).

Sådan står der på Region hovedstadens hjemmeside, hvis man går ind og leder efter disse undersøgelser. Det skaber straks et nærliggende spørgsmål: Et informeret valg om hvad?

I Danmark blev fosterundersøgelser introduceret i 1970’erne, i starten som undersøgelser af gravide, hvor man kunne forvente kromosomfejl, på baggrund af familiens sygehistorie. Hurtigt fulgte dog at alle gravide over 35 år også blev tilbudt undersøgelserne. Det aldersmæssige kriterium skyldtes ikke, at sundhedsvæsenet ikke ønskede at tilbyde alle gravide undersøgelserne, men at dette ville være for omkostningsfuldt i forhold til i hvilken aldersgruppe af fødende kvinder, den største andel af børn født med kromosomfejl befandt sig (Etisk råd 2009; s. 23)¹. I 2004 blev det dog besluttet at tilbuddet om fosterundersøgelser ikke længere kun skulle være forbeholdt de tidligere nævnte risikogrupper, men udbredes til alle gravide (Mygind 2007). I Sundhedsstyrelsens rapport fra samme år vedrørende nye retningslinjer for fosterundersøgelser står der om formålet med fosterdiagnostik²:

”Formålet med fosterdiagnostik er – inden for rammerne af dansk lovgivning - at bistå en gravid kvinde, som ønsker en sådan bistand med at træffe sine egne valg. Neutral og fyldestgørende rådgivning er forudsætning herfor.

Såvel retten til at vide, som retten til ikke at vide, skal respekteres.

Undersøgelserne tager sigte på at påvise eller udelukke alvorlige sygdomme eller handicap hos fostret, herunder at afklare og optimere eventuelle behandlingsmuligheder.

Formålet med fosterdiagnostik er ikke at forhindre fødsel af børn med alvorlig sygdom eller handicap. Der ydes hjælp og støtte til familier, hvor et barn som følge af sygdom eller handicap har krav på særlig behandling, pleje og omsorg,

¹ Det skal her nævnes at de første fosterundersøgelser ikke bestod af blodprøve og ultralydsscanninger, som i dag, men af moderkage og fostervandsbiopsier som er langt dyrere at lave og som er mere risikofyldte (Etisk råd 2009; 30).

² Specialet kommer senere ind på forskellen på fosterundersøgelser og fosterdiagnostik. Se afsnit 3

og fosterdiagnostik omfatter også at informere om disse hjælpemuligheder.”
(Sundhedsstyrelsen 2003; 7).

På trods af denne formålsformulering er antallet af børn født med Downs Syndrom blevet færre og færre (Etisk Råd 2009; 35), og Danmark er det land i verden, hvor der nu fødes færrest med Downs syndrom. I 2008 blev der kun født 21 (Kamp 2009), mod 61 i 2004 (Etisk råd 2009; 35), og undersøgelser viser at 99 procent af gravide, der får konstateret, at fostret har kromosomfejl, får en abort (Richter 2011), på trods af at kun 48 % siger, at de vil have fjernet et foster med Downs Syndrom, inden fosterundersøgelserne er foretaget (Hansen 2007a; 13).

Denne udvikling har bl.a. været med til, at fosterundersøgelserne konstant har sat aborten til diskussion. Problemstillingen har herhjemme både kredset om, om det skulle være tilladt at fravælge fostre alene på baggrund af et risikotal for bestemte sygdomme eller handicaps, som blandt andet har fået nogle til at sammenligne fosterundersøgelserne med Nazi-Tysklands racehygiejne (Kamp 2009). På samme måde ser flere fosterundersøgelserne som en glidebane som *"i sin yderste konsekvens vil det føre til en udvikling, hvor man med teknologien og det fri individuelle valg i hånden nærmer sig det, der betegnes som 'designerbørn'. Det pletfri barn til den pletfri familie"* (Anne Grete Holmsgaard fra SF citeret fra Holmsgaard 2003).

I den anden ende af skalaen er også selve grænsen for den frie abort i 12. uge, som den blev formuleret ved lovgivningen fra 1973, og som stadig er gældende i dag, kommet under diskussion på baggrund af fosterundersøgelserne.

Spørgsmålet er om grænsen for den frie abort skal reguleres, idet mange af de undersøgelser der sker på fosteret i dag, ligger senere end 12. uge³, og om det overhovedet giver mening at have en grænse (Hansen 2007 b; 14), så længe man ikke overskrider det punkt, hvor fosteret anses som levedygtigt udenfor moderen hvilket i dag er sat til 22. uge (Lov nr. 91, § 17, stk. 1, 2004). Kvinder, der i dag f.eks. ønsker abort pga. abnormiteter ved misdannelsesscanningen, som foretages fra 18. uge, er nødt til at anmode abortsamrådet i regionen om tilladelse til at få denne. Flere har derfor argumenteret for, at det ikke giver mening på den ene side at give kvinder selvbestemmelsesret over deres foster, men på den anden side at kræve at de skal igennem et godkendelsessystem for at få lov til at få foretaget en abort, på baggrund af en scanning der tilbydes hende automatisk, blot fordi der er sat en tilfældig grænse for hvornår hun selv må bestemme, og hvornår hun ikke må (Harbo 2007).

³ Nakkefoldscanning og doubletest sker typisk i 13. uge og misdannelsesscanning i 18. uge af graviditeten.

Netop retten til frit at vælge vejer tungt i forholdet til fosterundersøgelserne. Formålet med disse er som sagt ”at bistå en gravid kvinde, som ønsker en sådan bistand, med at træffe sine egne valg”(Sundhedsstyrelsen 2003; 7). Men dette fører os blot tilbage til det først stillede spørgsmål. Hvilke valg er det den gravide skal tage? Er det hvilket handicap hendes barn kan leve med for at få et lykkeligt, eller bare anstændigt liv? Eller er det hvad hendes barn kan leve med af handicap for at kvinden selv får et lykkeligt eller anstændigt liv? Alle ønsker vel i udgangspunktet et sundt og velskabt barn. I princippet kan man fremføre argumentet om, at det er underordnet hvilke valg den gravide skal træffe, så længe det er hendes egne, men alligevel svarer Helle Mundus, socialrådgiver og medlem af Region Hovedstadens abortsamråd,⁴ på spørgsmålet om hvem samrådet giver tilladelse til at få abort efter 12. uge:

”Mentale handicap vurderer vi f.eks. som meget alvorligt. Men der er ikke et entydigt svar. Det afhænger af, hvor langt man er i graviditeten, hvor alvorligt et handicap, der skal til, før vi giver tilladelse til en abort efter 12. uge. Der har før været tale om en såkaldt facitliste, men så risikerer man jo at stigmatisere enkelte handicap” (Helle Mundus citeret fra Røhmann 2008).

Kvindens valg kan altså være afhængig af om, f.eks. abortsamrådet har samme mening som hende i, om et barn skal bortaborteres eller ikke, på baggrund af fosterundersøgelserne.

At fosterdiagnostikken spiller en vigtig rolle i det danske samfund kunne også ses under sygehusstrejken i 2008 hvor nakkefoldsscanningen blev fritaget for strejken selvom sygehusene ellers kun kørte med nødberedskab og kun livsnødvendige behandlinger blev opretholdt (Hansen 2008).

Samfundet rummer kort sagt mange meninger om fosterundersøgelser, men mellem alle disse samfundsmæssige omstændigheder og meninger står den enkelte kvinde, der selv skal træffe valget, om hun vil gennemføre en graviditet eller få foretaget en abort, ofte på baggrund af en fosterundersøgelse. Det kan derfor problematiseres, at valget fremstilles som et valg, hvor viden om barnets ”tilstand”, er nok for kvinden, til at hun, i et form for vakuum, kan tage den beslutning, der er bedst for hende selv og hendes barn, hvilket ovenstående citat af Helle Mundus for i øvrigt viser, hun ikke bare har lov til. Kvindens valg kan ikke blot anskues som subjektets frie valg uden hensynstagen til de sociale omstændigheder valget foretages under,

⁴ Helle Mundus var medlem af abortsamrådet i 2008. Det er ikke undersøgt om hun stadig sidder i det.

men må ses gennem alle de institutioner, praksisser, normer og diskurser, der omgiver hende, når hun stilles over for valget mellem provokeret abort eller ikke.

1.1 Afgrænsning

I Sundhedsstyrelsens rapport fra 2003 blev det anbefalet, at alderskriteriet for at få tilbudt fosterundersøgelser, faldt bort, således at alle gravide skal have tilbudt disse undersøgelser (Sundhedsstyrelsen 2003; 21). Som begrundelse blev det fremlagt at alderskriteriet er en *ineffektiv screeningsvariabel* som ikke gav *den enkelte kvinde et rationelt handlegrundlag* (Ibid.; 21). At fosterundersøgelser skulle gives til alle gravide kvinder, blev altså fremsat af Sundhedsstyrelsen i deres rapport fra 2003 og ikke for at "mistænkeliggøre" alle graviditeter som mulige arnesteder for alvorlige sygdomme og degenerationer, sådan som det blev fremlagt visse steder (se f.eks. Etisk Råd; 1998). Generelt sker sundhedsundersøgelser, hvor man forventer at noget er galt og ikke i en forudvalgt gruppe af individer, her fostre. At undersøge alle fostre og gravide kan derved ses som en sygeliggørelse af disse, men dette blev afvist af Sundhedsstyrelsen. De fosterdiagnostiske undersøgelser skulle netop skabe tryghed til den bekymrede mor (Sundhedsstyrelsen 2004).

1.2 Problemfelt

I dette speciale søges det at opklare hvordan fosterundersøgelser ansvarliggør den gravide. Herved søger specialet at klargøre hvordan fosterundersøgelserne – *det informerede valg* – leder den gravide til at være et ansvarligt subjekt, der kan træffe sit eget valg om sin graviditet og foster på baggrund af magt og viden. Derfor vil specialet bygge på analysestrategen Michel Foucaults magtanalyser. For Foucault gælder at der ikke findes samfund uden magtrelationer, men "*at hævde at der ikke findes samfund uden magtrelationer, er ikke det samme som at hævde at de som er etableret er nødvendige, eller mere generelt at magten udgør en sådan skæbne i hjertet af samfundene at den ikke kan undermineres. Jeg mener derimod at det er en permanent politisk opgave der ligger i al social eksistens at analysere, udvikle og problematisere magtrelationerne og 'agonismen' mellem magtrelationer og frihedens intransitivitet*" (Foucault 1982; 223 citeret fra Heede 2007; 141). Dette speciale vil forsøge at påtage sig opgaven at analysere og problematisere samfundets magtrelationer. For at dette skal lykkes bliver specialet nødt til at stille nogle centrale spørgsmål der kan åbne analysen. For det første må det generelt afdækkes hvordan fosterdiagnostikken ansvarliggør den gravide, så hun igen-

nem denne ansvarliggørelse kan ledes til at tage vare på sit foster og kommende barn. For det andet kan denne ansvarliggørelse problematiseres ved at afdække fosterdiagnostikkens forhold til magt og viden. Her skal forstås hvordan magt og viden indlejres i de fosterdiagnostiske undersøgelser. For det tredje er det interessant at se på hvordan den gravide forholder sig til denne magt og viden. Her skal forstås den gravides mulighed for at yde modmagt i forhold til den magt, der udøves på hende gennem fosterdiagnostikken. Udfaldet af sådanne magtrelationer er nemlig aldrig givet på forhånd (Borch og Larsen 2003; 169). Specialet vil ikke forsøge at komme med svar på hvordan den gravide eller de sundhedsprofessionelle kan handle og strategisk benytte sig af fosterdiagnostikken. Blot vil specialet bidrage med overvejelser om hvordan disse handlinger og strategiske udnyttelser allerede virker og hvilke konstitutive konsekvenser det har for fosterdiagnostikken, den gravide og de sundhedsprofessionelle.

1.3 Problemformulering

Hvordan ansvarliggør de fosterdiagnostiske undersøgelser den gravide kvinde, gennem anvendelse af magt og frihed?

2 Læsevejledning

Jeg vil i dette afsnit kort gennemgå hvordan dette speciale er bygget op, for derigennem for det første at "tage læseren ved hånden" og for det andet forhåbentligt at vise de enkelte afsnits betydning for specialet. Naturligvis bør de enkelte afsnit samt deres placering i specialet ikke i sig selv give anledning til forvirring eller undren, men alligevel finder jeg det formålstjenesteligt at komme med dette korte oprids af det kommende slags gang.

Afsnittet *Empiriske begreber* er et afsnit der vil føre læseren ind fosterundersøgelsens fagre verden. Idet der ofte er tale om fagudtryk indenfor denne verden, synes det nødvendigt at have dette afsnit tidligt så de begreber, der eksisterer i empirien fremstår som klare og mulige at adskille fra hinanden. Således vil der her ske en kort gennemgang af specialets centrale empiriske begreber. Det skal stå klart at dette speciale ikke er et sundhedsvidenskabeligt speciale, hvorfor begreberne forklares og anvendes i lægmandstermer og ikke som en sundhedsteknisk manual.

Analysestrategi-afsnittet vil angive hvorledes specialet vil gribe sin analyse an. Dette er naturligvis centralt for læseren for at forstå hvorledes empiri, teori og analyse skal spille sammen for at svare på specialets problemformulering. Afsnittet er derudover essentielt i den forstand, at det vil angive hvilken rolle specialeforfatterens forskningsmæssige position spiller, i forhold til den viden specialet producerer.

Metode vil helt konkret vise hvordan specialet har skaffet og anvender sin empiri. Overvejelser om og kritik af dataindsamlingen findes således i dette afsnit.

Analytiske begreber skal ses som afsnittet hvor specialets teori forklares. Afsnittet skal ikke ses som en diskussion af de teoretiske begreber, men mere som en klargørelse af hvordan specialet forstår nogle af de konkrete teoretiske begreber analysen vil benytte.

Analyse og Konklusion er selve specialets berettigelse og klimaks. Det er her specialet producerer sin eksplicite viden gennem anvendelse af empirien og de analytiske begreber. Således afspejler alle andre afsnit, hvad der sker i analysen, da denne er omdrejningspunktet for den samlede masse af tekst. I denne forstand skal *konklusionen* ses som en opsummering af analysedelen og som specialets korte svar på problemformuleringen.

Perspektivering er et forsøg på at gå ud over specialets rammer. Hvordan vil den viden, specialet frembringer, komme i spil i en anden kontekst, teoretisk som praktisk og hvilke konsekvenser har specialets betragtninger om fosterdiagnostikken for det moderne samfund. Perspektiveringen virker i denne forstand pirrende for evt. videre forskning eller blot

refleksion, ligesom specialet vil se tilbage på de analysestrategiske valg der foretages og spørge til hvordan specialet muligvis kunne havde bragt en anden belysning af fosterdiagnostikken i spil, hvis en anden analysestrategi, var blevet anvendt. Ligeledes vil nogle af specialets blinde vinkler blive diskuteret i perspektiveringen.

3 Empiriske begreber

I dette afsnit vil de centrale begreber, læseren møder i empirien blive forklaret.

3.1 Fosterundersøgelser

Fosterundersøgelser i Danmark er en fællesbetegnelse for de undersøgelser, der tilbydes gravide, så deres fostre kan undersøges for eventuelle sundhedsmæssige problemer, især kromosomfejl. Dog skelnes der i princippet mellem fosterdiagnostik og risikovurdering, hvor fosterdiagnostik betegner undersøgelser af fosterets arvemæssige anlæg og risikovurderinger betegner undersøgelser, der sandsynliggør risikoen for alvorlige sygdomme hos fosteret (Jensen 2005; 42). En risikovurdering er derved ikke diagnostisk, dvs. at den ikke med sikkerhed kan afgøre, om der er noget galt med fostret. ”*Formålet er at bedømme sandsynligheden for, at en bestemt uønsket begivenhed kan indtræde, for at give den gravide et bedre grundlag for stillingtagen til diagnostiske undersøgelser, særlig hvor sidstnævnte undersøgelser i sig selv er forbundet med en vis risiko for fostret*” (Sundhedsstyrelsen 2004; 12). Ud fra denne skelnen falder moderkage- og fostervandsbiopsi samt misdannelsesscanning inden for den første kategori, mens nakkefoldsscanning, doubletest og samtale om barnets familiehistorie inden for den sidste. Dog er der en hvis sammenblanding af begreberne (f.eks. Fritsen 2006; 39). Specialets forståelse af fosterundersøgelser bliver derved, at det er den brede betegnelse for alle undersøgelser, der tilbydes den gravide under graviditetens første 22 uger.

Fosterundersøgelserne indeholder i sin helhed familiehistorie, nakkefoldsscanning, doubletest, misdannelsesscanning samt moderkage eller fostervandsbiopsi. Bilag A angiver hvordan et typisk undersøgelsesforløb ser ud. Selvom disse undersøgelsesmetoder er meget forskellige har de alle det samme mål, nemlig at give den gravide kvinde en bedre mulighed for at foretage et valg om f.eks. en evt. afbrydelse af graviditeten eller videre behandling af en sygdom, på baggrund af viden om fosteret. For de fleste af undersøgelserne gælder, at det er den gravide, der selv aktivt skal anmode om at få dem foretaget.⁵Undtagelse herfra er moderkage- og fo-

⁵ Dette har kun været gældende siden 2005. Samtidig med at fosterdiagnostikken blev tilbudt alle gravide kvinder blev det også ændret fra aktivt fravalg til aktivt tilvalg. Indtil da skulle den gravide aktivt fravælge undersøgelserne (Sundhedsstyrelsen 2003; 12). Nu skal den gravide altså aktivt tilvælge dem (HS.dk).

stervandsbiopsierne, som ordineres automatisk når risikovurderingen giver et højt risikotal. Jeg vil kort redegøre for de forskellige fosterundersøgelsesteknologier:

- Familiehistorie (genetisk anamnese) har til hensigt at undersøge om der findes fortilfælde for visse genetiske sygdomme. Hvis dette er tilfældet kan det i nogle tilfælde indicere en meget høj risiko. Familiehistorien vil aldrig kunne angive om der er en lav risiko for noget, kun om der er en høj (Sundhedsstyrelsen 2004; 13).
- Nakkefoldsscanningen er en ultralydsscanning, hvor man måler størrelsen af en lille væskebræmme i fostrets nakke, hvilket også kaldes de bløde markører. Nakkefoldsscanningen kan foretages, når den gravide er mellem 11 og 13 uger henne, og tilbydes alle gravide. Denne scanning giver et risikotal der fortæller sandsynligheden for, om fosteret lider af Downs syndrom. Risikotallet kommer til udtryk som en brøk hvor skæringsgrænsen for et acceptabelt niveau er tal mindre end 1:300 (Sundhedsstyrelsen 2004; 8).
- Doubletest er en blodprøve, der kombineres med nakkefoldsscanningen for at give en større sikkerhed for risikotallet (Sundhedsstyrelsen 2004; 8).
- Moderkage- eller fostervandsbiopsi bliver tilbudt, hvis risikotallet ved nakkefoldsscanningen og doubletesten er højt, dvs. hvor risikoen for at fosteret har Downs syndrom er større end 1:300. Disse invasive diagnostiske undersøgelser er altså ikke noget alle frit kan vælge, men tilbydes på baggrund af risikotallet fra nakkefoldsscanningen og doubletesten. Begrundelsen for dette er bl.a. at 1 % af fostrene går til pga. undersøgelserne, hvorfor antallet af disse søges begrænset. Moderkagebiopsien udføres i 10-13. graviditetsuge, mens fostervandsbiopsien udføres i 14-17. graviditetsuge (Sundhedsstyrelsen 2003; 23-25).
- Misdannelsesscanningen udføres typisk i 17-19. uge af graviditeten. Her ultralydscannes for generelle fejl og misdannelser ved fosteret, f.eks. for om hjertet slår, som det skal, om fosteret mangler lemmer, eller om det har rygmarvsbrok (Sundhedsstyrelsen 2004; 14).

Ud over disse fosterundersøgelsesmetoder er der to begreber, som yderligere bør uddybes. Det gælder de to begreber *falsk positiv* og *falsk negativ*:

- Falsk positiv er, når en undersøgelse viser at fosteret fejler noget, som det så senere viser sig, det ikke gør. Dette sker ved ca. 3 % af alle nakkefoldsscanninger kombineret med blodprøve (lægehåndbogen).
- Falsk negativ er omvendt, når en undersøgelse viser at fosteret ikke fejler noget, og det så senere viser sig, at det gør det alligevel. Det har ikke været muligt at få et præcist tal på hvor ofte det sker, men meget tyder på at det er sjældent (Sørensen og Koefoed 2005; 19).

3.2 Downs Syndrom

Downs Syndrom, også kaldet mongolisme, er det man typisk kigger efter ved især nakkefoldsscanning, doubletest, fostervands- og moderkagebiopsi, men der undersøges dog også for andre genetiske lidelser hos fosteret⁶ (Lægehåndbogen), ligesom hjertesygdomme f.eks. kan komme til udtryk ved fortykket nakkefold (Koch 2003; 993). Downs Syndrom indtager en central plads i den offentlige diskurs om fosterdiagnostik (Lou og Dahl 2007 a; 915). Derfor vil Downs syndrom kort blive forklaret her.

Personer med Downs Syndrom har et ekstra 21. kromosom, hvorfor lidelsen også kaldes Trisomi 21. Downs syndrom er den hyppigste form for mental retardering⁷, men sygdommen har også somatiske konsekvenser så som tarm- og hjerte problemer. I år 2000 blev der født 57 børn med Downs Syndrom og 79 fostre med denne sygdom blev aborteret. I alt blev der født 67.084 levendefødte børn i dette år og aborteret 15.666 (Down.dk). Andelen af fostre med Downs Syndrom udgør altså en lille del af den samlede mængde af fostre⁸.

Antallet af levendefødte børn med Downs Syndrom er faldet, efter indførelsen af tilbuddet om fosterundersøgelser til alle gravide, således at der, i 2008, blev født 21 (Kamp 2009).

⁶ Edwards syndrom, Patau syndrom, Huntingtons Corea og cystisk fibrose (Lægehåndbogen).

⁷ Mental retardering er en sundhedsvidenskabelig fagterm. Se Lægehåndbogen

⁸ <0,16 % i år 2000. Der regnes med, at omkring 0,1 procent af alle fødte børn ville have Downs Syndrom uden fosterdiagnostikken (Hansen 2007a; 13).

4 Analysestrategi

Følgende afsnit vil vise hvorledes specialet tænker at forholde sig til sin empiri og teori.

