

Originalartikel

Hvorfor akut kræft? Et bud på en epidemisk forståelse af tid og kræft-tendenser i Danmark

Marie Louise Tørring

Center for Forskning i Cancerdiagnostik i Praksis & Institut for Kultur og Samfund, Aarhus Universitet
mlt@alm.au.dk

Tørring, M. L. (2014). Hvorfor akut kræft? Et bud på en epidemisk forståelse af tid og kræft-tendenser i Danmark. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 20, 13-?.

I 2007 blev den danske regering og Danske Regioner enige om, at kræft skulle behandles som en akut sygdom. Aftalen er beskrevet som en kolossal præstation og succeshistorie, og den udvikling, der gik forud, omtales gerne som en forbrødring, en kulturændring, ja sågar et mirakel. Det rejser interessante antropologiske spørgsmål om kulturel fortid og kulturel forskel i måden at opfatte og behandle sygdomme på. I denne artikel undersøges derfor, hvad der gjorde det muligt at rammesætte kræft som akut sygdom i Danmark i nulletterne.

Artiklen analyserer en række udbredte almene, politiske og videnskabelige argumenter om akut kræft baseret på læsning af litteratur fra perioden samt erfaringer fra forfatterens eget ph.d.-projekt, der startede i 2007 og indskrev sig direkte ind i den centrale diskussion om tid og kræft ved at undersøge sammenhængen mellem ventetid og dødelighed blandt kræftpatienter. For at forstå de komplicerede biologiske, kulturelle og sociale processer, der tilsammen skabte et øget fokus på tid og kræft, anlægger artiklen et relationelt antropologisk perspektiv, der ser praksis som resultatet af ulige vektorers indflydelse i et bestemt felt. Analysen peger således på, at akut kræft i Danmark var resultatet af øget digital tydelighed (en eksponentiel vækst i numeriske repræsentationer som overlevelsesestimater og

ventetidsfrekvenser), magtfulde minder om kræft og øget levealder i en kontekst af kulturel polaritet karakteriseret ved bobleøkonomi og frygtpolitik.

Reframing cancer as an acute condition: Towards an eclectic understanding of time and cancer in Denmark

The Danish government and the five Danish regions announced in 2007 that ‘cancer should be treated as an acute condition’. Consequently, an agreement on acute action was made; an agreement which is often described as both an impressive achievement and a success story. The development process preceding the actual agreement is frequently characterised as a fraternisation, a cultural change – even a miracle. This new direction raises appealing anthropological questions about the importance of cultural past and cultural differences for our perception and treatment of diseases. Thus, the aim of this paper is to explore factors allowing the reframing of cancer as an acute condition in Denmark.

On the basis of literature reviews and the author’s personal experience with her PhD project on waiting time and cancer mortality, the paper analyses a number of widely held views and scientific arguments concerning acute cancer. To ensure an understanding of the complex biological, cultural, and social processes behind the increased focus on time and cancer, the paper takes a relational approach and proposes four vectors (of unequal scale and magnitude) at play during the period of 2000-2010 supporting the reframing of cancer: the exponential growth in numerical representations of cancer; the powerful circulation of cancer memories; the increasing life expectancy in the general population; and the conflicting atmosphere of booming economy and policies of fear.

Kræft som akut sygdom

Den 12. oktober 2007 blev den danske regering og Danske Regioner enige om, at kræft skulle behandles som en akut sygdom. Det skete på opfordring af Kræftens Bekæmpelse og efter voldsomt pres fra medierne (Rasmussen 2007). Parterne indgik en "Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter" (Regeringen 2007) (herefter Aftalen om akut handling), der førte til indførelse af nu 28 definerede pakkeforløb for kræft med centralt definerede standarder for ventetid på udredning og behandling; sikring af ensartet monitorering af patientforløb; indførelse af en kontaktpersonsordning samt – lidt senere – oprettelse af diagnostiske centre med hurtig, koordineret adgang til test og undersøgelser (Probst et al. 2012; Sundhedsstyrelsen 2008).