Specialet vil aktualisere samfundstænkeren Michel Foucaults (1926 – 1984) teorier og analyser for derigennem at forme de analytiske greb, der anvender til at besvare problemformuleringen. Ambitionen er at anvende Foucaults teknologi- og magtanalytik til at undersøge den magtrelation og styring som fosterdiagnostikken indgår i, i det omfang det er givtigt for besvarelsen af problemformuleringen inden for specialets rammer.

På denne måde vil specialet lægge sig indenfor det konstruktivistiske perspektiv. Dette skyldes, at specialet vil forsøge at træde et skridt tilbage og prøve at spørge til hvordan nye teknologier, værdier og forestillinger om frihed individualitet og ansvar kommer til udtryk på mikroniveau (Andersen 1999: 9). Ikke for at fælde dom over dem og derved sige om de moralsk er rigtige eller forkerte, men for at åbne op for deres kategoriseringer af magt og frihed. Formålet med teknologi- og magtanalysen er derved at iagttage, hvordan magten opstår og formes gennem en specifik teknologi, her fosterdiagnostikken. Det er specialets pointe, at selvom magtrelationer ikke optræder i Sundhedsstyrelsens fremstilling af fosterundersøgelser, men konstrueres til blot at være en hjælp til den gravide kvinde til at træffe et valg på et objektivt grundlag, er magtrelationer netop yderst vigtige for, hvilket valg kvinder tager.

4.1 Anden ordens analyse

Spørgsmålet, som specialet stiller, bliver, ud fra det forud beskrevne, ikke et ontologisk spørgsmål om, f.eks. hvorfor fosterdiagnostikken blev indført, men derimod et epistemologisk, hvordan denne teknologi virker på den gravide kvinde, fosteret og det sundhedspersonale der benytter den. I det epistemologiske spørgsmål ligger netop tanken om, at prøve at forstå, hvordan en given meningsfuldhed fremstår og ikke hvordan den i virkeligheden er (Andersen 1999: 14). Idet det epistemologisk ikke er muligt på forhånd at vide, hvad verden består af, kan en bestemt genstand derfor ikke forudsættes (Andersen 1999:14). Derfor må specialet i første omgang undgå at definere den genstand, der iagttages, som en selvfølgelighed, men i stedet gå epistemologisk til værks ved at spørge, hvordan magtrelationen mellem den gravide og de sundhedsprofessionelle kommer til udtryk gennem fosterdiagnostikken. Formå-

let med opgaven er derfor at analysere, hvordan fosterdiagnostikken former den gravide, og hvordan hun til gengæld iagttager fosterdiagnostikken og handler på denne.

I den natur må specialet forstås som anden ordens, idet specialets fremgangsmåde ikke bliver et spørgsmål om hvilken metode, der kan bruges til at producere den sande viden om objektet, der iagttages, men derimod om hvilken strategi der kan lægges, for at opnå en erkendelse, der er kritisk anderledes end den allerede givne meningsfuldhed (Andersen 1999: 15). Dette gøres ved at iagttage, hvordan andre iagttager verden, for derigennem at skabe særlige kategorier for dem selv og andre. Det bliver altså ikke min iagttagelse af fosterdiagnostikken, men min iagttagelse af Sundhedsstyrelsens og den gravides iagttagelser af fosterdiagnostikken. Men derved kan specialets iagttagelse kun anskues som konstrueret og bliver derved i sig selv en iagttagelse. Specialets analyser vil derfor blive iagttagelser af iagttagelser som iagttagelser.

Selvom en given metode også er udtryk for nogle klare valg, giver ordet strategi et klart udtryk for, at iagttageren (her den specialeskrivende), konstruerer sine objekters og subjekters iagttagelser, så de passer ind i specialeskriverens iagttagelse af de iagttagedes iagttagelse af sig selv. Det analysestrategiske valg, medfører derfor et skærpet krav til at reflektere over hvad der bliver synligt med den valgte analysestrategi, men ligeså meget hvad der bliver usynligt. De blinde vinkler må klarlægges ligeså meget som synsfeltet.

4.2 Fosterundersøgelser som teknologi

At specialet fremstiller fosterundersøgelserne som en teknologi, skal ses som et bevidst valg og ikke i henhold til en sundhedsvidenskabelig forståelse af teknologi. Teknologier i analysestrategisk forstand, er gennemtrængt af en specifik stræben efter at forme adfærd med henblik på at producere bestemte ønskede resultater eller at undgå visse uønskede hændelser (Borch og Larsen 2003; 186). Teknologier fremstiller verden på en bestemt måde og kan derfor aldrig iagttages som neutrale instrumenter. De er installeret med bestemte former for rationalitet (Villadsen 2007a; 13) og bliver dermed altid rettet mod et mål, som dermed gøres til noget styrbart. Specialet vil senere vise hvordan dette gør sig gældende for fosterdiagnostikken. Teknologien kan gennem de rationaler der er indlejret i dem, ses som en styrings-, ledelses- eller magtteknologi. Ledelse er en ”moderne” magtform, der tager udgangspunkt i, at den ledede har et frit valg, og målet netop ikke er at manipulere den ledede til at gøre en specifik handling, men derimod at forøge handlerummet hos denne (Villadsen

2007a; 13). Ledelse forstås altså her som bevidste, velovervejede og strukturerede forsøg på at forme andre aktører. Magtudøvelsen kan være indlejret i bestemte teknologier, som derved bliver til ledelsesteknologier, og dette speciale anskuer altså fosterundersøgelserne som en sådan ledelsesteknologi. Ledelsesteknologier *bestemmer individers adfærd og underlægger dem visse mål* (Foucault 1994; 225 citeret fra Dahlager 2001; 93). På denne måde bliver magten indlejret i den viden som teknologierne bygger på. For Foucault er det netop ikke gennem ret, lov og afstraffelse, at magten fungerer i det moderne samfund, men gennem teknikker, normalisering og kontroller der rækker længere ud i samfundet end staten og dens apparater (Nilsson 2008; 85).

Teknologier er altså ikke et redskab, som kan benyttes af den ene til at manipulere den anden, hvorfor den nødvendigvis også konstruerer personen, der benytter sig af teknologien, som den ledende (Villadsen 2007; 13). Herved behersker teknologien både den ledende og den ledede i situationen og er med til at skabe de handlerum, som er mulige at agere indenfor. I relation til forholdet mellem de sundhedsprofessionelle og de gravide, er ledelse derved f.eks. kun muligt, når de sundhedsprofessionelle bringes til at acceptere sig selv som ledende (Dahlager 2001; 91), og ledelsen bliver mulig ved at ydre ledelse kobles til selv-ledelse (Dahlager 2001; 91).

Også selvledelsen har teknologier knyttet til sig, hvor det her er subjektets egen viden, der indlejres i teknologien, som derved bliver selvledelsesteknologier.

Selvledelsesteknologier ”tillader individer gennem egne midler eller med andres hjælp et vist antal operationer på deres egen krop og sjæl, tanker, adfærd, måder at være på m.h.p. at transformere sig selv for at opnå en hvis tilstand af lykke, renhed, perfektion eller ”dødelighed”” (Foucault 1994; 225 citeret fra Dahlager 2001; 93). For Foucault er det især gennem disse selvledelsesteknologier, at subjekterne konstituerer sig selv i det moderne samfund (Borch og Larsen 2003; 155).

Magtteknologi kan altså kort sagt defineres som en bestemt procedure, der sammenkobler bestemte midler, med bestemte rationaler, således at handlerum struktureres med et bestemt mål for øje (Villadsen 2007a; 14). Ved fosterundersøgelserne fremlægges dette bestemte mål til at være, at *bistå en gravid kvinde, som ønsker en sådan bistand med at træffe sine egne valg* (Sundhedsstyrelsen 2003; 7) eller sagt nemmere, at bistå den gravide kvinde i at tage et informeret valg. Det synes netop at være en karakteristik ved moderne ledelse, at den går i

spænd med teknologier, der producerer bestemte former for sandhedsfortællinger i objektive, positive og videnskabelige diskurser.

Ved at konstruere fosterundersøgelserne som teknologi, får specialet altså blik for de magtrelationer, der er på spil i brugen af denne teknologi, og de handlerum der derved skabes. Det interessante bliver, hvordan der ledes og derved forholdet mellem ledelse, den ledende og den ledede, og det er som sagt netop dette spil, som træder i forgrunden med konstruktionen af fosterundersøgelser som teknologi, hvorfor specialet har valgt denne konstruktion.

Men ved at konstruere fosterdiagnostikken som en teknologi, gør specialet sig selvfølgelig blind for visse aspekter af samme teknologi. Jeg vil især fremhæve muligheden for at konstruere fosterdiagnostikken som dispositiv, hvilke fordele dette valg ville have givet og hvorfor denne konstruktion alligevel er blevet fravalgt i dette speciale.

Hvorfor jeg lige fremhæver dispositiv som en mulig konstruktion er fordi de historiske praksisser, logikker og diskurser, der er indlejret i teknologien ikke kommer til udtryk ved at beskrive fosterundersøgelserne som teknologi. Teknologi tager udgangspunkt i sin nutid og i de magtrelationer og vidensproduktioner der er til stede der. Hvis det var specialets hensigt at analysere de historiske praksisser under hvilke fosterdiagnostikken er blevet det, den er i dag, ville det være hensigtsmæssigt at konstruere fosterundersøgelserne som dispositiv, som er et af Foucaults begreber, der netop indrammer disse historiske praksisser, logikker og diskurser. Med fosterundersøgelser som dispositiv ville det være muligt at fremanalysere disse historiske betingelser for teknologiens opståen netop som en styringsteknologi, men til gengæld ville det blive svært at analysere fosterundersøgelserne i forhold til deres betydning i magtrelationen mellem den sundhedsfaglige og den gravide. Af samme grund er konstruktionen af fosterundersøgelser som dispositiv blevet fravalgt.

4.3 De sundhedsprofessionelle og den gravide

Specialet vil ofte benytte begrebet *de sundhedsprofessionelle*. Dette skyldes at den gravide omgives af et væld af personer med en eller anden tilknytning til den sundhedsfaglige verden. Således vil betegnelsen sundhedsprofessionelle forstås som en samlet mængde af praktiserende læger, speciallæger (her især gynækologer), sygeplejersker, jordemødre, bioanalytikere og radiografer.

Således er de sundhedsprofessionelle samlet under samme betegnelse, dels for at angive at de i princippet bør have samme sundhedsfaglige mål for øje, nemlig sundheden for den gravide og fosteret, dels at specialet ikke specifikt undersøger én af disse faggruppers forhold til den magt og viden, fosterdiagnostikken er et udtryk for. Således er den specialeskrivende ikke blind for at disse fagpersoner må formodes at have forskellige strategiske indfaldsvinkler og magtteknologiske redskaber ved hånden i deres møde med den gravide. Ligeledes kan den gravide f.eks. selv vælge sin egen praktiserende læge, mens dette valg er noget sværere i forhold til de øvrige sundhedsprofessionelle. De sundhedsprofessionelle personers unægtelig forskellige tilgange til den gravide, hendes foster og fosterundersøgelserne ligger derved uden for denne opgaves rammer, hvormed specialet nødvendigvis gør sig selv blind for de agonistiske kampe, der kan ligge indenfor denne store gruppe af individer, der må formodes at eksistere. Dette mener jeg dog må ses som en nødvendig manøvre for at fremme analysens pointer og undgå at blive fanget i et edderkoppespind af tråde og relationer mellem individer som i princippet aldrig kan anses som en gruppe.

På samme måde kan konstruktionen af den gravide siges at være en nødvendig manøvre, idet specialet også her har forståelse for, at der er tale om vidt forskellige individer, der kun samles i samme gruppe grundet deres, endog midlertidige, status som gravid. Modsat kan man se en form for overdragelse af værdibestemmelsen af - og de etiske spørgsmål om - subjektet, lagt over på det enkelte subjekt. Dette skyldes den Foucault'ianske subjektforståelse, som specialet bygger på. Den sociale fælles tænkning og moralisering, et "vi", er der ikke plads til (Villadsen, 2007b, 100). Derfor vil specialet også, i så vid udstrækning som det er muligt, kun referere til subjektet; *den gravide* og ikke til gruppen; *de gravide*. Ligeledes anskues den gravide uafhængig af, om hun foretager sine valg alene eller i medbestemmelse med en eventuel partner. I Sundhedsstyrelsens rapport fra 2003 hedder det ellers: "*Det vigtigste effektmål ... er kvindens/parrets oplevelse af at have haft et reelt valg, som på sigt ikke fortrydes*" (Sundhedsstyrelsen 2003; 45).

Det er stadig tilfældet i majoriteten af graviditeter, at der er tale om et pars beslutninger og ikke kun den enkeltstående gravide, men ved at fokusere på den gravide og ikke parret, zoomer specialet ind på det subjekt, der ledes på, uanset hvordan hendes civilstand skulle være. Herved kan den gravide betragtes nøgternt ud fra den ene konstatering, at hun er gravid. Alder, økonomisk og social status, civilstand, etnicitet og alt andet der ellers kan vedrøre den måde, hvorpå den gravide subjektiveres, trækkes derved ud af ligningen. Hvis dette ikke var

tilfældet, ville specialet højst sandsynlig ende et sted, hvor der ikke kunne konkluderes noget som helst, da der altid ville være en eller anden undtagelse at tage højde for.

4.4 Blinde vinkler

Specialet har allerede været inde på nogle af de blinde vinkler den valgte analysestrategi medfører. Der vil dog her kort reflekteres over et enkelt, men for den specialeskrivende væsentligt analysestrategisk hul, nemlig interaktionen.

4.4.1 Interaktion

Foucault giver os begreber til at begribe, hvordan diskurser, institutioner og praksisregimer er fremkommet, således at de i dag eksisterer i lige præcis den form de gør og ikke en hvilken som helst anden. Specialets subjektsforståelse bliver uddybet senere, men her følger en kort redegørelse for de blinde vinkler subjektsforståelsen skaber.

Ud fra specialets udformning, kan den kritiske læser måske forstå analysen af alt dette som en udtømmning af subjektbegrebet. Subjektet bliver en tom skal, hvori samfundet putter sine normer, diskurser og viden, som subjektet så blindt vil følge, af frygt for at det ellers vil blive stemplet som galt, eller i hvert fald som unormalt, hvis det ikke gør. Dette skal for så vidt også udtrykke specialets, og for den sags skyld Foucaults, forståelse af subjektet. Foucault giver os nemlig ikke redskaber hvormed vi kan forstå, hvordan subjektet indkorporerer muligheder og umuligheder i hverdagen (Hacking 2004: 300). For en sådan bottom-up tilgang til subjektet, må andre teorier og analysestrategier, som f.eks. Erving Goffmans interaktionsanalyse benyttes. Det interaktionistiske møde mellem to subjekter, hvor magt og modmagt også finder sted i lige så høj grad gennem kropssprog og ageren, som gennem diskurs og tale, er specialet derved blind for, idet specialet hives op på et mere overordnet niveau. Dette skyldes at specialets formål er at analysere hvordan magt, viden, diskurs, norm og subjekt produceres og reproduceres på et overordnet plan. Dette ses gennem de ”generelle” handlinger den gravide foretager sig, f.eks. til- eller fravalg af fosterdiagnostikken, og ikke hvordan mødet mellem den gravide og f.eks. den praktiserende læge udspiller sig. Her tages den gravides, og den sundhedsprofessionelles efterfølgende (og hermed overordnede) forståelse for, og udsagn om, dette møde for ”gode varer”. Hermed positionerer specialet sig udenfor interaktionen, og anskuer dermed de sundhedsprofessionelle og den gravide udenfor deres reelle møde. Dette skaber dog et analysestrategisk hul, idet de magtstrategier der

udtrykkes nonverbalt ikke kommer til at influere på specialets analyse af netop selv samme magtstrategier.

5 Metode

Metodeafsnittet vil kort skitsere hvorledes specialets kilder er indsamlet, samt redegøre for hvordan specialet forholder sig til disse.

5.1 Problemstillinger ved kildevalg

Som tidligere nævnt, er der ikke entydighed om begreberne indenfor fosterundersøgelser. Begreberne undersøgelser, risikovurdering og fosterdiagnostik bliver brugt lidt i flæng. Der synes generelt ikke at blive taget stor højde for disse undersøgelsers forskelligheder udenfor den sundhedsvidenskabelige kreds og selv her bliver der ikke altid forskelsbehandlet, når der tales om tilbud til gravide indenfor fosterundersøgelserne. F.eks. står der på Hillerød hospitals hjemmeside følgende om fosterundersøgelser:

”De fleste graviditeter forløber helt som forventet og afsluttes med, at kvinden føder et velskabt barn. Vi ved dog, at ca. 2 % fødes med større eller mindre handicap og/eller kromosomfejl, derfor tilbyder vi forskellige former for fosterdiagnostik” (hillerødhospital.dk).

Af samme grund kan det være svært altid klart at adskille f.eks. risikovurderingen fra fosterdiagnostikken i litteraturen. Dette speciale vil ikke gå ind i en sundhedsvidenskabelig redegørelse af korrekt og forkert brug af begreberne, men blot konstatere, at indenfor diskursen om fosterundersøgelser er den gængse betegnelse lige så ofte fosterdiagnostik som fosterundersøgelser. Dette speciale vil derfor lægge sig ind i denne diskurs og ikke skelne mellem begreberne, med mindre det skulle blive nødvendigt et konkret sted i opgaven.

Specialet vil dog, i sin udvælgelse af kilder, tage udgangspunkt i risikovurderingen, hvilket vil sige især nakkefoldsscanningen (og i princippet blodprøven nakkefoldsscanningen kombineres med). Dette skyldes undersøgelsens særegne virke i forhold til de andre nævnte undersøgelser:

For det første benyttes moderkage- og fostervandsbiopsierne kun, ifald risikotallet ved risikovurderingen er højt. Disse undersøgelser kan altså ses som en forlængelse af nakkefoldsscanningen og doubletesten og kan på denne måde lægges ind under disse. Ikke alle kvinder skal tage stilling til moderkage- og fostervandsbiopsierne.

For det andet fravælges misdannelsesscanningen som undersøgelsesgrundlag, idet denne ses som en noget andet undersøgelse end de øvrige undersøgelser. Hvor risikovurderingen går på at undersøge for kromosomfejl primært Downs Syndrom, går misdannelsesscanningen på at undersøge så mange aspekter som muligt hos fosteret. Det er her, at også ikke-livstruende sygdomme og misdannelser kan opdages, så som manglende lemmer og undersøgelsen har altså ikke en specifik sygdom som undersøgelsesobjekt⁹.

For det tredje tager specialet sit udgangspunkt i risikovurderingen, fordi denne er lige præcis det dens navn antyder: en vurdering af risiko. Det er her, at der for alvor kan tales om styring og magtrelationer, idet valget om, hvad man vil stille op med sin risiko, må medføre et aktivt valg – en handling – af subjektet. Hvad enten man beslutter at få foretaget en abort, en yderligere undersøgelse ved hjælp af en biopsi eller blot at nøjes med at vide, at der er en forhøjet risiko for at ens barn har Downs syndrom, er formålet med fosterundersøgelserne fremlagt som netop at være, at hjælpe kvinden med at foretage denne beslutning.

For det fjerde fordi især nakkefoldsscanningen af mange gravide ses som en milepæl i graviditeten. Dette kan bl.a. ses ud af følgende citat:

”Så kom den første milepæl i min graviditet. Min bedre halvdel og jeg har længe glædet os til dagens nakkefoldsscanning” (Anette på Babybusiness 2007).

Selve valget af kilderne, der benyttes i dette speciale, bygger på de forgående kriterier. At specialet fokuserer på nakkefoldsscanningen, men ikke udelukker de andre undersøgelser, skyldes det førnævnte forhold om, at begreberne er blandet sammen. Således kunne man godt tage nakkefoldsscanningen ud som en selvstændig teknologi, men dette ville problematisere det forhold, at nakkefoldsscanningen sundhedsmæssigt set, kun er en del af risikovurderingen som igen er begrebsmæssigt sammenblandet med de reelle fosterdiagnostiske undersøgelser. Specialet har i sin indsnævring af kilder, dog for det meste valgt ikke at benytte kilder vedrørende misdannelsesscanningen, men idet der ikke findes en fællesbetegnelse for fosterundersøgelserne minus misdannelsesscanningen, vil begrebet fosterdiagnostik stadig blive anvendt i specialet.

⁹ I princippet har risikovurderingen heller ikke dette, men målingen af nakkefolden ved nakkefoldsscanning antyder, som tidligere nævnt, Downs Syndroms centrale placering, ved risikovurderingen.

5.2 Primære kilder

For udvælgelsen af kilder gælder generelt, at der er en stærk repræsentation af udsagn. Jeg vil her kort beskrive valget af de centrale kilder, specialet bygger på. Som det første står Sundhedsstyrelsens rapport fra 2003, som politisk blev brugt som baggrund for at brede fosterundersøgelser ud til alle gravide kvinder i det danske samfund, meget central i opgaven. Den kan naturligvis ikke belyse effekten af magtrelationer i teknologien, eller diskursen om fosterundersøgelserne efter disses udbredelse til alle gravide, men den kan bruges til at analysere Sundhedsstyrelsens iagttagelser af, hvordan teknologien skal tilbydes, samt hvilke konsekvenser man mener, dette vil få. Sundhedsstyrelsen er den centrale sundhedsfaglige myndighed og centralforvaltning i Danmark. Sundhedsstyrelsen er derved den øverste sundhedsfaglige myndighed, og det er deres opgave i samarbejde med beslutningstagere at skabe de bedste sundhedsfaglige rammer for behandling og forebyggelse (Sundhedsstyrelsen.dk). Således betragtes Sundhedsstyrelsen som repræsentant for de politiske myndigheder.

Efter 2003 er det svært at pege på én rapport eller undersøgelse som centralt for besvarelsen af opgavens problemformulering. Dette skyldes for det første, at der ikke er lavet en sådan central rapport, betænkning eller undersøgelse, fra f.eks. Sundhedsstyrelsen. For det andet, er det, som tidligere nævnt, også interessant at medtage de gravide kvinders iagttagelser af fosterundersøgelser på en mere bred måde. Dette sker især gennem udsagn fra kvinderne primært fra internetfora. Her må det naturligvis forstås, at der finder en grovmasket sortering af disse udsagn sted, men formålet er, som tidligere nævnt, at samle disse udsagn, så specialet kan fremanalysere iagttagelser af fosterundersøgelser i forhold til specialets problemfelt.

I forhold til internetkilder, kan det være svært at få et overblik over netop disse. Hvad gør, at jeg vælger lige præcis én kilde frem for en anden? Metodisk har jeg søgt på nakkefoldsscanning og fundet frem til forskellige internetdiskussioner mellem gravide og mødre som diskuterer denne teknologi. Disse debatfora tilbydes ofte gennem hjemmesider, som i forvejen henvender sig til den gravide, eller den nybagte mor. Debatfora på nettet er blevet medtaget i dette speciale, idet udsagn her kommer til udtryk i en anden og renere kontekst end f.eks. gennem interview i de forskellige undersøgelser. Renere fordi der ikke har været en tredjepart til stede mellem mig og min kilde. Således er specialet ikke blind for at udsagn på internettet også konstrueres ud fra en given positionering af afsenderen. Specialet kan derfor ikke sige om en given kommentar er sagt i spøg eller alvor eller i ophidselse eller efter megen eftertanke. Generelt forstås de forskellige internetfora dog som talerum, hvor de gravide eller mødrene

udveksler deres egne iagttagelser med ligesindede, præcis som en fysisk samtale ville finde sted. Specialeskriveren bliver derved en flue på væggen, som ikke forsøger at styre samtalen, men som de talende til gengæld heller ikke ved, er der. Således kan internetdiskussionerne netop betragtes ud fra deres irregularitet og deres ”ægthed”.

5.3 Sekundære kilder

Idet specialet i væsentlig grad vil bygge på udsagn for at få en forståelse for de iagttagelser, der er i spil, bruges der altså primært internetfora, men også undersøgelser, som har foretaget kvalitative interviews. Specialet bygger derved til dels på allerede foreliggende interviews, som foreligger gennem sekundær litteratur. Disse udsagn er selvfølgelig blevet foretaget med et andet sigte end dette speciales, og allerede sorteret til de pågældende undersøgelser, hvorfor udsagnene må bruges med varsomhed. Et citat i et interview er først blevet ytret, optaget, transskriberet, udvalgt og tilpasset før end dette speciale har fået fingre i det. Der er altså lang vej fra udsagn til tekst, men den forudgående selektion af udsagnene ændrer dog ikke på deres legitimitet, ligesom det, at de er skabt i andre (magt)relationer end dette speciales, heller ikke gør det. Min varsomhed overfor kilderne ligger i, at udsagnene benyttes, der, hvor der netop kan spores en form for regularitet i flere af de sproglige udsagn, hvilket vil sige, at der eksisterer en diskurs. Selve diskursbegrebet forklares senere, men metodisk betyder det, at udsagnene fra de sekundære angiver samme iagttagelser om bestemte ting, handlinger eller individer, som udsagnene i de primære kilder. Det empiriske datagrundlag, som dette speciale bygger på, er dog, ved at benytte allerede foreliggende interviews gennem sekundærlitteraturen, blevet langt mere omfattende, end hvis specialets forfatter selv havde været ude at skaffe sine egne data gennem kvalitative eller kvantitative interviews, eller blot havde benyttet de allerede beskrevne primære kilder. Den specialeskrivendes subjektive position bliver hverken mindre eller større af at bruge allerede eksisterende data. På samme tid positionerer specialet sig i forhold til allerede eksisterende forskning gennem brugen af sekundærkilderne. Fælden er dog, at dette speciale kommer til at reproducere den viden, disse undersøgelser allerede har produceret. Specialets opgave er derfor klart at angive hvor specialet kommer med sin egen analyse og hvor specialet trækker på de sekundære kilder.

I forhold til sekundærlitteraturen lægger specialet sig især tæt op af en interviewundersøgelse foretaget af antropolog Stina Lou og Læge Katja Dahl fra 2007, hvor 52 kvinder blev interviewet om deres holdning til – og viden om fosterdiagnostik (Lou og Dahl 2007a og 2007b).

Dette skyldes at specialet anskuer, at denne undersøgelse har dannet et solidt grundlag, som dette speciale kan bygge videre på. Specialet reproducerer i den forstand dele af denne undersøgelses konklusioner, men holder samtidig disse ud i armlængde. Således vil specialet f.eks. ikke godtage alle undersøgelsens konklusioner, hvis disse ikke kan genkendes i specialets egne analyser, men vil i så fald positionere sig i forhold til disse.

Ligeledes lavede lektor John Brodersen og Stud.med. Puk Jensen fra Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet i 2010 en undersøgelse, hvor fem ikke-gravide kvinder blev bedt om at vurdere indholdet af *Sundhedsstyrelsens informationspjece til gravide om risikovurdering og fosterdiagnostik* (Jensen og Brodersen 2010). Igen benyttes denne undersøgelse dels via dens udsagn, men primært som et grundlag som dette speciale positionerer sig i forhold til.

6 Analytiske begreber

I moderne videnskabsteori er det svært at sige diskurs uden at sige Michel Foucault. Han ses om nogen som ophavsmanden til diskursanalysen, men det er dog, med Professor Niels Åkerstrøm Andersens ord, svært i dag at bruge Foucault, uden at blive stillet til ansvar for forskellige Foucault- læsninger (Andersen 1999: 29). Jeg har valgt at se Foucault som analysestrateg, hvormed hans begreber kan bruges i det analysestrategiske felt. Alligevel bliver det i dette afsnit nødvendigt at fremskrive specialets forståelse af de Foucault'ianske begreber, som specialet benytter, da dette ikke er givet, blot ved at kalde Foucault for analysestrateg. De begreber jeg vil give mig i kast med er diskurs, norm, subjekt samt Foucaults forståelse af forholdet mellem magt og frihed og forskellige former for magt.

6.1 Diskursen

Som det første vil specialet gennemgå Foucaults forståelse af begrebet diskurs. Dette skyldes de sproglige udsagns centrale placering hos Foucault.

Igennem Foucaults forfatterskab er det svært direkte at se hvorledes han har ”opdaget” diskursanalysen, ligesom det reelt set er svært at se, at han direkte har benyttet sig af en sådan i sine studier (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 181). At diskursanalysens ophav alligevel tillægges ham, skyldes at han i flere af sine værker, tager afsæt i sproglige udsagn og gør disse bestemmende for det ikke-sproglige (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 182). Derved siger Foucault ikke at der ikke findes en ikke-diskursiv virkelighed (f.eks. smerte), men denne må nødvendigvis også udtrykkes gennem sproget og derved diskursen (Ibid.).

Omend dette er en interessant iagttagelse, er det ikke her, at Foucaults diskursanalyse har sin styrke. Denne ligger derimod i, at dette forhold mellem det sproglige, diskursen, og det ikke-sproglige har en historie, der netop betinger selv samme forhold (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 182).

Hos Foucault er det sproget – eller produktionen af diskurs – der er grundbegivenhed i analysen (Villadsen 2002: 83). Diskursen gør det nemlig ikke blot muligt at beskrive, den gør det også muligt at regere (Borch og Larsen 2003; 185). Diskursen kan ses som det, der skaber

det betydningsrum, som findes i enhver kultur. Vi bliver derved ude af stand til at tænke uden for de diskurser, vi er en del af (Nilsson 2009: 63).

En helhed af udsagn kan kaldes diskurs, for så vidt som disse tilhører den samme diskursive formation (Foucault 2005 citeret fra Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 188).

At diskurser har en historie de er "afhængige af" skal bestemt ikke forstås sådan, at en given diskurs' har en kontinuitet, man kan følge op gennem historien. Foucault advarer netop selv mod to postulater om diskurser, som må kastes over bord, for at få den rette forståelse af diskursen.

Første postulat er, at ingen begivenhed reelt set er ny, idet den altid vil kunne spores tilbage. Hvis man følger denne vej, kommer man til at pege på et uopnåeligt og uendeligt fjernt punkt tilbage før historien, hvor begivenheden i realiteten opstod ud af sin tomhed (Foucault 2005: 67).

Andet postulat er, at alle udtalte diskurser bygger på det udtalte. *At alt hvad diskursen tilfældigvis formulerer allerede foreligger artikuleret i den halve tavshed, som går forud for den* (Foucault citeret fra Madsen 1971, 154-155). Hvis man følger denne vej, vil man altså altid analysere det givne udsagn tilbage til før det blev til et udsagn, men stadig var til stede, om end i skyggeform, hvilket vil føre til det første postulat om, at udsagnet har sit udspring i et fjernt punkt før tidernes morgen. Som sagt er det vigtigt, at disse to postulater ikke får lov til at komme med om bord i diskursen. Når det så er sagt, er det vigtigt at have for øje, at man rent praktisk må tage nogle enheder for givet (Foucault 2005: 69). Foucault selv nævner bl.a. medicinen og den politiske økonomi, som enheder man må støtte sig op af, dog blot for at undersøge hvilke enheder de selv besidder. *Jeg vil kun acceptere de helheder, som historien tilbyder mig, for straks at drage dem i tvivl* (Foucault 2005: 69).

Diskursen skal altså ikke ses som en kæde af ækvivalenser, der strækker sig tilbage i det uendelige, men skal netop forstås ud fra dens mulighed for pludseligt at opstå (Madsen 1971, 155), og må analyseres netop i dens fremtræden og ikke som udtryk for noget andet (Andersen 1999: 44). Derved kommer den diskursive analyse til at ligge i, retrospekt at søge en overordnet systematik i allerede foreliggende sproglige ytringer ved at sætte disse i forbindelse med hinanden (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 184), og ikke at søge udsagnet tilbage til "dets oprindelse". Diskursanalysen søger at gribe udsagnet i dets øjeblik

og ensomhed for derefter at etablere forbindelser til andre udsagn og deres øjeblikke og ensomhed for derigennem at komme frem til, som Foucault udtrykker det: *hvilken irregulær eksistens [der] kommer for dagen i netop det sagte – og intetsteds ellers?* (Foucault citeret hos Madsen 1971; 157).

Udsagnet skal dermed ses som grundpillen, den mindste enhed eller diskursens moment, men ikke som diskursen selv (Andersen 1999; 41).

Men hvad er udsagnet så egentlig?

Forståelsen af udsagn, som dette speciale vil bygge på, ligger i, at *det er den mindste enhed, som igennem italesættelse bringer fænomener til deres eksistens* (Andersen 1999: 44).

Udsagnet er dermed ikke selve den grammatiske sætning eller det logiske udsagn, men snarere baggrunden og selve forudsætningen for at disse kan formuleres (Heede 2007; 76). Ethvert udsagn er uadskilleligt fra heterogene udsagn, som det er tilknyttet via regler for dets muliggørelse (Deleuze 2004: 25). Man kan så spørge videre om hvilke typer af udsigelsesmuligheder, der her så bliver tale om gennem udsagnet. Hvilke muligheder er der for at bringe de relevante fænomener til live gennem italesættelse? Kategorien er i og for sig uudtømmelig, men der kan i hvert fald anskues fire forskellige typer eksistensfunktioner: objektet, subjektet, begrebsnetværket og strategien (Andersen 1999: 44). Jeg vil senere komme særskilt ind på subjektet, idet jeg især finder, at specialets problemformulering vil have gavn af en uddybning af en forståelse af denne. De tre andre kan forstås som følgende:

Objekt bringes til eksistens gennem italesættelse som et socialt og sprogligt faktum, der derved kan tales om, f.eks. menneskekroppen.

Begrebsnetværket bringes til eksistens gennem italesættelse som et punkt i et net af begreber. Ethvert udsagn åbner og lukker for andre begreber, både nutidige, fortidige og fremtidige og frembringer derved et netværk af de begreber, der refereres til og som der kan blive refereret til, til live. Et eksempel på begrebsnetværket kan være Nazi-Tyskland.

Strategien bringes til eksistens gennem italesættelse som et valg. Ethvert udsagn kan betragtes som et muligt udsagn blandt flere mulige aktualiseringer. At det netop bliver det ene udsagn, der bliver til et udsagn, kan udtrykkes som en strategi, og udsagnet vil derfor altid være koblet til det sted og den tid, hvor det bringes til live (Andersen 1999: 45-46). Udsagnet udelukker andre mulige udsagn og udfylder dermed en plads som intet andet udsagn kunne udfylde (Foucault 2005: 71). Strategien skal dog ikke nødvendigvis forstås som et bevidst strategisk valg mellem flere udsagn, hvor det bedste til lejligheden vælges ud fra en individuel mening.

Valget er snarere teoretisk, hvor nogle ytringsmæssige sammenkædninger umiddelbart synes at ville have været mulige, men alligevel er udelukket af den konkrete diskursive konstellation (Foucault 2005: 118). Strategien skal derfor hverken gøres til et grundlæggende projekt, hvor der kan findes tilbage til den ”rene diskurs”, men heller ikke til meningernes sekundære spil (Ibid. 122).

Udsagnet skal dog ikke stå alene, men tværtimod betragtes i forhold til alt det, der ikke kan betragtes som diskursiv praksis, dvs. alt det, der i sin natur tilhører f.eks. teknikken, økonomien eller politikken (Madsen 1971; 158). Hvis der kan spores en form for regularitet i en mængde sproglige udsagn, om det så er gennem brugen af bestemte begreber, bestemte undersøgelsesfelter eller teknologier, giver det antydning til den systematik, under hvilke disse udsagn blev til (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008; 184). Samlingen af udsagn kommer derved til at bestå af faktiske udsagn i deres historiske adspredthed og deres specifikke øjeblikkelighed (Madsen 1971; 155).

Samlingen af disse udsagn er det, som Foucault kalder *arkiv*. Dette forstås som en række dokumenter¹⁰, der systematisk er blevet sat i forhold til hinanden for at give arkivet en overordnet og mere generel systematik (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 185). Foucault beskriver selv arkivet sådan her:

Det, det her skulle dreje sig om at få frem, er den samlede mængde af betingelser, som på et eller andet givet tidspunkt og i et givet samfund styrer udsagnenes optræden, deres indbyrdes forbindelser, den måde, hvorpå de grupperes i formelle helheder, deres funktion, de valoriseringer og sakraliseringer, de farves af, den form, i hvilken de optages i praktiske eller adfærdsmæssige helheder, de principper, hvorefter de cirkulerer, undertrykkes, glemmes, udviskes eller genoplives. Der vil kort sagt være tale om diskursen i dens systematiske institutionalisering (Foucault citeret fra Madsen 1971; 195).

Derved bør arkivet stå som en samling af menneskelige verbale og skriftlige udsagn, der er sammenvævet gennem deres historie, deres eksistens og menneskets investering af disse

¹⁰ Det sproglige udsagn, bliver her også betragtet som et dokument, idet der, i denne kategori, altså både betragtes mundtlige og skriftlige udsagn

udsagn i institutioner og teknikker (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008; 186). Herved kan diskursen analyseres gennem spørgsmålet om hvorfor lige præcis dette udsagn og intet andet fandt sted, og dokumenterne kan analyseres i forhold til deres sameksistens, forløb, indbyrdes funktioner og bestemmelser, eller deres uafhængige eller afhængige transformation (Foucault i Madsen 1971: 159). Men dette forhold stiller store krav til skabelsen af arkivet. Foucault siger selv, at man bør ”*læse alt*” (Foucault 1998 citeret fra Andersen 1999: 47). Dette betyder at, idet diskurser ikke nødvendigvis er afgrænset efter et specifikt tema, f.eks. fosterdiagnostik, er det ikke nok kun at indsamle udsagn omhandlende dette tema. Andre temaer kan spille en stor rolle, som vi på forhånd ikke kan se og derfor vil være blinde for, hvis vi afskærer dem på forhånd. Ligeledes må alle udsagn sammenholdes med alle andre udsagn og ikke kun lignende udsagn. F.eks. bør der ikke være et skel mellem offentlig og privat, eller mellem sproglig og skriftlig (Andersen 1999: 48).

Arkivet vil på den måde aldrig være endeligt, ligesom det heller aldrig kan blive tidsløst. Det, vi kan opnå med arkivet, er, at det bliver betegnende for en regelmæssighed, som kommer til udtryk på et bestemt tidspunkt, et bestemt sted og som netop systematiserer en bestemt begrænset samling af udsagn (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 187).

Af arkivet kommer den strategi, man må lægge, for at analysere dette arkiv. Denne analysestrategi kalder Foucault for vidensarkæologi.¹¹ Målet er at bringe ikke bare arkivets enkelte udsagn til at stå i et forhold til hinanden, men også de diskursive formationer. Igen er målet dog ikke at finde tilbage til det punkt, hvor alle fænomener har deres udspring (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 186). Arkæologi forstår Foucault som udgravning af synlige (eller skjulte) diskursive begivenheder.

Analysen af diskurserne:

”forsøger at rekonstruere det forklaringsmæssige regime, der fører til, at bestemte ting regnes for viden på et bestemt tidspunkt, og som forlener bestemte kategorier, opdelinger, klassifikationer, relationer og identiteter med betydning”
(Borch og Larsen 2003; 185).

Ud over den foregående forståelse af diskursen, kan denne, ifølge Foucault, dog også forstås som de formations- og dannelsesregler, som en given mængde udsagn følger og som derved

¹¹ Foucault selv, kalder det som sådan ikke analysestrategi, men vidensarkæologien er det han bruger når han analyserer sit arkiv, hvorfor den i praksis, godt kan betegnes som sådan (Andersen 1999: 52).

er med til at samle dem indenfor samme diskurs. Desuden hiver Foucault til tider forståelsen af diskursen op på et overordnet niveau, hvor den ikke bare er en helhed af udsagn, eller regler for dannelse af sådanne, men hvor diskursen er et felt for udsagn, som netop hører til feltet, fordi de er udsagn (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 186). Med denne forståelse bliver diskursen en konstant irreducibel begivenhed, som ikke lægger bånd på de muligheder, verden har for at træde frem, men tværtimod som noget man må have blik for i forståelse for, hvad der lægger bånd på diskursen (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 188). På denne måde bliver diskursen en form for tilgængelig logik, igennem hvilken man kan forudsige mulige udfald, men ikke en totalitær styreform, der garanterer et givet udfald.

6.2 Normen

Vi skal senere komme ind på hvordan magten fungerer gennem normen, men inden da er det relevant at få afdækket meningen af dette begreb. Hos Foucault afdækkes det normale inden for forståelsen af sygdom. Idet den patologiske organisme afviger i sin virkemåde i større eller mindre grad fra organismens "sædvanlige" eller regulære funktionsmåde, sådan som den kan studeres inden for fysiologien, bliver sygdommen noget, der kan studeres i spændingsfeltet mellem det normale og det patologiske (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 142). Men med denne distinktion bliver det normale en videnskabelig objektivitet, som lader sig forstå i en deskriptiv statistisk betydning som en form for gennemsnit. Gennem denne beskrivende statistik fik medicinen et nyt mål, nemlig at bringe den syge organisme tilbage til normalen.

Under disse betingelser fungerer den normale funktionsmåde som norm, hvormed den ligeledes kommer til at omfatte en normativ betydning (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 143). Normen, taget ud af sin patologiske forståelse, bliver en gennemsnitlig rettesnor for alle enkeltindivider, som en målbar størrelse, hvormed man kan sige hvor langt fra eller tæt på gennemsnittet, normen, enkeltindividet, befinder sig. På denne måde bliver normen ikke bare det målbare gennemsnit, men ligeledes det eftertragtede mål, som man agerer efter at opnå, hvorved det bliver muligt at moralisere i forhold til det enkelte individ, som måles op imod normen (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 143). Herved får normen sin sociale side, da enkeltindividet altid vil stå i forhold til de andre enkeltindivider, som alle ligeledes har normen som det eftertragtede mål.

Men den normale funktionsmåde er aldrig endegyldig. Det normale kan i bredere forstand bedre forstås som det bedst tilpassede respons på et givent miljø (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 145), og idet miljøet ikke er statisk, bliver normen snarere et resultat af en normsættende aktivitet fra organismens side for at imødegå miljøet på bedste beskub, end den endelige sandhed. Foucault ser derfor sundhed som mere end blot evnen til at sætte en norm for et givent miljø. I det miljøet må forventes at udfordre normen gennem sin egen forandring, må organismen være forandringsparat og konstant normsættende for et nyt givent miljø. På denne måde bliver normen forandret fra at være endelig til at være en løbende normering, der skaber en normalitet, som man på samme tid både bruger som gennemsnitlig rettesnor og er nødt til at overskride for at imødegå nye forandringer (Raffnsøe, Gudman-Høyer & Thaning 2008: 145). Normalisering bliver derved en proces hvor enkeltindivider i en social sammenhæng producerer og reproducerer det normale, som udgangspunkt for deres handlinger og overvejelser om strategier der skal benyttes (Triantafillou 2005: 18). I den forstand er det interessant at se, at det er blevet muligt at anskue selve ideen om det normale menneskelige væsen gennem specifikke historiske institutionelle og tekniske opfindelser og ikke mindst via biopolitikken¹² (Rose 2001; 38).

6.3 Subjektet

For specialets skyld er det, som tidligere nævnt, formålstjenstligt at beskrive hvilken subjektforståelse specialet forsøger at indkapsle, gennem Foucaults forståelse af dette, idet teknologien er med til at forme subjektet.

Foucaults analyser fremviser ubekvemme kontinuiteter for den oplysningshistorie, der hævder et radikalt brud mellem det, vi betragter som det uoplyste, traditionelle og religiøse på den ene side, og det oplyste, moderne og sekulariserede på den anden (Villadsen, 2007b, 87). Det moderne individ må derfor, ligesom alle andre historiske fænomener, opløses i dets konstituerede elementer og processer (Villadsen, 2007b, 87). Subjektet tænkes i denne sammenhæng grundlæggende som konstitueret hvilket vil sige at subjektet forstås som på én gang handlende og samtidig underkastet kontekstuelle betingelser. Underkastelseselementet peger på, at identitet ikke vælges frit, idet tilblivelsesprocesser er diskursivt indlejret.

¹² Biopolitikken bliver nærmere forklaret i afsnit 6.5.3

I Foucaults analytik bliver magten allestedsnærværende. Ikke bare i vores sociale samspil med andre og i vores relation til os selv, men også gennem den viden vi både former og formes af (Villadsen, 2007b, 88). Selv handlinger kan ikke betragtes som ontologiske, idet handlinger er noget subjektet tilskriver sig selv, eller tilskrives, i forbindelse med konstruktionen af det ansvarsfulde subjekt (Andersen 1999: 20).

I Foucaults analyser fremstår det moderne subjekt, som et der objektiverer sig selv (Villadsen, 2007b, 98), men også et som bliver objektiveret og som derved ledes til selvobjektivering med normerne som det gennemsnitlige pejlemærke (Villadsen, 2007b, 99). Objekt- og subjektsformer er således tæt knyttet sammen på den måde, at ved f.eks. at objektgøre subjektet som aktivt vælgende, bliver vi i stand til at være subjekter, der kan vælge (Dahlager 2001; 95). Subjektet er ikke noget naturgivent som kan henføres til noget essentielt menneskeligt, men tværtimod noget der kommer til udtryk på forskellig vis i forskellige sammenhænge (Nilsson 2009; 166).