Aftalen om akut handling var ét af mange reguleringstiltag på kræftområdet i Danmark i nullerne. I perioden fra 2000 til 2010 blev der implementeret tre nationale kræftplaner og tilført merbevillinger i milliardklassen for at forbedre udredning og behandling (Sundhedsstyrelsen 2000; Sundhedsstyrelsen 2005; Sundhedsstyrelsen 2010). Fra 2002 til 2009 var væksten i sygehusproduktion for kræftpatienter på 93 pct. – dobbelt så højt som for alle andre patienter (Søgaard 2011; Vestergaard et al. 2010b).

Blandt de mange tiltag fremhæves *Aftalen om akut handling* gerne som en usædvanlig begivenhed. Navnlig implementeringen af pakkeforløbene beskrives som en bemærkelsesværdig fællesindsats, en kolossal præstation og succeshistorie (Laursen & Knudsen 2009; Probst et al. 2012; Vinge et al. 2012) og den udvikling, der gik forud for aftalen, omtales som en forbrødring, en kulturændring, en revolution, ja sågar et mirakel (Johnsen 2007; Vestergaard et al. 2010a; Vestergaard 2011), som her i Weekendavisen d. 31. august 2007:

“For det er svært at beskrive politikernes pludselige udmelding om, at kræft i fremtiden skal betragtes og behandles som en akut sygdom, som ret meget andet end et mirakel. Ikke fordi der ikke også er blandet politik, strategiske overvejelser, valgflæsk og vælgertække ind i beslutningen, men fordi der reelt er tale om intet mindre end en revolution i dansk sygehusvæsen, og ikke nok med det: den nye og mere offensive måde at anskue kræft på er også et udtryk for en mentalitetsændring og indvarsler en – efter danske forhold – radikalt ny måde at tænke på, når det gælder den frygtede sygdom” (Johnsen 2007).

Den nye og mere offensive måde at anskue kræft på, der her beskrives, præger ikke kun professionelle og politiske miljøer, men reflekteres også i den danske almenhed og populærkultur. Et godt eksempel ses i den populære tv-serie *BORGEN* på DR1, tredje sæson, afsnit 26 “Fortidens sønner”, hvor seriens hovedperson Birgitte Nyborg får konstateret celleforandringer i højre bryst. I en scene på Rigshospitalet udpeger en læge det, der ligner små sandkorn på et røntgenbillede:

Birgitte: Celleforandringer, hvad vil det sige?

Læge: Det vil i princippet ikke sige noget – endnu! Men samtidig må jeg også sige til dig, at for mig, der ligner det et forstadium til kræft i det, vi kalder kategori tre. Og det skal behandles – og det skal også behandles omgående! Det er ikke nogen stor operation. Du kan være ude allerede samme dag.

Birgitte: OK! Hvornår?

Læge: Ja, så hurtigt som muligt. En af de nærmeste dage.

Birgitte: Det var hurtigt! (forbavset og en anelse skælmisk)

Læge: Ja, det er sådan set et lovkrav, at vi skal tilbyde behandlingen så hurtigt. Det var noget du selv fik gennemført som statsminister (de smiler til hinanden). Området det er ikke særligt stort, det er to gange to centimeter. Og det bliver mig, der opererer, og vi er blevet rigtig gode til at få det til at se pænt ud.

Således skildres kræft som personligt og offentligt drama anno 2013. På knap to minutter formidler scenen opfattelsen af kræft som en sygdom, der skal handles "omgående" på – både personligt, medicinsk og politisk.

En ny vinkel

Påstande om revolutioner og mirakler i det danske sundhedsvæsen rejser interessante antropologiske spørgsmål om kulturel fortid og kulturel forskel i måden at opfatte og behandle sygdomme på. Kræft er ikke en sygdomskategori, der som infektionssygdomme og visse psykiatriske diagnoser har det med at dukke op i en bestemt tid, på et bestemt sted og senere forsvinde (Hacking 1999; Rosenberg et al. 1992). Den danske akut-kræft-agenda i nullerne er interessant, fordi den viser, at en biologisk og epidemiologisk stabil sygdom godt kan mutere socialt og kulturelt og pludselig ændre karakter i folks bevidsthed. Målet med denne artikel er at forstå selve muligheden for en sådan ændring.