Det moderne subjekt er ifølge Villadsen underlagt imperativet om, for enhver pris, at sige sandheden om sig selv (Villadsen, 2007b, 99). Derfor bliver det interessant at se på spændingsfeltet mellem etik og politik, idet etik her forstås både som subjektets forhold til sig selv og som den sandhedsform, der etablerer det forhold, subjektet bør have til sig selv (Dalager 2001: 101). Omsorgen for sig selv ses ikke som et narcissistisk omdrejningspunkt, men som et grundlag for en etik, der derved bliver forholdet til andre. Etikken skal dog, ud fra Foucault, ikke forstås som noget grundlæggende i det enkelte menneskes natur, men som noget der er erfaringsmæssigt betinget (Nilsson 2009: 138). Og i denne erfaring ligger netop korrelationen mellem vidensområder, normativitetstyper og subjektsformer i en kultur (Foucault 2004: 16).

I denne forståelse bliver det klart, at vi ikke blot benytter diskurser, når vi taler med andre, men også når vi reflekterer over vores egne tanker. Diskurserne skaber på denne måde, som tidligere nævnt, det betydningsrum der findes i enhver kultur (Nilsson 2009: 63).

Herved får vi, med de redskaber Foucault giver os, mulighed for at forstå subjektet i forhold til, hvilke udsagn der bliver sagt, hvilke udsagn der kan blive sagt, hvad der er muligt og hvad der giver mening, indenfor en given kategori, samt alt det der synes umuligt og svært at forstå (Hacking 2004: 300).

6.4 Magt og frihed

”Udøvelsen af magt er ikke blot et simpelt forhold mellem partnere, individuelle eller grupper; det er en måde hvorpå givne handlinger modificerer andre” (Foucault 2000; 219).

Sådan skriver Foucault om magt. Magt skal derved forstås på den måde, at magt ikke bare eksisterer i ren form. Magten eksisterer kun, hvis den lægges ind i handlinger. Derved kan magt forstås, som handlinger der, ikke direkte og umiddelbart påvirker andre, men derimod som handlinger, der påvirker andres handlinger (Foucault 2000; 220). Magt er derved blot et navn for en kompleks strategisk situation i et givent samfund (Heede 2007; 39)

Men i denne definition af magt ligger visse forudsætninger. For det første må gælde at magt, der udøves på andres handlinger, implicerer at ”den anden” fremstilles som et handlende væsen. Derved skal magten dog stadig ikke ses som ”personlig”, altså som noget der determineres af enkeltpersoner, eller som et spørgsmål om undertrykkere kontra undertrykte (Heede 2007; 39). Magt drejer sig om handlen og handlinger kan normativt ses som tillagt enkeltindivider, men magten udøves ikke desto mindre på handlingerne og ikke på individerne, ligesom de udøves gennem handlinger og ikke gennem individer.

Selve handlingerne kan defineres som befindende sig i spændingsfeltet mellem frihed og magt. Ved at udøve magt, eller lede, som er begrebet dette speciale primært vil bruge, isolerer man ikke de ledede i et mulighedstomt rum, hvor den eneste mulighed for handlen består i, at følge den ledendes vilje. Ved netop at definere de ledede som handlende subjekter, må elementet frihed tværtimod altid eksistere i magtrelationer, idet *”magt kun udøves over frie subjekter”* (Foucault 2000; 221).

Frihed kan defineres som muligheden for at vælge mellem flere forskellige handlinger og friheden eksisterer altså kun, når individet præsenteres for et væld af muligheder, indenfor hvilke, der kan ske et reelt valg, hvad angår reaktioner, opførsel og handlinger generelt.

I denne forståelse af frihed må også forstås at i de relationer, hvor determinerende faktorer udfylder hele mulighedsfeltet, er der ikke tale om magt, som det f.eks. er tilfældet hos slaver (Foucault 2000; 221). Dette er blot et udtryk for fysisk underlæggelse og er altså ikke magt (Heede 2007; 40). Derved er magt gennem vold naturligvis ikke udelukket. Vold er blot ligeledes en handling, der påvirker andres handlinger (Foucault 2000; 220), men muligheden

for ikke at bøje sig for den fysiske vold eksisterer også, hvilket historien har utallige eksempler på. Magt gennem vold gør den dog langt mindre accepteret og stabil.

Magts effektivitet i det moderne samfund afhænger af hvor godt dens mekanismer er skjult (Nilsson 2008; 85).

Det er måske nærliggende at spørge, hvorfor individet på noget tidspunkt og på nogen måde accepterer, at der udøves magt på det og ikke straks forkaster denne magt, hvordan den så end kommer til udtryk. Hos Foucault ligger forklaringen i, for det første, at magt ikke bare er destruktiv og undertrykkende, men at den også er produktiv og skaber f.eks. gennem nydelse og vidensdannelse (Nilsson 2008; 84). Samfundet bliver ikke kun bedre gennem forbud, men i lige så høj grad gennem forbedringer og løfter om forbedringer og begge dele kan være udtryk for magt.

For det andet opfatter Foucault magt som noget, der skabes i enhver social relation. Der eksisterer simpelthen ikke magtfrie forhold (Nilsson 2008; 87). Hvor der er mennesker er der magt (Heede 2007; 39). Netop disse forhold gør, at det er interessant at studere magten, der hvor man ikke umiddelbart ser den, nemlig nede på mikroniveau. Dette hænger også sammen med magts komplicerede struktur. Hvis magten ses som skabt gennem en række differentierede og komplicerede styrkeforhold, f.eks. mellem barnet og dets forældre eller patienten og lægen, må man netop gå ned i disse ”små” magtrelationer for at forstå dannelsen af diskurser, normer og subjekter i samfundet. Derved gøres de lovgivende instanser ikke til ubetydelige spillere i magtforholdet, men fordi magten oftest netop skabes som produkt af relationerne på mikroniveau, er det også her man må undersøge den. At der udøves magt i fosterundersøgelsessituationen og analysen af denne magtrelation, skal ses i denne sammenhæng. Som sagt forsvinder statens og politikernes rolle ikke, men de lægges i princippet på linje eller under den enkelte sociale relation i selve undersøgelsen af magten. Staten er dog stadig det vigtigste eksempel på overordnet styring (Heede 2007; 43), men den moderne stat fungerer ved at indlejre sig i en række lokale og specifikke styrkeforhold helt ned på mikroniveau (Heede 2007; 43). For Foucault opstår magten nedefra.

Frihed bliver altså et omdrejningspunkt mellem den ledende og den ledede, hvor styring f.eks. kan foregå gennem opstillingen af valg, som den ledede må forholde sig til, vel vidende at hvert enkelt valg har konsekvenser. Magtrelationerne er mellem frie individer, og frihedens tilstedeværelse i magtrelationen betyder, at der altid er en lille usikkerhed om processens udfald. Af samme grund giver det mening at dette speciale ikke er kausalt orienteret, da fokus netop er på det ubestemte i magtrelationerne (Borch og Larsen 2003; 169). Det strategiske

niveau er helt afgørende i magtrelationerne, da et styrkeforhold i sig selv ikke kan determinere en given magtposition (Ibid. 168).

Ledelse bliver derved både intentionel og ikke-subjektiv. Idet ingen magt udøves uden hensigt og mål, må der altid være en intention med magten, men samtidig er den ikke nødvendigvis resultat af et enkelt individuelt subjekts valg eller beslutninger, da frihed altid er til stede i magtrelationer (Nilsson 2008; 87). Friheden er ikke blot nødvendig for magtens udfoldelse, men er også dens ypperligste mål. Individets frivillige underkastelse fører til den totale frihed (Borch og Larsen 2003; 169). For at dette skal være muligt må ledelsen forskydes fra aktiv styring gennem synlige magtforhold til subjektets frivillige underkastelse gennem skjulte magtforhold. Magten bør derved iagttages gennem dens effekter såsom sandhed og subjektivitet, ligesom man bør iagttage de teknikker/teknologier, hvormed man søger at begrænse folks handlerum, gennem deres frisættelse (Borch og Larsen, 2003;).

6.5 Magtformer

Foucault havde et skarpt blik for centrale problematikker i den moderne velfærdsstat og hævdede, at velfærdsstaten benytter sig af en *spidsfindig kombination* af magtformer i sin ledelse af borgerne.

På den ene side fremstilles borgeren som en ukrænkelig rettighedskategori; borgeren er et suverænt individ med selvbestemmelse og grænser, som ikke må overskrides. I denne ånd kan netop ses fosterundersøgelserne, som netop skal *bistå en gravid kvinde, [...] med at træffe sine egne valg* (Sundhedsstyrelsen 2003; 7). På den anden side underlægges den selv samme borger en magtform, der vil drage omsorg for hendes liv ved at lede hende i detaljen. Både kroppen og psyken er underlagt forskellige magtformer for at lede dem i både rum og tid. Foucault har selv fremanalyseret tre magtformer, som er på spil i det moderne samfund, men analysen af dem er knyttet til forskellige tidsperioder. Således er det vigtigt at skelne mellem de samfund der bygger på en primær magtform og dermed får navn efter denne, og magtformerne i sig selv. Hvor f.eks. den pastorale magt henlægges til det suveræne samfund før det 18. århundrede er den pastorale magtform ikke på samme måde tidsbundet til denne periode. Således kan man også henlægge disciplinsamfundet til det 18. og 19. århundrede og den biopolitiske til det 20. (Nealon 2008; 28) Men magtformerne omformes og inkorporeres samtidig i de efterfølgende samfund således at magtformerne ikke skal ses som overlappende hinanden. At nye magtformer vokser frem betyder ikke at de gamle bliver ubrugelige eller glemt, men blot at de reformeres til at passe til det nye samfund (Nealon 2008; 28). Således

indeholder det moderne samfund teknologier, teknikker og institutioner, der trækker på enkelte, flere eller alle af de tre magtformer. Det vil i specialets analyseafsnit blive vist, at de tre magtformer, Foucault opererer med - pastoral, disciplinær og biopolitisk magt - alle træder frem i forholdet mellem de sundhedsprofessionelle og den gravide gennem fosterundersøgelserne.

6.5.1 Den pastorale magtform

For Foucault bygger den moderne stat bl.a. på gamle magtteknikker, som opstod i de kristne institutioner. Af samme grund kalder han denne magtform for den pastorale magt.

At Foucault påstår at denne magt opstod under kristendommen skyldes, at han ser de etiske kodekser der vokser frem under kristendommen som fundamentalt anderledes end dem fra bl.a. den antikke verden, hvilket medvirker at også en ny form for magt opstår (Foucault 2000; 214). Det karakteristiske ved denne magtform er, at den har blik for individet, og ikke bare samfundet som hele. Både flokken, men også det fortabte får, skal sikres frelsen i det næste liv gennem ledelse her på jorden (Ibid.; 214). Af samme årsag indgår der, i denne magtform, teknikker, som har til hensigt at gå ind i det enkelte individ, så dette kan blive i stand til at opdage og fremsige sandheder omkring sig selv. Her er især bekendelsen, skriftemålet, en af de mest fremtrædende, hvor individet skal fremsige sine sandheder (synder) overfor præsten og Gud, så han kan komme nærmere målet om den evige frelse. Med den pastorale magt sker der en udvikling fra den håndfaste tæmning af kroppen til frembringelse af sjælelig underkastelse over til individets frivillige underkastelse; magtrelationer, hvor subjektet selv accepterer sin underkastelse, hvormed magten bliver til selvfungerende normer. Magtrelationen sløres derved af individets frivillige underkastelse, hvorfor det bliver så meget mere presserende at kigge på de teknologiske mekanismer magten fungerer igennem for derigennem at studere denne.

For at selvunderkastelsen skal lykkes, er det nødvendigt at præsten besidder indgående kendskab til individet, for derigennem at være i stand til at guide individet til selv-ledelse (Dean 1999; 75). At selv-ledelsen er nødvendig i samtalen/bekendelsen/dialogen gælder både den kristne pasoralmagt, hvor præsten ikke kan tvinge individet til at gøre sin bod, og i den moderne form, hvor f.eks. lægen ikke kan tvinge den gravide til at få foretaget fosterundersøgelser, men snakke med hende om hendes ønsker for at få et raskt barn.

I denne manøvre ligger et andet af den pastorale magtforms centrale begreber, nemlig omsorg. Omsorgen både for flokken og individet er hyrdens ultimative opgave. Præsten kan dog kun

guide og lede sin menighed til at opnå frelsen, men ikke desto mindre er det også hans mål, at menigheden når denne frelse og præstens omsorg for sin menighed er derfor afgørende (Dean 1999; 74). Ifølge Dean er pastoralmagten væsentlig for forståelsen af, hvordan velfærdsydelser har fået en central plads i det moderne vestlige samfund (Dean 1999; 76). Især i forhold til gravide har samfundet stabet et beredskab på benene, der i tilfælde af en graviditet, kan køres i stilling og give den gravide og fosteret al den omsorg der er nødvendig for at et raskt barn kan fødes ind i samfundet. Ved sin blotte henvendelse til sundhedssystemet (typisk egen læge), undersøges den gravide for, om der fysisk er noget, der kan forhindre eller komplicere graviditeten og der vejledes om motion, kost og rygning som regel med det raske barn som udgangspunkt.

I den pastorale magtform er der dog, på baggrund af omsorgen for flokken også indbundet en mulighed for, at det bliver nødvendigt at adskille et enkelt får fra denne. Hvis valget står mellem det fortabte fårs frelse og hele flokkens frelse kan det være nødvendigt at tage den hårde beslutning om at efterlade det ene får til sin egen skæbne for ikke at bringe hele flokken i fare (Rose 2001; 29).

I den pastorale styring er også samtalen indlejret, vist klarest som eksempel gennem netop bekendelsessamtalen. Bekendelsen er godt nok en særlig form for samtale, men minder på sin vis i høj grad om den forebyggende samtale, som er så udbredt i det moderne samfund generelt og i den moderne sundhedsverden specielt (se f.eks. Villadsen 2007a eller Dahlager 2001). En gravids henvendelse til sundhedssystemet udløser automatisk en række af disse samtaler, der skal sikre mor og barn gennem graviditeten. Gennem samtale handler det ikke om at manipulere den ledede til et bestemt mål, men derimod om at bringe den, der skal ledes, til at lede sig selv (Jensen og Hansen 2006; 34). I den pastorale magtform er individualisering og selvledelse altså meget centrale begreber.

Med denne særlige individualisering in mente, mener Foucault, at den moderne stat er opbygget efter nogle af de samme principper, om end i en mere kompleks form (Foucault 2000; 215). I den statslige pastorale magtform, er målet ikke den evige frelse, som det er i den kristne pastorale magtform. Derimod er målet mere jordisk, eller for at være mere præcis, frelsen her på jord. På denne måde forstås frelse ud fra aspekter som sundhed, velvære og sikkerhed.

Med disse multiplicible mål bliver agenterne, som skal sikre selv samme mål, ligeledes multiplicible. Hvor det før var præsten, der havde hyrderollen både overfor flokken, men også individet, er det klart, at der i dag indgår mange flere og mange flere forskelligartede agenter

(Ibid.). Læger, politibetjente og socialrådgivere er eksempler på agenter der, fra tid til anden, udøver pastoral magt i samfundet. Det todimensionelle perspektiv i pastoralmagten, med fokus både på flok og individ, er derved efterhånden blevet så integreret ind i den moderne magtform, at den næsten er blevet usynlig. Alligevel er omsorgen kendetegnende både for præsten og for velfærdsstaten.

6.5.2 Den disciplinære magtform

Foucault har, i sit værk *Overvågning og straf* fra 1975, analyseret hvordan en ny form for disciplinerende magt har udviklet sig. Hans blik er på straffehistorien, måske fordi det netop er her, at disciplineringen ses i sin "rene" form. Foucault er samtidig bevidst om, at disciplinen har spredt sig til andre (eller alle) dele af samfundet (Deleuze 2006; 212). Ikke så mærkeligt kalder han denne magtform for den disciplinære.

Således skiftede både midlet hvormed man straffede, målet for straffen og hvem der var i stand til at udmåle straffen. Således påpeger Foucault at "*retten til at straffe har skiftet fra den suverænes hævn, til forsvaret af samfundet*" (Foucault 1975; 90 citeret fra Nealon 2008; 29).

Modsat tidligere tiders offentlige afstraffelse af den krop, der havde gjort noget strafbart, heraf offentlig dødsstraf, gabestok mm. bliver afstraffelsen nu på selve muligheden for at udøve handlingen igen gennem indespærring, overvågning og disciplinering (Jensen & Hansen 2006; 39). Den handlende krop "*er blot en fiktion som tillægges handlingen. Handlingen er al*" (Deleuze citeret fra Nealon 2008; 38), og det er adfærden og ikke subjektet der skal kontrolleres (Bang og Dyrberg 2011; 36).

Især overvågning spiller en stor rolle i den disciplinære magtform. Foucault så den panoptiske styringsteknologi som disciplinerings ypperste middel. I den panoptiske bygning er det muligt at overvåge alle de indsatte, uden at disse kan se overvågeren og derved ikke ved, om de reelt set overvåges (Kristensen 1997; 92). Hermed er der drevet en kile ned mellem at se og at blive set (Kristensen 1997; 92).

Gennem disciplinen kan man lede de overvågede mennesker til at blive føjelige og nyttige med et minimum forbrug af ressourcer. Alene i den tro at de bliver overvågede vil de indsatte opføre sig "ordentligt", og det er derfor ikke nødvendigt at bruge voldelige og bekostelige midler for at tvinge de overvågede til denne opførsel. Hermed er magten i styringen flyttet fra den ydre overvåger til den overvågede, idet denne vil installere overvågeren i sig selv og derved spille begge roller i styringen (Ibid.; 94). Den ydre styring er blevet til selvstyring. At dette kan lade sig gøre i det hele taget skyldes at disciplineringen trækker store veksler på

normen (Borch 2003; 50). Disciplinen har altså ikke det onde for øje med at straffe med indespærring, men det gode ved at opdrage til den gode borger. At indespærring kan være nødvendig for at denne opdragelse kan finde sted er så et onde man må tage med, men målet helliger på denne måde midlet

I den disciplinære styringsform ligger et rum- og et tidsperspektiv. Hvis vi ser på tiden først ligger i disciplinen en skjult sandhed om tiden, nemlig at hvert øjeblik er kostbart og derfor bør både ledende og ledede individer søge at optimere den tid de har og ikke spilde den. Hvert øjeblik er kostbart eller i hvert fald potentielt kostbart (Nealon 2008; 37). Foucault ser da også fremkomsten af disciplinen som styringsform, som et forsøg på at optimere udøvelsen af magt således at man kan økonomisere med tiden. Udøvelsen af magten skal hele tiden gøres lettere, hurtigere og mere effektiv. I den panoptiske bygning er det muligt for én person at overvåge alle de indsatte og i sin ypperste form, når den overvågede selv udfører overvågningen er der ikke engang behov for denne person (Kristensen 1997; 94). Magt som direkte, voldelig manipulation af hver enkelt modstridende krop er derimod både dyrt og ikke særlig effektivt (Nealon 2008; 35).

For den indsatte gælder det tidslige perspektiv i den forstand om ikke at være indsat. Frihedsberøvelsen kan her ses som en bøde, idet tid er penge og fratagelsen fra mulighed for at udnytte tiden. Skolebarnet der ikke har lært nok må gå klassen om og forlænger derved sit liv i det indespærrede miljø, hvorimod fangen, der opfører sig eksemplarisk, får lov til, på prøve, at komme ud i samfundet igen, hvor det kan testes om han er blevet opdraget nok.

Hvad det rumlige perspektiv angår, udøves disciplinen gennem en adskillelse af tilladte og ikke tilladte steder at opholde sig på bestemte tider. Således er alle institutioner opdelt efter hvilken rolle du spiller, f.eks. i fængslet hvor der differentieres mellem om du er indsat eller ansat. I fængslet blev det rumlige ligeledes gjort ekstremt ved at inddele det i små eneceller, så det var nemt at overskue hver enkelt celle og individ (Nilsson 2008; 98). Foucault hævder, at den disciplinære magtform gjorde sig gældende overalt i samfundets institutioner og ikke kun i fængslet, som er omdrejningspunktet for *Overvågning og straf*. Især i det 19. århundrede og starten af 20. er samfundet organiseret omkring en mangfoldighed af indespærringsmiljøer (Deleuze 2006; 212). Skoler, hospitaler, fabrikker, hæren og familien er eksempler på disse miljøer og det enkelte individ går fra det ene til det andet og er således indlemmet i disse disciplinære miljøer hele livet. Hvert enkelt individ skal formes eller omformes efter de samme regler som alle andre individer er formet eller omformet, hvormed der opstår en hvis form for standardisering (Jensen & Hansen 2006; 44). Ikke kun i

overordnede ting som at undgå at folk begår forbrydelser, men helt ned i det små findes denne standardisering. Foucault selv udtrykker det således:

”At forvalte befolkningen vil ikke blot sige at forvalte den kollektive masse af fænomener eller simpelthen at forvalte dem på deres globale resultaters niveau; at forvalte befolkningen vil også sige at forvalte den i dybden, at forvalte den med finesse og i detaljen” (Foucault 1979; 116).

Derfor kan man anskue disciplineringen som en intensiverende magtform. Ikke fordi straffen fysisk bliver intensiveret på individets krop, men fordi disciplineringen går derud, hvor retten ikke længere kan nå.

6.5.3 Den biopolitiske magtform

Ud fra styringen af handlingen i den disciplinære magtform ser Foucault en ny magtform skyde frem i det 20. århundrede. Denne kalder han den biopolitiske magtform, fordi den ikke længere omhandler selve handlingen men derimod selve livet. Det handler ikke kun om at sikre, at det dårlige i samfundet sies fra, men også om at sørge for at det gode bliver bedre (Jensen & Hansen 2006; 37). Dette kan ses som en endnu større og stærkere intensivering af magten end disciplinen var, og derfor en endnu større økonomisering. Hvor disciplinen nødvendigvis måtte have institutioner, det være sig fængslet skolen eller hospitalet, at virke igennem, går biopolitikken ind og skaber et link mellem de universelle kategorier for befolkningen og hverdagslivet for individet (Nealon 2008; 46). På denne måde er det underordnet hvor i samfundet, du befinder dig og derved hvilken institutionel disciplin du oplæres i (elev, soldat mm.), for biopolitikken sigter på det, alle i samfundet har til fælles, nemlig livet (Ibid.; 46). Af samme grund er normen helt central i den biopolitiske magt.

For at opstille forholdet mellem de universelle kategorier for befolkningen og individets hverdagsliv er det nødvendigt at biopolitikken, i endnu større grad end disciplineringen, virker gennem konstruktionen af normen (Nealon 2008; 46). Hvor den kriminelle blev sat i forhold til en binær kode om skyld – skyldig eller ikke skyldig – fremkommer der, med biopolitikken, levevis der i sin ultimative form fører til skylden. I denne optik skal konstruktioner omkring det unormale forstås. Kriminaliseringen i biopolitikken må udspecificeres i termer om normer mere end i termer om lov (Nealon 2008; 47). Den kriminelle er et individ som måske har, eller måske ikke har, udført kriminelle handlinger, men hvis liv befinder sig på glidebanen

udenfor den biopolitiske normativitet (Nealon 2008; 47). I denne kategori kan man eksempelvis historisk, se alkoholikere, homoseksuelle og handicappede, eller i moderne tid de fede, de dovne og rygerne, eller den gravide der nyder et glas vin. De biopolitiske normer virker dog altid inkluderende og ikke ekskluderende (Borch og Larsen 2003; 224). De unormale individer kan selv tage ansvar for deres handlinger og derved (igen) inkluderes i det normale fællesskab. Således kan de fede starte på at motionere, rygerne kan gå til rygestopkurser og de dovne må indse hvor den livsbane, de har valgt, ender henne.

Historisk kan man anskue biopolitikken i en glidende overgang fra statslig- til individuel biopolitik. Åndsvageanstalterne, eugeniske ægteskabslove og tvangssterilisation i starten af det 20. århundrede er eksempler på den statslige biopolitik, hvor man kriminaliserede grupper af individer alene på baggrund af deres livsform eller levevis. Men det var på samme tid samfundet, mere end det enkelte individ, der var i fare i forhold til disse anormale livsformer (Rose 2001; 33).

Godt nok blev f.eks. ø-anstalterne¹³ både set som et sted, hvor f.eks. stakkels kvinder kunne få et ”Hjem til værn mod Forførelse, Misbrug og Omflakken, Hjem hvor de kan sysselsættes efter deres smaa Evner og faa en menneskeværdig Tilværelse under kristelig, forstandig Pleje og Paavirkning” (Brev fra sognepræst J. Chr. Berthelsen, formand for bestyrelsen for ”Fredehjem” sendt 1918 citeret fra Kirkebæk 2004; 46), men samtidig også som en måde hvorpå man kunne sikre samfundet mod ”... den Klasse let aandsvage Kvinder hvis Erotik frembyder en væsentlig Fare i det frie Samfund” (Kirkebæk 2004, 48).

Den individuelle biopolitik er blevet mere gældende i anden halvdel af det 20. århundrede og ind i det 21. Her er det netop ikke grupper, som udgør en fare for samfundet, men individet, der udgør en fare for sig selv (Rose 2001; 33). Individet bliver subjektiveret og subjektiverer sig selv som aktivt handlende, og må på denne baggrund i langt højere grad end tidligere tage ansvar for konsekvenserne af dets handlinger (Borch og Larsen 2003; 223).

¹³ I 1911 blev der etableret en mandeanstalt på Livø og i 1923 en kvindeanstalt på Sprogø. Begge steder er det svært at se hvad de præcise kriterier for at blive anbragt på ø-anstalterne var, men hyperseksualitet, epilepsi og generelle adfærdsmønstre, der faldt uden for normen, er eksempler på livsformer, der kunne medføre indlæggelse på anstalterne (se f.eks. Kirkebæk 1997 eller 2004).

Som tidligere nævnt indeholder det moderne samfund teknologier, teknikker og institutioner, der trækker på enkelte, flere eller alle af de tre magtformer. De følgende analyseafsnit vil således vise, hvordan de tre magtformer alle træder frem gennem fosterdiagnostikteknologien i forholdet mellem de sundhedsprofessionelle og den gravide.

7 Analyse

7.1 Vil du vide noget?

*”Det vigtigste **effektmål** under dette paradigme [selvbestemmelsesparadigmet] er kvindens/parrets oplevelse af at have haft et reelt valg, som på sigt ikke fortrydes” (Sundhedsstyrelsen 2003; 45).*

Sådan hedder det i Sundhedsstyrelsens rapport fra 2003 om fosterdiagnostik. Selvbestemmelsesparadigmet fremstilles i denne rapport som en ny måde at se fosterdiagnostikken på, hvor man før fulgte et forebyggelsesparadigme, hvis effektmål var at mindske antallet af børn født med Downs Syndrom (Ibid.; 44). Dette fremsættes altså ikke længere som effektmålet, men derimod at kvinden/parret oplever, at de får et reelt valg.

Idet dette sættes som målet, ser Sundhedsstyrelsen kvindens aktive valg som mere reelt, idet Sundhedsstyrelsen nu ikke længere taler om en foretrukken konsekvens af en undersøgelse af et foster, der viser sig at have Downs Syndrom, nemlig at afbryde graviditeten, men blot at kvinden nu selv kan vælge og på sigt ikke kommer til at fortryde dette valg. Dette skal dog ikke forstås sådan, at Sundhedsstyrelsen anså tvang som et eksplicit middel før det udtalte paradigmeskifte (ibid.). Tvang kan her forstås på samme måde som fysisk vold, nemlig som en magtform, hvor determinerende faktorer udfylder hele mulighedsfeltet (Foucault 2000; 221). Man skal historisk tilbage til 30’erne og 40’erne i Danmark for sidst at finde det retsmæssige tilladte tvangselement, i forhold til at sikre fremtidige generationers sundhed i samfundet (Koch 2000; 65) og Sundhedsstyrelsen mener altså ikke, i deres rapport, at man før paradigmeskiftet i 2003 tvang kvinderne til hverken at få fosterundersøgelserne eller få en abort, hvis man fandt, at et foster havde Downs Syndrom. Kvinden kunne, for det første, takke nej til tilbuddet og for det andet stadig vælge hvad udfaldet af undersøgelsen havde af konsekvenser for hendes foster. Rapporten konkluderer blot, at i og med at sundhedssystemet havde et ønsket mål for fosterdiagnostikken, ville dette påvirke kvindernes beslutninger (Sundhedsstyrelsen 2003; 12). Med en formulering af en ny målsætning for teknologien, en ny vidensgivning omkring dens muligheder og derved en ny måde at benytte teknologien på, vil man fra Sundhedsstyrelsens side forhindre denne påvirkning af kvinderne.

Samtidig blev alderskriteriet for kvindernes adgang til fosterdiagnostikken fjernet (Ibid.; 12). Med afskaffelsen af aldersindikationen for udvælgelse til fosterdiagnostiske tilbud, bliver det ikke længere sundhedssystemet, der udvælger kvinden, men derimod ”kvinden der udvælger sig selv” (Ibid.; 12). I Sundhedsstyrelsens rapport fra 2003 tales der således om, på den ene side, at kvinderne før det omtalte paradigmeskift ikke blev tvunget til at få foretaget undersøgelserne, mens de på den anden side skal de nu skal have oplevelsen af et reelt valg (Sundhedsstyrelsen 2003; 12-13). Dette kan kun forstås på én måde, nemlig at Sundhedsstyrelsen anser muligheden for at fravælge som langt mere ledende end muligheden for at tilvælge. Dette stemmer bare ikke over ens med det forhold, som Foucaults analyser om magt og frihed viser. Som nævnt er friheden ikke blot nødvendig for magtens udfoldelse, men er også dets ypperligste mål. Forstået på denne måde må den ledende netop forskyde styringen fra aktiv styring gennem synlige magtforhold til subjektets frivillige underkastelse gennem skjulte magtforhold. Sundhedsstyrelsens fremsættelse af teknologien som frihedsskabende må derfor gå hånd i hånd med, at man samtidig noterer sig, at frihed og magt følges ad. Jo friere den gravide kvinde bliver gennem fosterdiagnostikken, desto mere bliver hun indlejret i den magtrelation, der skabes gennem denne teknologi. Det er i samme henseende interessant at bemærke at ca. 60 procent af de gravide i 1997, altså under det ”gamle” paradigme, accepterede fosterundersøgelser (Sundhedsstyrelsen 2003; 48)¹⁴. I dag er tallet 90 % (Richter 2011).

Spørgsmålet bliver så, hvordan Sundhedsstyrelsen fremstiller fosterdiagnostikken som et tilbud til den gravide kvinde, så denne magtrelation skjules.

For at forstå hvordan denne manøvre fungerer, er man nødt til at gå ned i den forståelse Sundhedsstyrelsen fremlægger om viden og vidensformidling.

Den viden, som selve teknologien frembringer, ses af Sundhedsstyrelsen som en normativ og dermed objektiv sandhed, nemlig foster med Downs Syndrom kontra foster uden Downs

¹⁴ Dog er den mest udbredte metode inden 2003 fostervands- eller moderkagebiopsi, hvor der er en risiko for spontan abort, hvorimod den metode der udbredes til alle kvinder efter 2003, er scanning og blodprøve, der ikke indeholder denne risiko (Sundhedsstyrelsen 2003; 48).

Syndrom¹⁵. Sundhedsstyrelsens forhold til viden bliver derfor mere et spørgsmål om, hvordan der gives viden om og i forhold til denne ”objektive” sandhed, samt hvordan teknologien udbydes. For at tage det sidste først synes bortfaldet af alderskriteriet for tilbud om fosterundersøgelse, at falde i god tråd med fremkomsten af biopolitikken.

| | Paradigme | |
|------------------------------------|--|---|
| Kriterium | <i>Forebyggelse</i> | <i>Selvbestemmelse</i> |
| Fokus | Reducere forekomst | Give handlegrundlag |
| Indikation for undersøgelse | Generel (screening) – Aldersbestemt | Konkret (indikationsundersøgelse) – Alle |
| Information | Standardiseret – afsenders pligt | Individualiseret – modtagers ret |
| Samtykke | Reaktivt (Ja/Nej) | Aktivt (ønsket/ikke ønsket) |
| Genetisk rådgivning | Direktiv (vejledende) | Nondirektiv (neutral) |
| Beslutning om intervention | Kvindens | Kvindens |
| Succesparametre | Tilslutningsprocent, detektionsrate, abortrate | Kvindens/parrets oplevelse af et reelt valg, som ikke fortrydes |

Tabel 1: Forskellen mellem forebyggelsesparadigmet og selvbestemmelsesparadigmet som fremsat af Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2003; 45).

Hvor det indtil 2004 var kvinder i risikogruppen, altså kvinder hvis alder overskred 35 år, der blev tilbudt undersøgelserne, er det nu blevet alle gravide, der kan bede om disse undersøgelser. Det er derved ikke længere kvinden, der qua sin alder, er til fare for samfundet, idet hun har en langt højere risiko for at sætte et barn i verden, der lider af Downs Syndrom. Alderen alene gør ikke længere den gravide skyldig i en forstand, så hun skal for retten, for at undersøge om hun reelt set også er skyldig. Med biopolitikens fremkomst giver det mening at denne gruppe af skyldige forsvinder. ”Der screenes ikke længere”, men derimod fremlægges teknologien som en mulighed, alle kan benytte sig af. Dermed ”gives magten fri” i den forstand, at det er den enkelte gravide, der nu skal lede sig selv. Vil hun benytte sig af fosterdiagnostikken eller ikke? Sundhedsstyrelsens syn på fosterundersøgelserne bliver derved noget der kan:

¹⁵ Igen må man dog bemærke at de undersøgelser der blev tilbudt under det ”gamle” paradigme var fostervands- eller moderkagebiopsi, hvor der, som nævnt, er en risiko for spontan abort, hvorfor der er en reel teknologisk forskel indenfor de to paradigmer. Dette ændrer dog ikke på det nævnte forhold om viden.

”... tilvejebringe et handlegrundlag for den gravide, som bekymrer sig for, om der kan være noget alvorligt galt med fostret” (Sundhedsstyrelsen 2003; 45).

Skiftet bort fra screening, betyder derved en langt større subjektivering af den gravide som handlende og frit. Fosterdiagnostikken er et tilbud til den gravide, der bekymrer sig om sit foster og som er en, der selv ved, hvad der er bedst for hende selv og fosteret. I den biopolitiske ånd er bekymringen altså flyttet fra samfundets bekymring for samfundet til individets bekymring for sig selv.

I denne forstand bør det frie individ bekymre sig. Ikke om samfundet som helhed og derved f.eks. andelen af børn født med Downs Syndrom, men om individet selv i sin enkelthed og derved hendes egen sundhed. Og med til den gravides sundhed hører fostret. I *Retningslinjer for fosterdiagnostik* som Sundhedsstyrelsen udgav i 2004, da alle gravide nu skulle diagnosticeres, hedder det om fosterdiagnostikken: ”Undersøgelserne kan m.a.o. give øget sikkerhed (større tryghed)” (Sundhedsstyrelsen 2004; 8).

Undersøgelserne skal altså give den gravide tryghed og omsorg, i forhold til den føromtalte bekymring hun kan sidde med, om hendes barn lider af Downs Syndrom. Det bekymrende individ må netop omkranses af tilbud om omsorg, for at kunne realisere sin egen tryghed.

Hele den omsorg for både gravid og foster, der køres i stilling, når den gravide melder sig til sundhedsvæsenet, hvor også fosterdiagnostikken kan lægges ind under, kan ses i denne relation. Ansvar for, at fosteret har det godt, er kvindens, men samfundet udviser samtidig den nødvendige omsorg for kvinden, så at hun kan varetage dette ansvar, hvilket helt er i den pastorale magts ånd, ligesom hyrden skal beskytte det gravide får, så fåret kan koncentrere sig om sit lam. Denne samfundsmæssige rolle for omsorg for den gravide er der i og for sig ikke noget nyt i. Pastoralmagten forklarer på denne måde netop det paradoksale i moderne velfærdsstater, hvor staten på en og samme tid iagttages som ansvarlige for borgernes trivsel, og samtidig søger at lede individer til selv at sørge for deres egen tilstand (Dean 1999; 135). Det nye, i forhold til fosterdiagnostikken, er den måde hvorpå, den gravide konstrueres som en, der skal tage ansvar for sit eget liv.

Da det er kvinden, der subjektiveres som den ansvarlige, er det også hende, der selv må tage ansvar for den viden, hun mener, er nødvendig for at sikre sit foster. Her spiller biopolitikens trækken på normen ind. Normalisering bliver derved en proces, hvor enkeltindivider i en social sammenhæng producerer og reproducerer det normale, som udgangspunkt for deres

handlinger og overvejelser om strategier, der skal benyttes (Triantafillou 2005: 18). At den gravide bekymrer sig om sit foster, er der jo ikke noget mærkeligt eller for den sags skyld nyt i, men forståelsen af viden gennem fosterdiagnostikken bliver, at normalen er, at vide at ens foster ikke fejler en (specifik) alvorlig sygdom¹⁶, inden det bliver født. Spørgsmålet man kan stille er jo så, om den gravide faktisk er bekymret for om hendes foster lider af denne specifikke sygdom?

Brodersen og Jensens undersøgelse af ikke-gravide kvinder, der har læst Sundhedsstyrelsens informationspjece om fosterdiagnostikken viser, at denne pjece giver en øget bekymring for at deres barn lider af den specifikke sygdom som fosterdiagnostikken kan skaffe vished om eksisterer eller ej (Jensen og Brodersen 2010): ”Denne her folder giver mig en masse at bekymre mig om, som jeg ikke vidste før” (Kvinde citeret fra Jensen og Brodersen 2010; 1737).

At en informationspjece om en risikovurdering ses som bekymringsskabende, eller kortere sagt, at information om en risikovurderingsteknologi skaber bekymring kan her ikke overraske. Information må nødvendigvis være det, der neutraliserer den lykkeligt uvidende. Det interessante bliver derimod, at den gravide ikke kan betragtes som lykkelig uvidende. Den ”normale” gravide konstrueres som en, der bør bekymre sig, men med den rette viden kan hun komme sikkert gennem graviditeten og få et sundt og raskt barn, eller evt. få det unormale fjernet, hvis det er dette hun ønsker.

Spørgsmålet, der her kan stilles, bliver dog i så fald, hvad der er den rette viden? Svaret i forhold til fosterdiagnostikken synes at komme som en cirkelslutning. Den rette viden er den viden der kan gøre dig tryk. Hvis du er utryk, er det altså fordi, du ikke har fået den rette viden eller i hvert fald ikke nok af den rette viden. På denne måde kan bekymringen kun reduceres, men aldrig forsvinde helt. Og det er i denne bekymringsreducerende spiral at fosterdiagnostikken skal virke. Teknologien er dermed både med til at neutralisere den lykkeligt uvidende gravide, for samtidig at give hende tryk og mindske denne tryk. Fosterdiagnostikken konstruerer kort sagt den gravide som bekymrende og skaber derved en bekymring kun fosterdiagnostikken selv kan reducere. Men hvis dette er tilfældet kan den gravide vel blot fravælge fosterdiagnostikken og derved undgå denne bekymring.

¹⁶ Her tænkes naturligvis på Downs Syndrom, om end fosterdiagnostikken også kan afsløre risici for andre sygdomme. Se afsnit 3: Empiriske begreber.

I Sundhedsstyrelsens rapport fra 2003 ses den viden, der omkranser fosterdiagnostikken, som ændret¹⁷, som konsekvens af ændringen i, hvordan teknologien udbydes og hvilket paradigme det tilhører (se tabel side 46). Med omkransende viden forstås den viden, som den gravide skal have for at kunne foretage et valg ud fra den viden selve teknologien skaber. Altså om hun vil være lykkelig uvidende eller kende sin risiko for at hendes foster har Downs Syndrom og hvad hun i dette tilfælde i så fald skal stille op med denne specifikke viden.

For Sundhedsstyrelsen iagttages denne objektivisering af viden og subjektivisering af den gravide som ændret. Hvor subjektiveringen af den gravide, før det påståede paradigmeskifte blev anskuet som en subjektivisering af den gravide som føjende lægen, der havde et bestemt mål for øje og dermed ikke gav neutral viden, iagttages den gravide nu, med ”den nye subjektivisering”, som aktivt vælgende, hvorfor også den viden, der knytter sig til teknologien objektiviseres som neutral (Sundhedsstyrelsen 2003; 45). Valget kvinderne skal tage skal altså bygge på ”neutral” viden, som fremskaffes gennem fosterundersøgelserne, udenom det magtforhold der ligger mellem patient og læge. For Foucault er viden og magt blot netop to uadskillelige størrelser (Foucault 1979; 23-24 i Bang & Dyrberg 2011; 32). Foucault slår fast, at der ikke eksisterer noget magtforhold uden produktion af en dermed forbundet viden og han mener derfor, at det netop er gennem viden at subjekter skabes (Nilsson 2008; 79). Handlinger sker ofte på baggrund af viden, som igen altså er produceret ud fra en magtrelation, som har et særligt strategisk mål. At konstruere en neutral viden udenom en magtrelation som grundlag for teknologien, kan i den forstand ses som et forsøg på at skjule den magtrelation, der både ligger til grund for denne viden, og som samtidig udspringer af den, hvorfor det er interessant her at grave dybere. Også fordi den neutrale viden anskues som grundpillen i fosterdiagnostikken (Sundhedsstyrelsen 2003; 45). Idet der er tale om ”objektiv viden” og ikke subjektiv mening, er det op til det enkelte subjekt at opveje denne ”objektive viden”, så der kan dannes en subjektiv mening. Således udtalte overlæge og direktør ved Kennedy Centeret¹⁸ Karen Brøndum-Nielsen i 2005:

”Jeg mener godt, man kan rådgive om fosterdiagnostik på en objektiv og neutral måde. For for det første må man tage udgangspunkt i den enkelte persons forudsætninger. Man må forstå, hvad det er for et menneske, man skal rådgive, og

¹⁷ I rapporten fra Sundhedsstyrelsen fra 2003 benævnes denne viden som genetisk rådgivning. Se tabel side 46

¹⁸ Kennedy Centeret er det danske forsknings- og rådgivningscenter for genetik, synshandicap og mental retardering

komme i dialog omkring, hvad personens ønske er og hjælpe til at få klarlagt, hvad det er personen vil” (Karen Brøndum-Nielsen citeret fra Egeberg 2005; 14).

Kvinden skal altså selv ytre sine ønsker for rådgivning om fosterundersøgelserne, f.eks. gennem dialog med den praktiserende læge, sådan som det faktisk er tilfældet med al samtykke til behandling:

”Der er tale om en dialog, hvor patient og sundhedsperson udveksler oplysninger, stiller spørgsmål og opnår enighed om, hvilken behandling der skal iværksættes. For at man kan tale om et gyldigt samtykke, kræver dette, at patienten er i stand til at overskue konsekvenserne på baggrund af den givne information” (Sundhedsstyrelsen 1998; stk. 2 citeret fra Sundhedsstyrelsen 2003; 58).

Set i dette forhold kan det være svært at se hvordan rådgivning om fosterdiagnostik adskiller sig fra rådgivning om enhver anden undersøgelse. Problemet i forhold til fosterdiagnostikken er dog blot, at den sundhedsprofessionelle i princippet ikke må give information, inden den gravide selv har ytret, at hun ønsker den. Allerede inden den ”neutrale” viden foreligger, har kvinden i princippet ret til ikke at vide. I forhold til selvbestemmelsesdiskursen har den gravide kvinde ret til at sige nej tak til al information og bare satse på at alt er fint eller være ligeglad med, om det er det. Som det hedder i retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen:

*”Den basale information og afklaring af informationsbehov omfatter:
At oplyse om muligheden og **afklare, om den gravide ønsker information om fosterdiagnostik** (evt. spørge den gravide direkte)...”(Sundhedsstyrelsen 2004; 8).*

Problemet bliver dog dermed, at beslutningen om, om man vil have viden eller ej, i princippet også kræver viden, nemlig viden om, hvad det er for viden, man siger nej tak til. Den gravide skal altså i første omgang vælge, om hun vil tage imod viden, hvilket nødvendigvis igen må ske på baggrund af viden, da valget ellers bliver irrationelt. Eller sagt enklere - hun skal vide, om hun vil vide. Det eneste den sundhedsprofessionelle derfor, i princippet kan spørge om er: ”Vil du vide noget?”

Derfor ligger der, i fosterdiagnostikken, et skjult budskab, nemlig at den gravide gerne **vil** vide noget. Hvordan kan hun ellers foretage et rationelt informeret valg?