Der findes allerede en del artikler og rapporter, der direkte eller indirekte forholder sig til *Aftalen om akut handling* og beskriver en række faktorer bag og/eller udløsende årsager til begivenhederne i Danmark. Faktorerne er dog sjældent teoretisk funderet og forsøges heller ikke forstået som dele af mere overordnede og komplekse biologiske, kulturelle og sociale processer i samfundet (Laursen et al. 2008; Olesen et al. 2009; Probst et al. 2012; Vestergaard et al. 2010a; Vestergaard 2011). Ligeledes mangler der i både den offentlige og videnskabelige litteratur refleksioner over kontinuiteten i den måde, hvorpå vi forstår sammenhængen mellem tid og kræft. Historisk set er akut kræft nemlig ikke en ny måde at tænke kræft på.

Der er med andre ord brug for analyser, der ikke alene fokuserer på idealer og forhåbninger i sundhedsvæsenet, men også forsøger at forstå de mere komplicerede samspil og gnidninger mellem ulige faktorer, der tilsammen kan ændre vores syn på sygdom og sundhedspraksis (Nielsen & Jensen 2013). Vores opfattelse

af tid og kræft i Danmark tog uden tvivl en særlig form i nullerne, der fik særlige konsekvenser for det danske sundhedsvæsen. Det centrale i denne artikel er at forstå hvordan og hvorfor? Artiklen anlægger derfor et antropologisk perspektiv på begivenhederne, der bygger på en praksisontologisk forståelse af årsager, relationer og magt¹.

Metode, materiale og faglig placering

De vinkler og det materiale, jeg benytter i denne artikel, er i høj grad præget af min egen faglige placering, herunder mit ph.d.-projekt, der startede i 2007 og indskrev sig direkte i den centrale diskussion om tid og kræft ved at undersøge sammenhængen mellem ventetid og dødelighed blandt kræftpatienter. Projektet var min indgang som antropolog til at lære epidemiologi og få indblik i samspillet mellem epidemiologi og sundhedspolitik.

De seneste år har studierne fra ph.d.-projektet været med til at fremme akutkræft-agendaen i Danmark (Tørring et al. 2011; Tørring et al. 2012; Tørring et al. 2013). Det fremgår blandt andet af en forside på BT d. 11. april 2013, der bekendtgør ny dansk forskning: *"Find tegn på sygdom – få uger afgør dit liv"*. Inde i bladet kan man læse, at en *"ny stor undersøgelse fra Aarhus Universitet, støttet af Kræftens Bekæmpelse, fastslår nu den store betydning af hurtig lægelig udredning selv ved diffuse symptomer på kræft"* (Pedersen & Bagge 2013). Konklusioner på epidemiologiske studier er ofte svære at greje, fordi de leveres i en dyne af epistemologiske og ontologiske overvejelser og forbehold. Her sprang journalisterne alle mine mellemregninger over og leverede ét budskab, én sandhed. I denne artikel er det min hensigt at gøre det modsatte – sætte sandheden i parentes og fremhæve uvishederne, uenighederne og forhandlingerne i stedet.

Artiklens empiriske udgangspunkt er etnografisk og *multi-sited* forstået på den måde, at dens argumenter i vid udstrækning bygger på stedvise observationer og deltagelse (Marcus 1998). I erkendelsen af at sygdomsopfattelser formes og forankres både lokalt og globalt, følger jeg akutkræft-agendaen på tværs af tid og rum via forskernetværk, medier og sundhedspolitikker. Gennem systematisk læsning af litteraturen inddrages udbredte tolkninger af virkeligheden, herunder internationale sammenligninger af relativ overlevelse blandt kræftpatienter og studier af sammenhængen mellem ventetid og dødelighed blandt kræftpatienter². Jeg trækker på viden fra aktiv deltagelse i nationale og internationale konferencer og møder om tidlig og hurtig diagnostik af kræft samt samtaler med centrale aktører bag akutkræft-agendaen i Danmark, herunder min tidligere hovedvejle-

der på Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og formand for Kræftens bekæmpelse, Frede Olesen. Sidst, men ikke mindst udspringer artiklens analyser også af egne oplevelser og erfaringer med at arbejde i et forskningsmiljø, hvor vi i en periode ikke kunne følge med behovet for beviser og så politiske beslutninger blive truffet, før evidensen var klar. Disse oplevelser har vækket min antropologiske nysgerrighed og lyst til at se det udefra, jeg kender indefra. Det er dog vigtigt at holde fast i, at den distance, jeg forsøger at etablere i artiklen, ikke er empirisk, men teoretisk (Haraway 1988).