Spørgsmålet, der trænger sig på, er, om der kan være tale om et frit valg, når forudsætningen for teknologien er, at den gravide gerne vil vide? Formuleringen i Sundhedsstyrelsens rapport fra 2003 er bestemt ikke med til at lette forståelsen for, om dette reelt set er tilfældet:

”Det vigtigste effektmål under dette paradigme er kvindens/parrets oplevelse af at have haft et reelt valg, som på sigt ikke fortrydes” (Sundhedsstyrelsen 2003; 45).

Ordvalget synes at være pudsigt. Hvordan skal det forstås, at kvinden/parret skal have oplevelsen af at have et reelt valg? Har de da ikke et reelt valg, når det kommer til stykket?

Foucaults forståelse af magt synes at komme godt i spil her. Ved at objektivisere kvinden/parret som aktivt vælgende subjekter, som oplever, at de kan foretage et reelt valg, subjektiverer subjekterne også sig selv som aktivt vælgende. Muligheden for at vælge mellem flere forskellige handlinger frisætter individet, men binder det til gengæld til den magtrelation, der eksisterer, når det præsenteres for et specifikt valg. Relationen frihed kontra magt synes altså allerede at være i spil i Sundhedsstyrelsens rapport, hvor kvinden/parret subjektiveres som aktivt vælgende. At fremstille kvinden/parret som aktivt vælgende på baggrund af viden om fosterdiagnostik, fremstiller dog handlemulighederne i valget, som en mulighed mellem om man vil benytte sig af denne teknologi eller ej. Ikke om man vil vide noget eller ej. Den gravide har derfor et reelt valg, når hun oplever, at hun har et reelt valg.

Teknologien konstruerer altså den gravide som et subjekt, der vil have viden, for derigennem at kunne vælge, på baggrund af denne viden og som derfor er interesseret i at kontrollere sit liv gennem viden, så hun kan foretage logiske valg. Hvorfor hun vil have den specifikke viden som fosterdiagnostikken tilbyder, er fordi hun er et ansvarligt individ, der bekymrer sig for hendes foster, her specifikt om hendes foster har Downs Syndrom.

Dette bringer os nødvendigvis tilbage til spørgsmålet om, hvordan der gives viden om den viden som fosterdiagnostikken kan frembringe. Her er det relevant at se på sundhedspersonalens rolle i denne ”neutrale” vidensfrembringelse.

7.2 I'm gonna make you an offer you can't refuse

*”Stillet over for et konkret tilbud om undersøgelse har en kvinde mulighed for at **vælge fra**, men dette er ikke helt uproblematisk. Selve tilbuddet tolkes som signal om en øget risiko, med myndighedernes signatur”* (Sundhedsstyrelsen 2003; 12)

Sådan skriver Sundhedsstyrelsen i deres rapport fra 2003, om problemet ved den ”gamle” tilbudsform. Netop myndighedernes signatur i tilbuddet, ses af dem selv som et af omdrejningspunkterne i problematikken med tilbud kontra udbud. Fosterdiagnostikken som tilbydes udvalgte kvinder, som så aktivt kan vælge at takke nej til dette tilbud, ses her som mere problematisk, end kvinder der (måske) får information om muligheden for fosterdiagnostik, hvorefter de aktivt vælger det til. Den aktive handling – valget – fremskrives her helt klart, som det der ledes på i fosterdiagnostikken. Det ene ses som reaktivt, et svar på et spørgsmål (ja eller nej), mens det andet ses aktivt, som en anmodning om en ydelse. Men det kan her synes besynderligt, at et aktivt fravalg ikke ses som et informeret valg, hvor det aktive tilvalg gør. Begrundelsen, at kvinderne vil have mindre tilbøjelighed til at fravælge noget, sundhedssystemet har spurgt om de ikke vil have, kontra noget de selv skal bede sundhedssystemet om at få, synes en anelse søgt.

Lou og Dahls undersøgelse om gravide kvinders forhold til fosterdiagnostik i 2007, viste tværtimod, at det stadig gør sig gældende, at kvinderne er mere tilbøjelige til at bede om den pågældende teknologi, fordi det er sundhedssystemet, der udbyder den. Tilbuddet i sig selv bliver oplevet som et signal om, at der kan være en risiko, og at det derfor er fornuftigt at tage imod det. Undersøgelsen viste derfor, at de gravide tillægger sundhedsvæsenet og dets tilbud værdi og autoritet (Lou og Dahl 2007b; 916). Som en kvinde udtrykker det i undersøgelsen:

”Hvis man får tilbuddet og det offentlige betaler ... så tænker man da, at det er noget, man skal sige ja til. Selv om man forsøger at lægge det op som et valg, så er mekanismerne jo nogle andre. Når sundhedsvæsenet vælger at tilbyde det, så påvirker det da en” (Birgitte citeret fra Lou og Dahl 2007b; 916).

Denne analyse vil jeg ikke genkende til. Forestillingen om at kvinderne vil subjektivere sig selv som mere frie, hvis de ikke iagttager tilbuddet som kommende fra sundhedsvæsenet, men som et ønske fra dem selv, synes her at falde til jorden i forhold til fosterdiagnostikken. Ikke nødvendigvis fordi logikken i ræsonnementet fejler, men fordi kvinderne stadig betragter teknologien, som et tilbud fra sundhedsvæsenet. Den ovenfor citerede kvinde, ser i hvert fald stadig den udbudte teknologi, som noget der bør takkes ”ja” til, fordi det er et tilbud fra sundhedsvæsenet den gravide. På samme måde mener en anden kvinde ligefrem at ”*det er anbefalet af Sundhedsstyrelsen, når de tilbyder det*” (Jensen og Brodersen 2010; 1738). Den gravide er derfor, i princippet, stadig nødt til at fravælge tilbuddet frem for at tilvælge det, eller i hvert fald at være i stand til, bedre at kunne forklare, hvorfor hun ikke tilvælger fosterdiagnostikken, frem for hvorfor hun tilvælger den. Begge valg er i princippet legitime indenfor teknologiens rammer, men når teknologien tilbydes som en fri mulighed, man kan benytte sig af, skal der åbenbart alligevel stærke argumenter til, for at fravælge den. Derved kan fosterdiagnostikken forstås med Marlon Brandos ord i rollen som Vito Corleone i filmen Godfather:

*“I’m gonna make you an offer you can’t refuse” (Godfather 1972).*¹⁹

Sundhedssystemet kan derved ikke fraskrive sig deres rolle som ledende i de gravides valg om hvorvidt de vil benytte teknologien. Alene igennem udbuddet af valget om at benytte teknologien skabes et handlerum, hvor teknologien behersker både den gravide kvinde, men altså også sundhedspersonalet, idet teknologien nødvendigvis konstruerer udbyderen af teknologien som ledende (Villadsen 2007a; 13). Men hvis den gravide iagttager fosterdiagnostikken som et tilbud fra Sundhedssystemet, sådan som Lou og Dahl har vist (Lou og Dahl 2007a) kan et nærliggende spørgsmål være om den gravide har ”gennemskuet” magtrelationen i teknologien.

Som nævnt skaber udbuddet af de fosterdiagnostiske undersøgelser en subjektivering af den gravide, som et individ besiddende en risiko, som italesættes som reel, idet man kan blive undersøgt for om der er hold i denne risiko. Dette kan dog, som sagt, kun ske, gennem en afklaring via fosterdiagnostikteknologien. Som en samtale på debatforummet babyklar.dk viste:

¹⁹ Citatet er lettere ændret for at passe til teksten. Det oprindelige citat lyder: “*I’m gonna make him an offer he can’t refuse*” (Godfather 1972).

Majsen 1985: "L og jeg har i dag været til informationsmøde om risikovurdering... Jeg vil så sige at det var lidt spildt, for hende som skulle fortælle om det læste faktisk bare op, så vi kunne lige så godt have fået udleveret papir på det... Når det så er sagt, så var det rigtig dejligt at få af vide hvor lille risikoen for at få et barn med Down syndrom."

LilleMi: "Ja, det virker da fjollet at bruge ressourcer på, når man alligevel får svaret til NF[nakkefoldsscanning]."

Majsen 1985: "[D]et var det også... så et eller andet sted "fortryder" vi at vi tog afsted, når det var så spildt... men som i siger, så kunne vi lige så godt have fået det at vide til NF [nakkefolds]scanningen..." (samtale på Babyklar.dk 2011b).

Samtalen her viser, hvordan forståelsen af risikoen er noget, man får udredt til nakkefoldsscanningen. Sundhedspersonalet ansvarliggør derved den gravide gennem teknologien, så hun kan træffe et valg på baggrund af den viden teknologien kan skabe. Den generelle risikovurdering ses derved ikke som nok, til at den gravide skal kunne foretage et valg baseret på denne, ligegyldig at den gravide anerkender den lille risiko der i udgangspunktet er. Således kan det også ses, at der, i bedste biomagt-stil, er sket en normalisering af "NF", altså nakkefoldsscanningen, som noget den gravide nødvendigvis forholder sig til. Således er det underordnet om den gravide iagttager fosterdiagnostikken som kommende fra sundhedsvæsenet og ikke hende selv, idet hun under alle omstændigheder er fanget i teknologiens forhold mellem frihed og magt. Den gravide har kun frihed, hvis hun forholder sig til teknologien og derved magtrelationen.

Set i dette perspektiv kan man så undre sig over at Sundhedsstyrelsen taler om at sundhedspersonalet skal give "neutral" viden om sundhed og endog "neutral og fyldestgørende rådgivning" (Sundhedsstyrelsen 2003; 7). At neutral rådgivning i sig selv er uladsiggørligt er en ting, men set ud fra et sundhedsmæssigt perspektiv er det vel også en umulighed, hvis man skal tro at sundhedssystemets overordnede mål er at sikre befolkningens sundhed. Enten skal de sundhedsprofessionelle træde ud af deres rolle som sundhedsprofessionelle, hvorfor viden og rådgivning lige så godt kunne komme fra en hvilken som helst anden, eller også må de forsøge på bedste beskub at rådgive, vel vidende at de, i og med de har en rolle som sundhedsprofessionel, også har et konkret mål for øje. På denne

måde kan den tidligere citerede kvinde vel have ret i, at Sundhedsstyrelsen *anbefaler* fosterdiagnostikteknologien, alene ved at den tilbydes.

Sundhedsmæssigt set giver det god mening, for det første at undersøge alle gravides fostre, så sundhedsmæssige problemer kan opdages. For det andet giver det ikke så god mening, igen rent sundhedsmæssigt, at få viden om sundhedsmæssige problemer, hvis ikke man så efterfølgende gør noget ved disse problemer? Sagen er blot at videnskaben ikke giver os svar på, hvordan vi skal leve vores liv (Weber 2003; 198 citeret fra Villadsen og Sløk 2008; 11). Videnskabens opgave er ikke at træffe moralske eller normative valg, men blot at fremlægge de ”ubekvemme kendsgerninger” for dem der skal træffe dem (Weber 2003; 207 citeret fra Villadsen og Sløk 2008; 11).

Alligevel synes der at være indbygget en logisk sundhedsmæssig tankerække i teknologien som ellers afskrives, idet formålet fremsættes som ikke at være ”*at forhindre fødsel af børn med alvorlig sygdom eller handicap*” (Sundhedsstyrelsen 2003; 7). At det dog netop er dette rationale; ”at forhindre fødsel af børn med alvorlige sygdom eller handicap”, som reproduceres gennem fosterdiagnostikken, men skjules gennem teknologiens subjektivering af det frit vælgende individ, er der flere indikationer, der peger hen på. Således udtaler flere kvinder, at denne indbyggede logik i fosterdiagnostikken bliver gjort gældende i praksis:

”... mener de sagde noget om at det er vigtigt at de er der til at se om barnet er okay, så der ik kommer misdannede børn til verden. eller noget i den stil” (Kristina på Babygalleri.dk 2008 i forbindelse med hvorfor nakkefoldsscanning var en del af nødberedskabet under sygehusstrejken).

”Overlægen sagde direkte, at nakkefoldsscanningen var forløberen for en abort, ellers kunne han ikke se nogen grund til, at vi i det hele taget havde valgt at tage imod tilbuddet om nakkefoldsscanning” (Christina i Bundgaard 2007).

De citerede eksempler viser med al tydelighed den sundhedsmæssige forståelse af brugen af teknologien, omend den her er sat noget på spidsen. Der er dog flere kvinder, der har haft lignende oplevelser af teknologiens indbyggede ledelsesrationale. Således skrev en gravid kvinde i sin blog:

”... da jeg er til konsultation nogle dage inden min nakkefoldsscanning, spørger de mig, om jeg har tænkt over, hvordan jeg vil forholde mig, hvis nu scanningen viser, at der er risiko for Downs syndrom. For hvis jeg allerede på forhånd ved, at jeg ikke vil have en abort, eller jeg ikke vil have foretaget en moderkagebiopsi, så er der jo ingen grund til at få scanningen” (Anne på Voresbørn 2011).

For Foucault er det netop målet med den disciplinære magt, gennem forbindelsen mellem styring og viden, at forme individer til at besidde og handle efter en bestemt form for rationalitet (Foucault, 2000). Disciplinærmagten knytter sig på den måde til viden, hvilket også i høj grad gælder det enkelte individs arbejde med sig selv. Det disciplinerede individ ved hvordan det skal handle på en bestemt viden, her den viden der skaffes gennem teknologien.

Fremsættelsen af at fosterdiagnostikken er til, for at den gravide kan opleve at have et reelt valg, der ikke fortrydes, synes derfor, med dette disciplinære rationale for øje, at blive udvandet. Hvis fosterdiagnostikken tilbydes som en ”neutral” frivillighedsteknologi, der giver kvinden en vurdering af den risiko, hun har for at bære et sygt barn og hun herefter selv kan vurdere, hvad en sådan viden om risiko skal bruges til, står det i modstrid til en sundhedsvidenskabelig logisk praksis, der forudgriber, netop hvordan hun vil forvalte denne viden. Forudgribelsen kan ske, idet kvinden betragtes som et ansvarligt individ, der gerne vil sikre sin egen og sine (kommende) børns sundhed.

Omdrejningspunktet for teknologien bliver af samme årsag ordet ansvar.

Ansvar for individets sundhed lægges gennem fosterdiagnostikken og for i øvrigt i tråd med biopolitikken, på individets egne skuldre. Spørgsmålet bliver, ifald man vælger at få foretaget risikovurderingen, hvordan man som et ansvarligt menneske kan bebyrde samfundet og sig selv med at sætte et handicappet barn til verden. Dette må i hvert fald være en meget tungere beslutning, end dengang det bare var noget, der hændte og en tungere beslutning medfører typisk et større ansvar. Det er gennem teknologien ikke længere muligt for den gravide at være lykkelig uvidende, idet hun, ifald hun føder et barn med Downs Syndrom, konstant bliver mindet om, at ansvaret for, at dette er sket, er hendes eget. Ansvar, primært for selve valget, men også sekundært og måske i lige så høj grad ansvaret for at stå ved den beslutning, der

træffes, er den gravides. Således skal kvinden ikke kun træffe valget, men det skal også være et valg ”som på sigt ikke fortrydes” (Sundhedsstyrelsen 2003; 45).

Som tidligere nævnt, lavede Brodersen og Jensen i 2010 en undersøgelse, hvor man satte et antal kvinder, der endnu ikke var, eller havde været gravide, til at læse informationspjece fra Sundhedsstyrelsen om fosterdiagnostik og risikovurdering for bagefter at spørge til hvordan de opfattede informationsmaterialet. I spørgsmålet om hvordan hele ”tilbuddet” blev opfattet udtrykte en af kvinderne sig således:

”Jeg tror, jeg ville ende med at gøre det, fordi hvis ikke jeg gjorde det, ville jeg måske ende med at gå rundt resten af graviditeten og tænke, skulle jeg nu have gjort det og være endnu mere bange for at få et sygt barn” (Kvinde citeret fra Jensen og Brodersen 2010; 1738).

Undersøgelsens konklusion var som sagt, at pjecen skabte bekymring blandt de adspurgte kvinder, men af citatet ses det også at teknologien ansvarliggør den gravide gennem skyldspålæggelse overfor det, at få et sygt barn, hvis hun har fravalgt fosterdiagnostikken. Den gravides ansvarsfølelse overfor fosteret medfører altså, i hvert fald her, at den gravide disciplineres til at hun bør få den viden som fosterdiagnostikken tilbyder. Hvis hun fravælger teknologien kan hun ikke anses som fuldt ansvarlig, eller i hvert fald må hun påtage sig skylden, hvis hun gambler og undlader at gå til undersøgelse og det så siden viser sig, at der er noget galt. Således skal også dette valg opleves som et, der ikke fortrydes (Sundhedsstyrelsen 2003; 7). Normen, der produceres gennem teknologien, er altså her, at man skal vide hvordan den latente risiko for at få et barn med Downs Syndrom reelt giver sig ud, igennem en sundhedsfaglig vurdering af denne risiko. Den gravide kan ikke være lykkelig uvidende, for så tager hun ikke ansvar for sit barn. Når valget om at få denne viden så først er foretaget, foreligger der allerede en sundhedsmæssig logisk sti, den gravide bør følge: At få omdannet en evt. høj risikovurdering til reel viden om evt. sygdom gennem en biopsi og hvis denne viser, at der er noget galt, at afbryde graviditeten med det syge foster. Den gravide har naturligvis stadig mulighed for at yde modmagt ved at fravælge det ene eller begge de næste skridt, men dette ændrer ikke på den sundhedsmæssige logik, der er indskrevet i teknologien. På denne måde er teknologien gennemtrængt af en specifik stræben på at undgå bestemte uønskede hændelser (Borch og Larsen 2003; 186). Eller som lægen Lotte Hvas udtrykker det:

”Selvfølgelig er der en medicinsk grund til, at man ønsker at give kvinderne netop dette tilbud og ikke et helt andet” (Hvas 2007; 889).

Det kan derfor generelt iagttages, at den gravide betragter sit foster med bekymring for om det lider af Downs Syndrom, men måske samtidig har svært ved at forholde sig til denne bekymring som reel:

”Det er jo heldigvis langt de fleste børn, der fødes sunde og velskabte” (Anette på Babybusiness 2007).

”Så er det tid til NF scanning imorgen kl 8.30 Selvom det er 4 gang glæder jeg mig helt vildt, er dog også nervøs, men det skal man vel være” (Supermortil3 på babyklar 2011c).

For den gravide kan der altså spores en væsentlig bekymring for fosterets sundhedsmæssige tilstand, som minder om skoleelevers tilgang til eksamen: *”Man skal vel være nervøs”*. Teknologien normaliserer, at den gravide er bekymret for et dårligt resultat til den fosterdiagnostiske ”eksamen”. Bekymringen kan derfor spores latent hos den enkelte gravide. De fleste ”består” jo, men alle har mulighed for at ”dumpe”. De gravide i ovenstående citater reproducerer denne bekymring, men viser samtidig at de ikke forventer at noget går galt. Bekymringen ligger latent hos den gravide, men hun påtager sig ledelsen af sig selv gennem teknologien. Ansvar hviler derved på individet og ikke på sundhedssystemet. På denne måde ansvarliggør teknologien den gravide kvinde for hendes egen, barnets og samfundets sundhed. Kvinderne bliver subjektiveret og subjektiverer sig selv som aktivt handlende, og må på denne baggrund i langt højere grad end tidligere tage ansvar for konsekvenserne af deres handlinger (Borch og Larsen 2003; 223). Herved producerer og reproducerer teknologien normen om det, at sygdom ses som et tilvalg frem for et fravalg:

”JA, jeg ville klart få en abort, hvis jeg vidste, at barnet ville få downs eller misdannelser... Jeg har oplevet nok skørhed på den konto blandt mine nærmeste til, at jeg bevidst ville tilbyde mine børn det” (MrsM på babyklar.dk 2011a).

Hvis man får et barn med Downs Syndrom, må det altså anses som et bevidst valg, ligesom citatet viser. Den gravide har enten ikke har benyttet sig af muligheden for at få vished om sygdommen, eller har valgt at beholde det syge barn på trods af denne vished. Under alle omstændigheder er den gravide skyldig i, bevidst, at sætte et sygt barn i verden. Den gravide kan derved ikke længere betragtes, eller for den sags skyld betragte sig selv, som en passiv modtager af velfærdsydelse, men derimod som et aktivt individ, der selv tager vare på og ansvar for egne forhold. Herunder ligger så også en disciplinering af en levevis, der reducerer sygdom (Borch og Larsen 2003; 172), hvilket også må gælde fosteret, der her ses som en del af modersubjektet.

Her kan det indføres, at specialets konstruktion af iagttagelsen af iagttagelsen, lukker sig om sin egen konstruktion, hvormed det gøres blindt for muligheden for at f.eks. den gravide, der vælger en abort på baggrund af en høj risikovurdering eller en sikkerhed for Downs Syndrom gennem en biopsi, også kan påføres skyld. Således kan der argumenteres for, at hun ved hjælp af teknologien udfører racehygiejne eller blot, at hun er forkælet og egocentreret (se f.eks. Hvas 2011). Specialet vil ikke gå ind i denne subjektivering, da det ligger udenfor specialets rammer. Pointen er blot, at muligvis producerer teknologien skyld, når fosteret viser sig at have Downs syndrom, ligegyldig hvordan den gravide reagerer. Specialets analyse kan blot konstatere at dette er tilfældet hvis man vælger at beholde det syge barn. Og som en gravid udtrykker det:

”Naturligvis ønsker vi, som alle andre forældre, et sundt og velskabt barn”
(Anette på Babybusiness 2007).

Netop ønsket om det velskabte barn bliver derved motivationen for at få foretaget en nakkefoldscanning med parolen om at ”hvis du ønsker et raskt barn, kan du få det”. Og det er vel uansvarligt ikke at ønske et raskt barn.

7.3 Fosterdiagnostik som selvledelsesteknologi

Den fosterdiagnostiske ledelsesteknologi er altså et udtryk for magt tænkt strategisk som beskrevet i de foregående analyseafsnit. Ved at ansvarliggøre den gravide gennem teknologien kan det iagttages hvordan der bliver opstillet en forudsætning for at viden er vigtig for den gravide. Den gravide vil vide. Det pudsige er så at forhåndsviden, netop er noget gravide ikke nødvendigvis ønsker i alt for store mængder (se f.eks. babyinfo.dk 2008). Dette gælder naturligvis primært de negative sider af graviditeten, at noget er galt, men det er jo netop dette fosterdiagnostikken skal afdække. I princippet bør den gravide derfor, i sit valg, tage stilling til negative kontra positive fund under fosterdiagnostikken, men den gravide antyder ofte at hun helst først vil tage disse beslutninger, når situationerne opstår:

”Jeg kan ikke give et entydigt svar. Med det mener jeg, at jeg ikke på forhånd har ”bestemt” mig for, at er det sådan eller sådan, jamen så vil jeg ”bare” have det fjernet. Jeg tror ikke jeg kan svare på det, før jeg (alt forbyde det) måtte stå i situationen.” (Missinglink på babyklar 2011a).