Vektor-metaforer og epidemi-analogier

For at svare nuanceret på, hvordan opfattelser og håndtering af sygdomme ændrer sig, er der behov for en teoretisk indgangsvinkel, der afværger banale diskussioner om, hvorvidt akut kræft nu er »rigtig« eller »socialt konstrueret«. Kræft er et materielt, ikke-socialt fænomen, og netop derfor er det interessant at forsøge at begribe pludselige ændringer i den semantiske stabilitet af sygdommen.

Den canadiske filosof Ian Hacking har fremsat en begrebsramme til forståelse af udviklingen i transiente mentale lidelser, det vil sige diagnoser, der har det med at opstå i bestemte perioder og bestemte steder for senere at forsvinde. Hacking skelner ikke skarpt mellem sygdom og sygdomsopfattelse. Hans mål er at tænke livet i al dets bio-kompleksitet (Hacking 1999:1+82). Således benytter han ordet *vektor* som en metafor for forskellige former for fænomener, der virker forskellige, men tilsammen resulterer i en *niche*, hvor en given sygdom kan trives. En sådan *niche*-forståelse, vil jeg forsøge at etablere for akut kræft i Danmark.

Vektor-metaforen formidler samtidig også den praksisontologi, der blandt andet kendetegner *Science and Technology Studies* og en gren af antropologien, der undertiden betegnes *Relational Anthropology* (Gatt 2013; Jensen 2012). Her bruges vektorbegrebet til at forstå, hvordan subjekter og objekter eller rettere *aktører* – i forskellig skala og med forskellige transformative virkninger – former praksis og dermed verden. Helt centralt for den relationelle antropologi er opfattelsen af magt som noget, der ikke er koncentreret i enkeltindivider, bestemte sociale klasser eller for den sags skyld organisationer som stater, foreninger og firmaer. Formanden for Kræftens Bekæmpelse indtog rigtig nok en høj placering på fagbladet Dagens Medicins magtbarometer over sundhedsvæsnets mest indflydelsesrige personer i 2007 (Aagaard et al. 2007), men hans magt skal sættes i relation til en række udefrakommende faktorer, det vil sige andre vektorer, hvis kombinerede indflydelse kan styrke og svække hans. Formanden påvirkes og forsøger at påvirke li-

gesom alle andre, og nogle gange lykkes han. Praksisontologien tillægger således mennesket intention, strategisk handling og indflydelse, men rummer samtidig en forståelse af menneskets virkningsbegrænsning – og vigtigere – menneskets varierende virkning. Det skyldes, at praksis altid er resultatet af summen af ulige vektorers indflydelse i et felt (Gatt 2013; Jensen 2012; Jensen 2010; Tsing 2005).

Denne relationelle måde at forstå magt og indflydelse på er ikke ulig epidemiologiens forståelse af årsagskomplekser. En epidemiologisk pendant til vektor- og niche-begreberne kunne passende være teorien om INUS-betingelser. INUS står for *Insufficient but Necessary conditions in an Unnecessary but Sufficient causal complex* – på dansk kaldet ikke-tilstrækkelige, men nødvendige faktorer i et ikke-nødvendigt men tilstrækkeligt årsagskompleks. Indenfor den moderne, analytiske epidemiologi er INUS en formalisme, der slår fast, at den fulde årsag (til f.eks. sygdom eller død) består af flere årsager. Samtidig begrebsliggør teorien, hvorfor årsag ikke altid fører til effekt, og effekt ikke altid følger af årsag. Teorien adskiller sig derved fra Humes regularitetsteori og det deterministiske verdensbillede ved at tage højde for ufuldstændig regularitet, indeterminisme (herunder tilfældige processer), asymmetri og spuriøse sammenhænge (Mackie 1988; Rothman 1976). Den moderne epidemiologi og antropologi er med andre ord fælles om at gøre op med videnskabelig determinisme (Agar 1996; Agar 2004; Bourdieu 1977; Latour 1999).

Et sidste teoretisk greb i artiklen er den franske kognitive antropolog Dan Sperber's epidemi-inspirerede kulturdefinition. Sperber har foreslået, at vi med fordel kan tænke studiet af kulturelle fænomener parallelt med den måde, hvorpå epidemiologien tænker sygdomstendenser (Sperber 1985). Epidemiologi er ikke ontologisk autonomt, men eklektisk forankret i patologien. Sagt på en anden måde, kan vores forståelse af et givent sygdomsmønster i befolkningen ikke reduceres til patologi, men heller ikke defineres og udvikles uafhængigt af vores viden om sygdomsmekanismen. På samme måde, mener Sperber, bør antropologien være eklektisk forankret i den kognitive psykologi og relatere kulturelle mønstre til vores viden om, hvilke kulturelle repræsentationer den menneskelige hjerne er modtagelig over for, husker og videregiver. I følge Sperber kan kultur forklares ved at svare på spørgsmålet: *"why are some representations more successful in a human population, more contagious, more 'catching' than others?"* (ibid.:74). Denne idé – at tænke det kulturelle som en slags social smitte – vil jeg applicere på de hyppige kræftrepræsentationer som grafer, billeder, tal og fortællinger.

Akut kræft gennem tiden

I modsætning til, hvad man lejlighedsvist har kunnet læse om *Aftalen om akut handling*, er akut kræft ikke en radikal ny måde at forstå kræft på, men snarere en forlængelse eller fortsættelse af et altid/allerede udbredt syn på betydningen af tid og kræft (Andersen 2010; Aronowitz 2001). Medicinhistorikeren Robert Aronowitz gør opmærksom på, at almen og medicinsk litteratur lige siden begyndelsen af det 20. århundrede har formanet mænd og kvinder til at søge læge, så snart de bemærkede mistænkelige tegn, der kunne være symptomer på kræft. Budskabet om, at "kræft, der opdages i tide, kan helbredes«, har ligeledes spillet en central rolle i den forebyggende indsats mod sygdommen længe inden nutidens screeningsteknologier (Aronowitz 2001). Den kontinuitet er vigtig at have for øje, hvis man vil forstå akut kræft som fænomen i det 21. århundrede.

Kontinuitet

Den britiske kirurg Charles P. Childe var med udgivelsen af bogen *Control of a Scourge* fra 1906 blandt de første til at indføre begrebet »delay« og grundlægge en fortælling om forsinkelser, der er i påfaldende overensstemmelse med opfattelsen af ventetid i dag. I bogen skriver han blandt andet, at "*Cancer itself is not incurable. It becomes incurable from the simple fact that its unfortunate victims harbour and nurse their cancers till it is too late*" (citeret i Aronowitz 2001:356). Childe opregnede forskellige årsager til eller rettere pålagde forskellige typer mennesker ansvaret for "delay": 1) Patienter, der var lammet af frygt for kirurgi, frygt for stigmatisering eller brugte af kvaksalvere og selvbehandling; 2) praktiserende læger, der forhandlede afgørelsen samt 3) pessimistiske kirurger. Som kampagnebegreb blev "delay" dermed fra start brugt til fremme et budskab om behovet for især lægens øjeblikkelig handling:

"The "delay" message justified and promoted a style of practice that accentuated acute, fast-paced, diagnosis-driven care as opposed to a more familiar, lifelong, slower-paced, person-oriented one" (Aronowitz 2001:367).

Som videnskabeligt begreb bruges "delay" i dag mere neutralt til at udtrykke den tid, det tager patienter at søge læge, blive udredt og behandlet for kræft; men man deler stadig tidintervallet op i for eksempel patient-delay, læge-delay og system-delay og indikerer derved, hvem der er ansvarlig for ventetid og forsinkelser (Weller et al. 2012).