Dette spænder godt overens med tal der viser, at kun 48 % af de gravide siger, at de vil have en abort, hvis nakkefoldsscanningen viser, at de får et barn med Downs Syndrom, inden de har været til denne undersøgelse (Hansen 2007a; 13). Det, den gravide derfor synes at vælge, er, at viden er fint, og så må man efterfølgende tage stilling til den viden, der fremskaffes og ikke omvendt, stillingstagen til hvad man skal stille op med den eller den viden, inden den foreligger. Og viden er netop noget man får gennem teknologien, og ikke noget man skal indhente først:

”Ja, det virker da fjollet at bruge ressourcer på, når man alligevel får svaret til NF [Nakkefoldsscanning]” (LilliMi om informationsmøde før risikovurderingen på Babyklar 2011b).

Kvinderne følger derved i princippet logikken om viden, ræsonnement og valg. Blot sker det ikke i forhold til, om de vil benytte sig af det fosterdiagnostiske tilbud, men derimod i forhold til hvad de vil benytte den viden, fosterdiagnostikken frembringer, til. Valget, om de vil benytte sig af teknologien er allerede foretaget inden informationen om den foreligger, således

som man kan forvente af det disciplinerede individ, der ved hvordan hun skal handle. Det informerede valg handler derfor mere om valget end informationen.

I forhold til dette kan det ses, hvordan de gravide for det første ikke, som tidligere nævnt, er voldsomt interesserede i den viden, som er indlejret i teknologien og som den gravide i princippet skal tage stilling til. Eller som en jordemoder på Rigshospitalet udtrykker det:

”Nogle ringer, fordi de har tekniske vanskeligheder med bookningen, og så prøver vi at benytte anledningen til at få en snak med dem om undersøgelsen. Men nogen stor interesse for information, det kan man ikke tale om” (Læge Rikke Nue Møller citeret fra Kjeldset 2005).

For det andet giver hun udtryk for at fosterdiagnostikken er et tilbud, som hun ikke kan sige nej til. Således er der tale om, at fosterdiagnostikken er blevet en norm på samme niveau som blod- og urinprøverne er blevet det i svangerskabsforløbet, og altså noget den gravide nødvendigvis må forholde sig til:

”Det går per automatik, gør det ikke? Det føler jeg, at det gør”
(Kvinde citeret fra Fritsen 2006; 39).

Dette kan også ses ud fra det faktum, at 90 % af de gravide kvinder vælger at benytte sig af muligheden for at få foretaget fosterdiagnostiske undersøgelser (Richter 2011). Normen er altså i høj grad at benytte sig af de fosterdiagnostiske muligheder for at lede sig selv. Man kan derfor konstatere, at disciplineringen af den gravide har fungeret gennem teknologiens ansvarliggørelse af hende. I forhold til den sundhedsfaglige logik, der blev fremanalyseret i forrige analyseafsnit, er det også værd at bemærke at 99 % af de gravide, der får konstateret, at deres barn har Downs Syndrom, vælger at få en abort (Richter 2011). Den sundhedsmæssige ledelse gennem biomagtens teknologi, må derved siges at være en succes.

Men den gravide kvinde benytter ikke blot fosterdiagnostikken som selvledelsesteknologi i et sundhedsmæssigt perspektiv. På samme tid kan det iagttages hvordan hun iagttager fosterdiagnostikken som en selvledelsesteknologi, der tillader hende at transformere sig selv for at opnå en hvis tilstand af lykke gennem egne midler (Dahlager 2001; 93).

Den gravide tager i den forstand teknologien til sig men benytter den også ud fra en anden strategisk distinktion end den sundhedsmæssige. Fosterdiagnostikkens virke på den gravide

kvinde bliver herigennem for det første en generel sikkerhed for hende om at hendes foster har det godt og for det andet som en realisering af det kommende moderskab.

For det første udtrykker kvinderne at de ”vil sige ja til undersøgelse for at være 100% sikker på, at der ikke er noget galt med barnet” (kvinde citeret fra Jensen og Brodersen 2010; 1737). Dette står blot ikke mål med fosterdiagnostikkens muligheder, idet ”undersøgelserne kan ... give øget sikkerhed (større tryghed), men ikke en ”garanti” [for et 100 % raskt barn]” (Sundhedsstyrelsen 2004; 8). På denne måde vender den gravide kvinde ansvaret mod magten selv, idet hun benytter den fosterdiagnostiske teknologi til at give et helhedsbillede af fostrets sundhedstilstand og ikke blot af den snævre risikovurdering af muligheden for Downs Syndrom. Teknologien kan her ses ikke blot som en undertrykkende subjektiveringsmetode, men altså også som noget, der er til at vende og benytte strategisk mod magten selv (Heede 2007; 141).

For det andet er det især muligheden for, gennem teknologien, i de fleste tilfælde for første gang, at se barnet via ultralydsscanningen. Den lidt diffuse graviditet, der måske er blevet bekræftet gennem kropslige forandringer for kvinden og en positiv graviditetstest, bliver reel med billedet af det nye liv på skærmen:

”Jeg synes, det var en rigtig god oplevelse. Det hele bliver ligesom lidt mere virkeligt, når man kan se det med egne øjne. Jeg glæder mig allerede til næste gang” (”lykkelige omstændigheder” på altombørn 2012).

”Det bliver så fedt..... Og endnu mere virkeligt end det allerede var. Man fatter jo ikke at den ser så ”rigtig” ud allerede” (”Møgungen” på Babyinfo 2008).

At disse kvinders iagttagelser af teknologien ikke er enlige svaler, er der mange tegn på. Således er den hyppigste følelse, der bliver udtrykt i forbindelse med forventningen om nakkefoldsscanningen, glæde og ikke bekymring, som man ellers kunne forvente, det ansvarlige individ ville føle overfor den afvejning af den gravides foster, der sker, ved de diagnostiske undersøgelser. Således lyder det næsten som en tur i Tivoli når en gravid udtrykker: *”Ihhh hvor jeg glæder mig til at se den lille første gang, vi skal helt klart også have en nakkefoldsscanning”* (Mette på Babyinfo.dk 2008). Dette skal ikke forstås på den måde, at den vordende mor overhovedet ikke udtrykker bekymring omkring nakkefoldsscanningen. Hun er trods alt et

disciplineret, ansvarligt individ. Blot udtrykkes der generelt lige så meget glæde som bekymring, som dette citat viser:

”... man kan se det sådan på det... det koster ikke noget og man får jo kun mellem 2-3 scanninger under graviditeten hvis alt er som det skal være. og det er jo en mega oplevelse både for dig men også for fadern” (Lissianna på babyinfo.dk 2008).

Selve oplevelsen opvejes her i forhold til den sundhedsvidenskabelige undersøgelse. De ansvarlige mødre påtager sig den ansvarsfulde, bekymrende subjektivering, men udfaldet af teknologiens virke er alligevel anderledes end den strategisk blev tænkt. På denne måde benyttes fosterdiagnostikken af individet til at realisere individets egne drømme, samtidig med at det benyttes af magtudøverne til at få individet til at opfylde sine politiske samfundspligter som ansvarligt individ (Borch og Larsen 2003; 196). Men denne konstruktion af teknologien fra henholdsvis brugeren og udbyderen, er naturligvis med til at skabe en ny magtrelation hvor de ansvarlige individer benytter fosterdiagnostikken til at realisere deres barn, hvilket i grunden ikke kræver den sundhedsvidenskabelige verden, men blot scanningsteknologien:

”Som min mand og jeg talte om: Man får lyst til at tage cola og popcorn med til scanningen. Og så sige til jordemoderen at hun gerne må gå lidt. For det er sådan meget privat, et eller andet sted. Og utrolig smukt. Så psykisk betyder scanningen nok mere i virkeligheden, end det er det diagnostiske i det” (Rebekka citeret fra Lou og Dahl 2007b; 883).

Når det her er muligt for individet at få dette forhold til teknologien skyldes det, at magt netop kun udøves over frie subjekter (Foucault 2000; 221). Derved er der altid muligheden for at udøvelsen af magt vil falde anderledes ud, end på den måde magtudøverne havde tænkt sig, hvilket altså også bliver tilfældet med fosterdiagnostikken. For så vidt i overensstemmelse med biopolitikken bruges teknologien af det foretagsomme individ, til at forme sin egen eksistens med henblik på at fuldende selvet og altså realisere sig selv (Borch og Larsen 2003; 196). At der dog er tale om et overraskende udfald i forhold til de gravides iagttagelse af

fosterdiagnostikken kan bl.a. ses af de ledendes iagttagelse af den gravides iagttagelse af fosterdiagnostikken:

”Da jeg arbejdede som læge på ultralydsklinikken, blev jeg forundret over, hvordan kvinderne forholdt sig til nakkefoldsscanningen. De så det som en positiv begivenhed. Flere ville endda have de store søskende med ind og sig hej til babyen. Det overraskede mig, for jeg stod jo og scannede efter sygdomme. Endda sygdomme som kunne betyde, at graviditeten skulle afbrydes” (læge Katja Dahl citeret fra Mygind 2007).

Lægens udtalelse udtrykker klart, at fosterdiagnostikkens forventede subjektivering af den gravide som bekymret individ ikke synes at stemme overens med praksis. Den gravide benytter som vist i den tidligere analyse teknologien på grund af hendes bekymring, men så snart alt er fint ændres den gravides iagttagelse af teknologien. Således betragter hun den ikke blot som værende en sundhedsmæssig ledelsesteknologi, som kan give en sundhedsvidenskabelig viden, der kan handles rationelt på, men også som en glædelig begivenhed. De sundhedsprofessionelles forventning om, at nakkefoldsscanningen handler om muligheden for at opdage et handicappet barn, kan i denne forstand iagttages som ganske anderledes end den gravides (Hvas 2007; 889):

”Det var sådan en dårlig oplevelse og helt anderledes end med de to første. Min mand havde taget fri, og vi havde glædet os til at følge med på skærmen. Men det eneste, lægen interesserede sig for, var nakkefolden!” (Kvinde citeret i Hvas 2007; 889).

Med normen og disciplineringen om, at fosterdiagnostikken hører til i graviditeten, har kvinderne gjort ledelsen af sig selv gennem teknologien til en glædelig begivenhed i den forstand, at ultralydsscanningen er blevet et rituel værktøj, hvor fosteret bliver til et barn og kvinden bliver til en mor. I denne henseende må undersøgelsen af fosteret ses som noget, den gravide vælger at få for at få den visuelle oplevelse af sit barn, ligesom Lou og Dahl har analyseret sig frem til (Lou og Dahl 2007a; 916).

Dette ændrer dog derved den subjektiveringsmekanisme, der finder sted gennem teknologien. Det bliver klart, at subjektformerne, der produceres gennem teknologien, ikke er determinerende, men kun får succes, hvis individerne opfatter sig selv gennem de kvaliteter

teknologien producerer (Dahlager 2001; 95). Det kan dog ikke ses at den disciplinerende effekt af teknologien forsvinder, blot at den også får en anden subjektiveringseffekt, hvis den gravide får neutraliseret sin bekymring gennem teknologien. Således sker der, i dette tilfælde, en forældreproducerende subjektiveringsmekanisme, og en barneproducerende subjektiveringsmekanisme. Både forældrerollen og barnet bliver virkeliggjort gennem teknologien. Det er præcis i denne forstand, at Foucault ikke blot anser magten for destruktiv og undertrykkende, men også som produktiv og skabende (Nilsson 2008; 84), her gennem nydelse af synet over det lille barn og vidensdannelse om, at den gravide snart skal være mor. Det kan hun jo se. Af samme grund udtrykker den gravide en forventning om, at scanningen tillader dem "kvalitetstid" sammen med deres barn, hvilket ofte betyder et længere besøg end det, der sundhedsmæssigt skal bruges, for at måle nakkefolden: "*Føler mig virkelig snydt for vildt!!! ... Fik en scanning på 10min og det var det..... øv!!*" (Karoline på Altombørn.dk 2012).

Citatet her viser klart, at den gravide forventer mere end ti minutter sammen med sit barn. Via teknologien rykkes moderrollen fra fødselsøjeblikket til scanningsøjeblikket.

Fosterets etiske status bliver som nævnt også forandret gennem teknologiens subjektiveringsform. Hos Foucault er etik for det første subjektets holdning til sig selv og for det andet en sandhedsform, som kvalificerer hvordan subjektet bør forholde sig til sig selv (Dahlager 2001; 101). I forhold til samfundsforståelsen af fosterets etiske status, skal derfor primært forstås hvordan en sandhedsform gør det muligt, her dog for andre subjekter, at forholde sig til subjektet/objektet²⁰. Teknologiens mulighed for at subjektivere fosteret som barn, kan derved ses som værende med til at skubbe til de handlinger og teknologier, der hører fosteret til, idet subjektiveringen skaber subjektet (Heede 2007; 74). Således kan f.eks. det, at den gravide for det meste får et billede af barnet med hjem fra nakkefoldsscanningen ses i forhold til denne subjektivering. Billedet har i princippet ingen sundhedsmæssig funktion, idet der kan måles og vejes på selve scanningskærmen. Dette falder dog i baggrunden i forhold til den subjektivering, der sker gennem den gravides ilæggelse af følelser i billedet, hvorfor hun: "*... ville blive så sur hvis [hun] ingen billeder ku få af [hendes] lille engel!*" (Line på Babygalleri.dk 2008).

²⁰ En større analyse af fosteret som subjekt eller objekt ligger ud over dette speciales rammer.

Det, at den gravide får et billede af sit barn med hjem udtrykker altså en subjektivering af fosteret som værende netop et barn og ikke et foster.

Ligeledes kan udbredelsen af abortbegravelser ses i denne kontekst. Så sent som i 2011 var der tale om at få et fast ritual for begravelse af fostre blandt folketingspolitikere (Johansen 2011). Alternativet til begravelse eller nedsættelse, som er det ”neutrale” udtryk der bruges (Thorup 2007), er bortskaffelse af fosteret som kropsvæv ved forbrænding. Begge teknologier antyder, hvad det er der behandles. I begravelsestilfældet subjektiveres et individ med et individuelt liv, i bortskaffelsestilfældet objektiveres en ting uden noget individuelt liv. I forhold til fosterbegravelser kan der naturligvis være mange andre ting på spil, end det forhold at den gravide kan se sit foster/barn i 12. uge. Det er dog tankevækkende, at der diskuteres et ritual for fosterbegravelse, samtidig med at det kan betragtes hvordan den fosterdiagnostiske teknologi muliggør et møde mellem barn og moder allerede fra 12. uge af graviditeten.

Hvis det er tilfældet, at fosterdiagnostikken er blevet et rituelt værktøj, hvor fosteret bliver til et barn og kvinden bliver til en mor, må dem, der leder, altså de sundhedsprofessionelle, derved også se ledelsesteknologien ændre subjektiveringen af dem selv. De må stadig iagttages som dem der leder den gravide til selvledelse, men de må samtidig forholde sig til den forældreproducerende subjektivering teknologien skaber. Hvordan denne subjektivering iagttages kan bl.a. iagttages gennem radiografens udsagn som: ”*se, den vinker*” (Christina citeret fra Bundgaard 2007) eller ”*Jamen jeg fik at vide at alt var som det skulle være... og at han havde(har) en fin næsetip*” (Lissianna på babyinfo.dk 2008) I disse citerede tilfælde reproducerer de sundhedsprofessionelle denne moder-barn subjektivering.

Kun i det tilfælde hvor ”noget er galt”, må den sundhedsprofessionelle påtage sig subjektiveringen som værende den disciplinerende professionelle, der ”ved hvad der skal gøres”, uden dog altså at træffe noget valg for den gravide. På denne måde former teknologien i lige så høj grad den sundhedsprofessionelle som den gravide. At denne, og hendes forventning om at fosterdiagnostikken er en positiv oplevelse, så ofte gengældes med en subjektivering af hende, der synes at være en anden end det ansvarlige og i hvert fald bekymrede subjekt, er så en af de konstituerende effekter teknologien har på magtrelationen. Dog er det værd at huske at dette kun gør sig gældende når ”alt er fint”. Det ansvarlige og disciplinære subjekt har stadig forrang:

”Hovedsagen er jo at det er et rask barn der er derinde.....

Men er det det, så kan jeg kun sige glæd jer!” (“Møgungen” på babyinfo 2008).

Kvinden i dette citat viser meget tydeligt og meget kort ledelsesrationalet, der produceres og reproduceres gennem teknologien: Hovedsagen er, at det er et rask barn, der er derinde.

Spørgsmålet er så, om den gravide vil vide om det er det?

Valget er hendes eget.

8 Konklusion

Specialet har anskuet hvordan fosterdiagnostikken ses som en teknologi, indenfor den biopolitiske magtforms sfære, der skal lede den gravide til selvledelse gennem en normerende proces.

Specialets problemformulering spurgte til hvordan de fosterdiagnostiske undersøgelser ansvarliggør den gravide kvinde, gennem anvendelse af magt og frihed?

Dette speciale har således anvist, hvordan fosterdiagnostikken frisætter den gravide kvinde ved at subjektivere hende som et ansvarligt individ, der kan træffe sine egne valg. I den biopolitiske ånd skal individet selv tage vare på sig selv og de ledendes opgave, her de sundhedsprofessionelle, bliver at lede individets selvledelse. Fosterdiagnostikken kan derved iagttages som et skoleeksempel på hvordan biopolitik virker gennem en bestemt teknologi.

Fosterdiagnostikken fremsættes, i Sundhedsstyrelsens rapport fra 2003, som et frit valg, på baggrund af tre kriterier: For det første er det den gravide selv, der skal fremsætte ønsket om at benytte sig af fosterdiagnostikken. Derved skal fosterdiagnostikken ikke ses som et tilbud fra sundhedssystemet, den gravide skal sige ja eller nej til, men en teknologi den gravide selv skal ytre ønske om at benytte sig af. For det andet er fosterdiagnostikken neutral viden, som den gravide selv kan vælge, hvordan hun vil reagere på og skal blot bistå hende med hendes valg. For det tredje er det vigtigt, på baggrund af de to første punkter, at den gravide har, og viser interesse for at skaffe sig, den rette viden om fosterundersøgelseernes fordele og ulemper, så hun ved præcis hvad hun går ind til (Sundhedsstyrelsen 2003; 11-12). Gennem analysen af den fosterdiagnostiske teknologi er det blevet muligt at iagttage disse tre kriteriers betydning for fosterdiagnostikkens virke som ledelsesteknologi.

For det første kan princippet om, at den gravide selv skal være den første, der bringer emnet fosterdiagnostik på banen, ikke opnås før end hun ved, hvad det er for en viden teknologien repræsenterer, hvorfor oplysning er nødt til at komme før valg og ikke omvendt, som der ellers lægges op til af Sundhedsstyrelsen. De sundhedsprofessionelle er dermed fanget mellem princippet om, at den gravide selv skal komme med ønsket om at benytte fosterundersøgelserne, og princippet om at den sundhedsprofessionelle skal fungere som agent for den pastorale magt og lede den gravide til lykke ved hjælp af teknologien. Den sundhedsprofessionelle kan derved teoretisk set kun spørge den gravide, om hun vil vide noget. Et spørgsmål som det

synes svært at svare nej til. Hvem vil ikke gerne vide noget? Fosterdiagnostikken har derfor en indbygget formodning om at den gravide gerne vil vide noget. Det er netop gennem denne viden, at hun kan ledes til at være et ansvarligt subjekt.

For det andet er der ifølge Foucault ikke noget, der hedder neutral viden. Viden og magt er altid forbundet. Den viden, som fosterdiagnostikken skaber, er, at det ansvarlige subjekt bekymrer sig om sit barn. Der konstrueres herved en norm gennem fosterdiagnostikken om at den gravide bekymrer sig. I denne forstand, bliver det vigtigt for den gravide at skaffe sig viden om sit foster, for uden denne viden kan den gravide ikke neutralisere bekymringen og dermed betragte sig selv som en ansvarlig gravid. Teknologiens tilbud om ”neutral” viden, bliver derved svært at sige nej til, idet bekymringen der skabes af teknologien, kun kan mindskes gennem teknologien selv. Teknologien bliver derved *an offer you can't refuse*.

Men teknologien former dog ikke kun den, der ledes, men også den ledende. Således kan de sundhedsprofessionelle ikke fraskrive sig den ledelse de udfører gennem teknologien, sådan som det ellers forsøges fra Sundhedsstyrelsens side. De sundhedsprofessionelles rolle om at lede den gravide til selvledelse gennem teknologien indeholder i den forstand sundhedsmæssige logikker, om at mindske antallet af børn født med genetiske handicaps. Derved bliver det, at føde et barn med Downs Syndrom, set som kvindens eget ansvar og endog hendes bevidste valg. Teknologien vender derved forholdet mellem syg og sund på hovedet, ved at det syge bliver et aktivt tilvalg. Hvis den gravide ikke ønsker et sygt barn, kan hun benytte sig af fosterdiagnostikken og efterfølgende fjerne det syge foster. Sygdom bliver dermed et bevidst valg, idet den gravide kunne have fravalgt sygdommen, hvis hun ville. Teknologien subjektiverer dermed den gravide som uansvarligt, hvis hun vælger at beholde det syge foster? *Alle ønsker jo et raskt barn*. Teknologien kommer derved også til at virke gennem den disciplinære magtform, som alle gravide skal igennem. Det kan således for det første iagttages at 90 % af alle gravide benytter det fosterdiagnostiske tilbud og for det andet kan det iagttages at 99 % af de kvinder, der benytter sig af fosterdiagnostikken også vælger at få fjernet fosteret, hvis teknologien viser, at det har Downs Syndrom. Den gravide objektiverer altså valget som hendes eget, men kan alligevel iagttages som reproducerende de sundhedsfaglige logikker fosterdiagnostikken repræsenterer.