Evidens og stabilitet

Der er ingen indlysende grunde til, at "delay" i mere end 100 år er blevet fremhævet som en væsentlig årsag til for sen kræftdiagnostik og -behandling, skriver Aronowitz (Aronowitz 2001:358). Helt fra begyndelsen og til i dag har der manglet tungtvejende medicinske beviser. Et dansk eksempel fremgår af Kræftplan II fra 2005, der slår fast, at: "*Undersøgelser af delays' betydning for prognosen for disse kræftformer peger i forskellige retninger, og det er således ikke endelig afklaret*" (Sundhedsstyrelsen 2005:30). Selvom eksperterne anbefalede tiltag til nedbringelse af ventetider og forsinkelser i sundhedsvæsenet i 2005, hvilede deres anbefaling på et argument om den psykiske belastning og ikke akutte, dødelige konsekvenser af ventetid.

Grunden til, at system-delay ikke blev anset som plausibel prognostisk faktor i Kræftplan II, hænger sammen med graden af evidens. Der er to forhold, der gør det svært at bevise en sammenhæng mellem ventetid og dødelighed blandt kræftpatienter³. For det første er ingen kræfttumorer ens. Kræftceller opstår og spredes inde i og ikke mellem menneskekroppe, hvilket i princippet gør hver eneste kræfttumor unik, ja, endog personlig (Cancer Genome Atlas Research Network 2008). Tager man Jensen et al.'s undersøgelse fra 2007, der sammenligner størrelsen på hoved-halskræft tumorer på diagnosetidspunktet med størrelsen ved behandlingsstart, viser den, at blot 38 ud af 61 tumorer voksede og det med en vækstvariation fra 6 til 495 procent (Jensen et al. 2007). Observationerne er selvfølgelig tegn på, at ventetid har store konsekvenser for nogle patienter, men de repræsenterer ikke sandheden om alle kræftpatienter. Det er let at anfægte resultatet af undersøgelsen ved at fremhæve, at den ikke er repræsentativ; at hovedparten af patienterne ikke oplevede nogen vækst af betydning eller, at observationerne intet udsiger om tumurvækst for de hyppigste kræftformer.

Det andet forhold, der gør sig gældende, er bias. Det er både praktisk umuligt og fuldkommen uetisk at lade mennesker vente tilfældigt på udredning og behandling for at teste ventetidens betydning eksperimentelt. Derfor beror bevisførelsen udelukkende på observationelle studier, hvor ventetid er tildelt på baggrund af lægers kliniske vurdering. I den kliniske virkelighed kommer de sygeste mennesker som regel hurtigst til, mens de, der ser umiddelbart raske ud, får lov at vente lidt længere. Det skaber effektforveksling i det epidemiologiske design og er formentlig den væsentligste grund til, at mange studier giver fornuftsstridige resultater, hvor patienter med kort ventetid har en højere dødelighed end patienter med lang ventetid (Tørring 2011; Tørring et al. 2011; Tørring et al. 2012; Tørring et al. 2013).

Disse to forhold gør til stadighed den videnskabelige evidens uklar og kan måske forklare, at akut kræft-diskursen ikke er stabiliseret globalt (Fujimura 1988). Når de gyldighedskriterier, vi opstiller til viden, ikke kan opfyldes i studier af kausalsammenhænge, kan resultaterne lettere tolkes ud fra forskernes egen overbevisning. Epidemiolog og statistiker Sander Greenland kalder den tendens for indtrængning af værdier i en forestillet "objektiv videnskabelig" metode (Greenland & Poole 2011). Studier af sammenhængen mellem ventetid og kræft synes særligt ofte at være værdiprægede eller i hvert fald at spejle holdningerne i de sundhedssystemer, de er lavet i (Richards et al. 1999; Jensen et al. 2002; Ramos et al. 2007; Neal 2009; Olsson et al. 2009; Thompson et al. 2011):

De liberale amerikanske principper giver forsikrede patienter direkte adgang til udredning og second-opinions, men systemet ligger samtidig under for et voldsomt sagsøgningspres, der skaber et særligt behov for at dokumentere, at utilsigtede system-delays er uden betydning. Om effekten af system-delay på dødeligheden ved tyk- og endetarmskræft skriver den amerikanske forskergruppe Polissar et al. for eksempel i 1981, at *"one year seems unimportant"* (Polissar et al. 1981) og deres landsmænd Pruitt et al. når til en lignende konklusion 32 år senere i et studie, der slutter: *"there may be little clinical benefit in detecting and treating existing symptomatic disease earlier"* (Pruitt et al. 2013).

I Europa er sagen en anden. Særligt i de universelle, skattebetalte sundhedsvæsnere med lige, men kontrolleret adgang til udredning har ventelister længe givet anledning til debat om offentlige ressourcer på den ene side og anstændighed på den anden (Vedsted & Olesen 2011). Det illustreres i to uafhængige engelske studier af diagnostisk delay og dødelighed blandt tyk- og endetarmskræftpatienter fra Storbritannien i 2006, hvor den ene forskergruppe konkluderer:

"In the context of modern rapid access clinics, symptomatic CRC patients with delay between referral and diagnosis (even if this is several months or occasionally more than a year) have less aggressive tumours and markedly better long-term cure rate than their earlier diagnosed counterparts. Attempts to speed up further the diagnosis would be a waste of time and resources, being unlikely to make an appreciable difference to the overall cure rate" (Rupassara et al. 2006).

Deres landsmænd er ikke enige, skønt deres analyseresultat er det samme. De slutter omvendt, at: *"Even though the duration of symptoms is unrelated to the outcome of the cancer, it is impossible to construct an argument in favour of delayed diagnosis"* (Stapley et al. 2006).

Delay-kampagnens storhed og fald

Ifølge Aronowitz har delay-kampagner ikke rod i videnskaben, men er en historisk løsning på et folkeoplysningsdilemma. Kræft blev i starten af 1900'tallet opfattet som et individuelt problem. Man kunne ikke som i kampen mod de store infektionssygdomme henvende sig til folk på samme effektfulde måde med budskabet om, at de hver især var potentielle sygdomsvektorer. Kun ved at fokusere på forsinkelse kunne kræftaktivister retfærdiggøre individorienterede kampagner i stil med dem, man førte mod f.eks. tuberkulose:

“The “delay” message allowed cancer activists to justify their public campaign by analogy to more traditional ones against infectious disease. Instead of blocking the transmission of germs, cancer activists could block the transmission of disease-causing assumptions and behavioral norms between individuals” (Aronowitz 2001:358-9).

Utallige folkesundhedskampagner har således gennem tiden gjort folk ansvarlige for at opdage kræft i tide og dermed ændret deres rutiner, praksis samt ikke mindst opmærksomhed på kroppens signaler. Aronowitz slutter sin beretning om tid og kræft i 1970, hvor delay-kampagnerne så ud til at have sejret sig selv ihjel. Budskabet mistede simpelthen styrke og døde ud i sidste del af det 20. århundrede som følge af udvikling og forbedring af screeningsteknologi, diagnostik og behandling samt ikke mindst en bedre adgang til sundhedsvæsenet, højere uddannelse og ligestilling i befolkningen, der alt sammen bidrog til, at kræftpatienter blev diagnosticeret i tidligere og tidligere stadie. Den sidste halvdel af denne artikel undersøger, hvordan og hvorfor debatten om tid og kræft så pludselig blussede op igen i Danmark i starten af det 21. århundrede.