For det tredje synes *det informerede valg* mere at blive et spørgsmål om valg end information. Det iagttages således, hvordan den gravide udtrykker, at det vigtigste er, at der er et raskt barn ”derinde”. Samtidig iagttages det hvorledes den gravide ikke på forhånd viser stor interesse

for den viden, som hun potentielt kan blive stillet overfor gennem fosterdiagnostikken. Den gravide udtrykker snarere, at hun regner med at hendes foster ikke fejler noget, men at hun alligevel er bekymret for om det gør. For det meste tager den gravide derfor først stilling til ”den ubehagelige sandhed”, når den fremkommer, og ikke som noget, der skal gennemtænkes og som kræver at der vælges på forhånd. Den gravide iagttages som et ansvarligt individ gennem den bekymring hun udtrykker, men samtidig kan der spores en forventning om at *de fleste børn er sunde og raske*. Af samme årsag følger magtrelationen gennem teknologien ikke helt den forudsatte strategi, som tidligere undersøgelser også har vist. Den gravide benytter teknologien for at neutralisere sin bekymring, og vælger i langt de fleste tilfælde den ansvarlige, disciplinerede løsning, når teknologien viser at ”noget er galt”. Men hvis der ikke er ”noget galt”, kan det iagttages, hvordan den gravide benytter teknologien som en selvledelsesteknologi, der virkeliggør hendes barn. Teknologien ses derigennem som et skærmbillede af barnet og en evt. hjertelyd hos samme. Dette ændrer barnets status fra foster til barn og subjektiverer samtidig den gravide som moder. For den gravide gør teknologien hende ikke bare til en ansvarlig gravid, men også til en ansvarlig mor, lang tid før fødslen. For fosteret betyder teknologiens visuelle virke, at fosterets etiske status flyttes fra foster til barn. For den sundhedsprofessionelle ændrer teknologien på den måde han/hun kan lede den gravide. Magten er nemlig blevet flyttet over på den gravide selv, sådan som den var tiltænkt det i biomagtens ånd, hvorfor den gravide nu er den der leder sig selv og den sundhedsprofessionelle den der leder denne selvledede. Den gravide er, som forventet, blevet selvledende, men altså ikke helt som teknologiens virke havde tænkt det. Kun i det tilfælde at ”noget er galt” må den sundhedsprofessionelle træde i sin disciplinerende professionelle karakter. I de tilfælde hvor der ikke ”er noget galt” iagttages det, hvorledes den sundhedsprofessionelle iagttages som en form for fotograf der stiller et kamera til rådighed for den lykkelige familie. Det er dog vigtigt at huske at den gravide primært subjektiveres som et ansvarligt, bekymrende og disciplineret individ og dernæst sekundært som den forventningsfulde, glade og teknologi(mis)brugende moder, hvorfor også den sundhedsprofessionelle primært subjektiveres som den ledende og sekundært som en person der stiller en ikke-sundhedsrelevant teknologi til rådighed for den gravide.

9 Perspektivering

Dette speciale har påvist hvordan fosterdiagnostikken ansvarliggør den gravide kvinde, gennem viden og magt, og hvordan den gravide til gengæld forholder sig til denne viden og magt.

Netop fosterdiagnostikken, har, som nævnt i indledningen haft stor betydning for debatten om den frie abort, samt for grænsen for denne. Nakkefoldsscanningen ligger typisk senere end 12. graviditetsuge, ligesom misdannelsesscanningen, typisk i 18. graviditetsuge i hvert fald gør det. Hvis 12. graviditetsuge er overskredet, skal den gravide derfor ansøge et regionalt abortsamråd om abort, hvis hun ønsker at få aborteret sit barn, uanset årsag. At disse råd, oftest vælger at give tilladelse til abort, i tilfælde af Downs Syndrom hos et foster (Røhmann 2008), er sådan set underordnet. Proceduren ses stadig som formynderisk, og står som sådan i dårlig tråd med fosterdiagnostikkens ønskede effektmål om *"kvindens/parrets oplevelse af at have haft et reelt valg, som på sigt ikke fortrydes"* (Sundhedsstyrelsen 2003; 45). Valget, der kan foretages, bliver i så fald kun, at den gravide kan vælge at ansøge et råd om tilladelse til, at den gravide må få fjernet sit eget syge foster. Dette kan i så fald ikke just ses i den biopolitiske ånd om ledelse til selvledelse, men måske snarere i en disciplinerende ånd, hvor samfundet stadig afgør om den gravide er disciplineret nok og vælger "rigtigt" i forhold til hvilke handicaps samfundet kan acceptere.

Der kan spores en diskurs i samfundet, hvor der stilles spørgsmålstejn ved den gravides ansvarlighed, som ellers objektiveres gennem fosterdiagnostikken. Den gravide viser ansvar, med det nuværende tilbud om fosterdiagnostik og abortgrænse, men der udtales en frygt for, at hvis tøjlerne slippes vil den gravide gå amok i en fosterselektering, hvor også ikke sundhedsmæssige faktorer som køn og øjenfarve vil blive kriterier for selektion af fosteret, ligesom "lette" handicap vil blive det (Boas 2009). Muligheden foreligger allerede, gennem andre teknologier end de udbudte herhjemme, og idet normen jo er, at den gravide bør vide alt om sit foster, som det blev påvist i analysen, er frygten måske begrundet. Indtil videre er det dog generelt stadig "alvorlige" handicaps som fører til abort (Vaaben 2009). Hvad der er alvorligt er her naturligvis også et udtryk for magtrelationerne i samfundet. Flere argumenterer således for, at Downs Syndrom i dag ikke er et alvorligt handicap (Tougaard 2008), og spørgsmålet går ofte på diskursen om "det gode –", eller "værdige liv", hvilket om noget er normbestemt. Hvor Foucaults analyser af galskabens historie viste hvordan klinikken og psykiatrien ændrede på forholdet mellem rask og syg, må fosterdiagnostikken i dag også ses i

denne optik. Videnskabens muligheder i dag, som i fremtiden, kan betyde at den gravide fremover langt oftere via teknologien, skal tage vidtgående valg om, hvad der skal ske med hendes barn ud fra en sundhedsmæssig betragtning om det syge, men som produceret gennem en norm.

Dette speciale er ikke gået ind i de observationer, der gennem fosterdiagnostikken gøres af sygdomsnormen i samfundet, men det er nærliggende, at der kan lægge op til et videre studie af dette ud fra specialets analyse. Et spørgsmål kunne lyde: ”Hvordan produceres normen om det gode liv gennem fosterdiagnostikken?”

Endvidere kan det være af interesse at gå dybere ned i den hér foreliggende analyse og udvide den gennem andre analysestrategiske valg. Her tænkes især på en analyse af fosterdiagnostikken som dispositiv samt Erving Goffmans interaktionsanalyse og Niklas Luhmanns systemteori. Begge de to sidste analysestrategier er forenelige med Foucaults magtbegreb. Fosterdiagnostikken som dispositiv blev kort beskrevet i analysestrategiafsnittet og vil derfor ikke blive uddybet her.

Erving Goffmans interaktionsanalyse kunne give et blik for hvordan interaktionen mellem den gravide og den sundhedsprofessionelle former de handle- og talerum, der afgør, hvad der kan siges og gøres i den givne situation. Dvs. hvad der konkret sker ved den gravides møde med den praktiserende læge, med jordemoderen, sygeplejersken og radiografen. Ikke som et forsøg på at lave en ontologisk analyse hvor ”sandheden kommer frem”, men blot at for at analysere hvordan magten kommer til udtryk gennem kropssprog og brug af roller og scener. Endvidere ville det være nærliggende at se på Goffmans begreb om stigmatisering af personer med Downs Syndrom. En stigmatisering, består for Goffman af en relation mellem de egenskaber, som individerne besidder, og en stereotyp klassificering af mennesker med denne egenskab (Goffman 1975; 16). Gennem denne forståelse af Mongoler kunne det være interessant at se hvordan mongolen strategisk går ind til forskellige interaktionistiske møder med andre individer.

Niklas Luhmanns systemteori ville kunne anvendes til bedre at forstå den differentiering der sker af kommunikationen i forhold til fosterdiagnostikkens virke i forskellige funktionssystemer f.eks. henholdsvis et sundhedssystem og et kærlighedssystem. Systemteorien kan benyttes til at åbne op for forskellige ledeforskelle hvorved det kan iagttages, hvad der står indenfor og hvad der står udenfor en given ledeforskel. Således kan systemteorien ligeledes benyttes til f.eks. at iagttage hvordan Sundhedsstyrelsen som

organisation kommunikerer om fosterdiagnostik mellem organisation og samfund gennem forskellige symbolsk genererede medier (Højlund og Knudsen 2003; 317).

10 Litteraturliste

10.1 Bøger

Andersen, Niels Åkerstrøm (1999): *Diskursive analysestrategier*. Forlaget Nyt fra samfundsvidenskaberne, København 1999

Bang, Henrik og Dyrberg, Torben Bech (2011): *Foucault*. Jurist- og Økonomforbundets forlag, København 2011

Borch, Cristian og Larsen, Lars Thorup, Redaktion (2003): *Perspektiv, magt og styring. Luhmann & Foucault til diskussion*. Hans Reitzels forlag, København 2003

Dean, Mitchell (1999): *Governmentality. Power and rule in modern society*. Sage publications, London 1999

Deleuze, Gilles (2004): *Foucault*. Oversat af Karsten Gam Nielsen og Kim Su Rasmussen fra Foucault. Det lille forlag, Frederiksberg 2004.

Foucault, Michel (1979): *Overvågning og Straf*. Vintage Books, New York 1979

Foucault, Michel (1994): *Viljen til Viden*. Seksualitetens historie. Bind I. København 1994

Foucault, Michel (2000): *The subject and power*, I Faubion, J.D. *Michel Foucault, Essential works of Foucault 1954 – 1984*, vol. 3, power, Allan Lane, The Penguin Press.

Foucault, Michel (2001): *Talens forfatning. Forelæsningsrapport: Viljen til viden. Nietzsche – genealogien, historien*. På dansk ved Søren Gosvig Olesen fra *L'ordre du discours* 1971, *La volonté de savoir* 1970-1975 og *Nietzsche, de la généalogie, l'histoire* 1971. Hans Reitzels forlag, København 2001

Foucault, Michel (2004): *Brugen af nydelserne*. Oversat af Mogens Chrom Jacobsen fra *Histoire de la sexualité II: L'usage des plaisirs* udgivet 1984. Det lille forlag, Frederiksberg, 2004

Foucault, Michel (2005): *Vidensarkæologien*. Oversat af Mogens Chrom Jacobsen fra L'archéologie du savoir udgivet 1969. Forlaget Philosophia, Aarhus 2005.

Goffman, Erving (1975): *Stigma*. Nørhaven Bogtrykkeri a/s, Viborg

Heede, Dag (2007): *Det tomme menneske. Introduktion til Michel Foucault*. Museum Tusulanums Forlag, Københavns Universitet 2007

Højlund, Holger og Knudsen, Morten (Red.) (2003): *Organiseret kommunikation - systemteoretiske analyser*. Forlaget Samfundslitteratur. Frederiksberg 2003

Jensen, Lene Skou (2005): *Politikens Graviditetsbog*. Politikens håndbøger. Politikens forlag. København 2005.

Jensen, Anders Fogh og Hansen, Rasmus Svarre (2006): *Magtens Kartografi. Foucault og Bourdieu*. Forlaget unge pædagoger, København 2006

Kirkebæk, Birgit (1997): *Defekt og deporteret. Livø-anstalten 1911-1961*. Forlaget SocPol, København 1997

Kirkebæk, Birgit (2004): *Letfærdig og løvsagtig. Kvindeanstalten Sprogø 1923-1961*. Forlaget SocPol, København 2004

Lemke, Thomas (2007): *Biopolitik. En introduktion*. Hans Reitzels forlag, København 2007

Madsen, Peter (Red.)(1971): *Strukturalisme – En antologi*. Rhodos, København 1971

Nilsson, Roddy (2009): *Michel Foucault. En introduktion*. Hans Reitzels forlag, København 2009

Raffnsøe, Sverre; Gudman-Høyer, Marius og Thaning, Morten (2008): *Foucault*. Samfundslitteratur, København 2008

Villadsen, Kaspar og Sløk, Camilla (2008): *Velfærdsledelse, ledelse og styring i den selvstyrende velfærdsstat*. Hans Reitzels forlag, København 2008

10.2 Artikler

Bundgaard, Dorte Washuus (2007): Der skal være plads til tvivlen. I *Kristelig Dagblad* 26. september 2007. Kristeligt Dagblad, København.

Boas, Anders (2009): Arvehygiejne?: Gravide, der ved for meget. I *Weekendavisen* 30. oktober 2009. Weekendavisen A/S, København

Dalager, Lise (2001): I forebyggelsens magt. I *Tidsskriftet Distinktion – tidsskrift for samfundsteori*, nr. 3 2001, side 91 – 102

Deleuze, Gilles (2006): Postscriptum om kontrollsamfundet. I *Forhandlinger*. Det lille forlag, Frederiksberg 2006. Side 212-218

Egeberg, Kasper (2005): Tema: Handicap og fosterdiagnostik – et etisk dilemma. I *Tidsskriftet Lighedstegn*. Nr. 1, april 2005. Side 12 – 19. Udgives af center for ligebehandling af handicappede. København

Hansen, Anette Lahn (2007 a): Ikke nødvendigt at flytte abortgrænsen. I tidsskriftet *dBio - Danske bioanalytikere* nr. 5, 4. maj 2007, side 12-13. Danske bioanalytikere, København

Hansen, Anette Lahn (2007 b): Abortgrænse i 12. eller 18. uge? I tidsskriftet *dBio - Danske bioanalytikere* nr. 5, 4. maj 2007, side 14-15. Danske bioanalytikere, København

Hansen, Karin Dahl (2008): Markant færre børn med Downs. I *Kristeligt Dagblad* 23. april 2008. Kristeligt Dagblad, København

Hacking, Ian (2004): Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. In *Economy and Society*. Volume 33 number 3, August 2004, side 277 – 302

Harbo, Marianne (2007): Abortgrænsen skal diskuteres. I *Berlingske Tidende* 5. februar 2007. Berlingske Media, København

Holmsgaard, Anne Grete (2003): Kvinder har ikke bare ret. I *Berlingske Tidende* 8. maj 2003. Berlingske Media, København

Hvas, Lotte (2007): Det informerede valg har svære betingelser. Leder i *Ugeskrift for læger*, 5. marts 2007. s. 889. København 2007

Hvas, Lotte (2011): Stop den akademiske skytte-gravskrig om fosterdiagnostik. I *Dagbladet Information* 5. juli 2011, 1. sektion side 18. Dagbladet Information, København

Johansen, Tobias Stern (2011): Politikere ønsker ritual for begravelse af fostre. I *Kristeligt Dagblad*, 7. marts 2011. Kristeligt dagblad, København

Kamp, Mikkel (2009): Foster diagnostik minder om Nazityskland. I tidsskriftet *Børne- og Ungdomskultur*, nr. 16, 2009, s. Udgivet af Børne- og Ungdoms Kultur Sammenslutningen (BUKS). Syddansk Universitetsforlag, Odense

Kjeldset, Anne-Marie (2005): Barrierer for idealet. I *Tidsskrift for Jordmødre* nr. 5, 2005. Jordemoderforeningen, København

Koch, Lene (2003): Fosterundersøgelser og selvbestemmelse. I *Månedsskrift for praktiserende læger*, August 2003, 81. årgang

Kristensen, Jens Erik (1997): Hvad er panopticon – og hvad er panoptisme som magtteknik. I *Øjeblikket*, nr. 7, 1997. København

Mygind, Johanne (2007): Et informeret valg. I *Weekendavisen* 23. marts 2007. Weekendavisen A/S, København

Nealon, Jeffrey (2008): "Once more with intensity: Foucault's history of power revisited" in *Foucault beyond Foucault*. Stanford, California. Stanford University Press

Raffnsøe, Sverre (1999): Michel Foucaults dispositionelle magtanalytik. I *Tidsskriftet Grus*, Årgang 20, nr. 59, 1999, S. 45–70, 104

Richter, Lise (2011): Downs Syndrom er et uddøende handicap. I *Information* 11. juli 2011, side 4 sektion 1. Dagbladet information, København

Rose, Nikolas (2001): Biopolitics in the Twenty First Century – Notes for a research agenda. In *Distinktion* nr. 3 2001, side 25-44

Røhmann, Isabella Hundt (2008): Råd vægter psykisk handicap højest. I *Berlingske Tidende* 5. oktober 2008. Berlingske Media, København

Thorup, Mette-Line (2007): Abortbegravelser: Man begraver da aborter. I *Information* 16. februar 2007. Dagbladet Information, København.

Tougaard, Helle (2008): Hvor går grænsen for et værdigt liv? I *Jyllands-Posten*, 23. juni 2008

Triantafillou, Peter (2005): Metodologiske problemstillinger I Michel Foucaults genealogiske magt- og frihedsanalytik: Ti bud. *Research Papers from the Department of Social Sciences*; 5. Roskilde universitet, 2005

Vaaben, Line (2009): Sene aborter på grund af små handicap er en myte. I *Kristeligt Dagblad* 13. november 2009. Kristeligt dagblad, København

Villadsen, Kaspar (2002): Michel Foucault og kritiske perspektiver på liberalismen. I tidsskriftet *Dansk Sociologi*, årgang 13, nr. 3 (2002), side 77-97

Villadsen, Kaspar (2007a): ”Hvor skal talen komme fra? Dialogen som omsiggribende ledelsesteknologi. I *Dansk Sociologi*, nr. 2, 18. årgang (2007), side 9 – 30

Villadsen, Kaspar (2007b): Skabelsen af det moderne subjekt. I tidsskriftet *Antropolog*, nr. 55 (2007), side 85 – 110

Villadsen, Kaspar (2008): ”Doing without the state and civil society as universals: ‘Dispotifs’ of care across the sector divide” in: *Journal of civil society*, nr 4, vol. 3. 2008

10.3 Undersøgelser, rapporter, vejledninger og lovgivning

Etisk råd (1998): *Debatoplæg om fosterdiagnostik*. Etisk råd, København 1998

Etisk råd (2009): *Fremtidens fosterdiagnostik*. Redegørelse fra Etisk råd om fremtidens fosterdiagnostik. Etisk råd, København 2009

Fritsen, Karen Stage (2006): *Fødende kvinders oplevelser med sundhedsvæsenet – en kvalitativ undersøgelse*. Speciale. Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet 2006

Jensen, Puk og Brodersen, John (2010): Sundhedsstyrelsens informationspjece til gravide medfører utryghed. I *Ugeskrift for læger* 7. juni 2010. Side 1736 - 1739. København 2010

Lou, Stina og Dahl, Katja (2007 a): En kvalitativ undersøgelse af gravides valg af nakkefoldskanning. I *Ugeskrift for læger* 5. marts 2007. Side 914 – 917. København 2007

Lou, Stina og Dahl, Katja (2007 b): Et informeret valg af fosterdiagnostik? *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, Årg. 85, nr. 9, 2007 S. 883–890

Lov nr. 91 (2004): *Lov om ændring af lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v. og børneloven*. Vedtaget af Folketinget ved 3. behandling den 26. februar 2004, Justitsministeriet

Sundhedsstyrelsen (2003): *Fosterdiagnostik og risikovurdering. Rapport fra en arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen*. Sundhedsstyrelsen 2003, København

Sundhedsstyrelsen (2004): *Retningslinjer for fosterdiagnostik - prænatal information, risikovurdering, rådgivning og diagnostik*. Sundhedsstyrelsen, København 2004

Sørensen, Mette Dahl og Koefoed, Pia (2005): *Information om fosterdiagnostik – Klinisk vejledning*. Dansk selskab for almen medicin. Aalborg 2005

10.4 Internetkilder

Altombørn 2012: *Nakkefoldsscanning* :). Net-diskussion startet af Putte86. 24-04-2012. Alt om Børns hjemmeside. 17 svar: <http://altomboern.dk/node/609601> Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

Babybusiness 2007: *Nakkefoldsskanning – vildledning eller vejledning*. Net-diskussion startet af Anette. 15-01-2007. Babybusiness' hjemmeside. 7 kommentarer:

<http://www.babybusiness.dk/nakkefoldsskanning-vildledning-eller-vejledning.html>

Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

Babygalleri 2008: *Æv ingen billeder til os*. Net-diskussion startet af Louise – mor til Alexander og Filippa. 28-05-2008. Babygalleri's hjemmeside.

http://www.babygalleri.dk/for_messageDetail.aspx?Msg_ID=1782 Sidst undersøgt for til-

gængelighed d. 28-06-2012

Babyinfo.dk 2008: *Nakkefoldsscanning*. Kommentarer til net-artikel skrevet af redaktionen på Babyinfo.dk. 03-04-2008. BabyInfo's hjemmeside. 10 kommentarer:

<http://babyinfo.dk/nakkefoldsscanning.1.ahtml>

Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

Babyklar.dk 2011a: *ville I overveje abort?* Net-diskussion startet af brun. 21-06-2011.

Babyklar's hjemmeside. 44 svar

<http://www.babyklar.dk/forum/topic/5196-ville-i-overveje-abort/>

Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

Babyklar.dk 2011b: *Risikovurdering*. Net-diskussion startet af Majsen1985. 12-06-2011. Babyklar's hjemmeside. 10 svar

<http://www.babyklar.dk/forum/topic/5654-risikovurdering/>

Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

Babyklar.dk 2011c: *NF scanning i morgen*. Net-diskussion startet af MorTil3. 11-08-2011.

Babyklar's hjemmeside. 9 svar

<http://www.babyklar.dk/forum/topic/6252-nf-scanning-imorgen/>

Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

Down.dk: *Landsforeningen for Downs Syndrom*. <http://down.dk/statistik/> Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

Hillerødhospital.dk: Hillerød hospitals hjemmeside.

http://www.hillerodhospital.dk/menu/Afdelinger/Gynaekologisk_ObstetriskAfdeling/Foedafdelingen/Graviditeten/Fosterundersoegelser/ Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

HS.dk: *Nakkefoldsscanning*. Region hovedstadens hjemmeside. <https://www.nakkefold-hs.dk/C1256DB000769AF6/Main?ReadForm>. Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

Lægehåndbogen: <http://laegehaandbogen.dk>. Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

Sundhedsstyrelsen.dk: <http://www.sundhedsstyrelsen.dk/>. Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

Voresbørn 2011: *Nakkefold med næsepilleri*. Blog af Anne Winther. 02-12-2011. Vores børn's hjemmeside: <http://voresborn.dk/blog/gravidblog/7771-12-ugers-scanning-med-naesepilleri>. Sidst undersøgt for tilgængelighed d. 28-06-2012

10.5 Andet

Godfather (1972): *The godfather*. Film instrueret af Francis Ford Coppola. Paramount Pictures. USA 1972

Bilag A: Typisk fosterundersøgelsesforløb