Akut kræft i nullerne

Det tætteste, man kommer beskrivelsen af et vendepunkt i den danske kræftdiskurs, er efterretningerne fra et repræsentantskabsmøde på Christiansborg af d. 6. marts 2007 arrangeret af Kræftens Bekæmpelse, Sundhedsministeriet og Danske Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG) (Johnsen 2007; Jensen & Rasmussen 2008; Laursen et al. 2008; Olesen et al. 2009; Vestergaard et al. 2010a; Vinge et al. 2012). På mødet gjorde man status over situationen i Danmark ved at fremlægge de seneste internationale sammenligninger i relativ overlevelse blandt kræftpa-

tienter samt to nye danske undersøgelser: Den første var førnævnte sammenligning af hoved-halskræft tumorer diagnosticeret på Aarhus Universitetshospital i perioden 2000-2005 (Jensen et al. 2007). Den anden var Rikke Pilegaard Hansens kortlægning af delay i en kohorte af nydiagnosticerede kræftpatienter i Aarhus Amt i perioden 2004-2005 (Hansen 2008). Førstnævnte undersøgelse er i flere aviser, fagblade, rapporter og bøger efterfølgende blevet fremhævet som første bevis på *"at kræftpatienterne dør af at vente"* (Jensen & Rasmussen 2008:8):

"Scanningsbillederne sidder limet fast på Johannes Gaubs nethinde. En hoved-halskræft, som æder sig vej gennem et kranium, blæst op på en storskærm. Først et foto af svulsten, da den blev opdaget, og derefter et foto af samme svulst fire uger senere. Billederne gjorde et stort indtryk på de læger og politikere, der var mødt op på Christiansborg den dag, 6. marts 2007, siger Johannes Gaub, lægelig direktør på Sygehus Lillebælt" (Vestergaard et al. 2010a:89).

Gaub fortæller i debatbogen *Det danske paradoks* (ibid.), at både scanningsbillederne og fremlæggelsen af ventetider i sundhedsvæsenet gjorde tilhørerne pinlige til mode og gav dem et wake up call, *"og fra den dag af blev kræft vurderet som en akut sygdom"* (ibid.:90). Den oplevelse bekræftes i en nylig rapport fra Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner, *Erfaringerne med kræftpakkerne* (Vinge et al. 2012). I afsnit 3.5.1 *"Ventetid dræber (marts 2007)"* kan man læse uddrag fra interview med embedsmænd, chefsygeplejersker og cheflæger og overlæger m.m., der fortæller om deres oplevelse af en *"nihilistiske indstilling"*, en *"kollektiv sovepude"* og *"laden-stå-til"* i det danske sundhedsvæsen lige indtil marts 2007. Igen fremhæves mødet på Christiansborg som *"historisk skælsættende"* (ibid.:25), og rapporten konkluderer:

"Konferencen var således med til at fastslå, at tid er en vigtig faktor for kvaliteten af kræftbehandlingen, fordi ventetid dræber – hurtigere end mange klinikere såvel som embedsmænd og politikere havde troet. Dermed var konferencen medvirkende til at gøre ventetid på udredning og behandling til et problem, som ikke blot var den enkelte overlæges eller leders. Ventetiden blev til et politisk problem, der krævede handling" (ibid.).

Som forsker i ventetid og dødelighed har påstanden om, at dokumentationen på netop dette møde var så afgørende, altid undret mig. Hvis Jensen et al's hoved-halskræftundersøgelse virkelig var så træfsikker en videnskabelig ammunition (Johnsen 2007), burde den vel have fået samme epokegørende effekt i udlandet, men det fik den ikke. Ifølge Kræftens Bekæmpelses formand Frede Olesen var

undersøgelsen dog heller ikke så afgørende, som det efterfølgende er blevet fremstillet. I en samtale om de konkrete forhandlinger bag *Aftalen om akut handling* har han fortalt mig, at nedbringelsen af ventetider fortsat handlede om anstændighed og ikke om akutte, dødelige konsekvenser.

Vendepunktet i 2007 er ikke bare politisk, men også antropologiske interessant. Kulturelle repræsentationer er dynamiske og har generelt en tendens til at ændre sig, hver gang de overføres fra menneske til menneske (Sperber 1985:75). En pludselig og massiv udbredelse af en bestemt kulturel repræsentation som akut kræft er et usædvanligt fænomen og kalder på forklaring. I de officielle beretninger opregnes typisk fem årsager til begivenhederne: Påvisning af danske kræftpatienters lavere relative overlevelse i internationale studier; kræftpatienters oplevelser i mødet med sundhedsvæsnet; kræftområdets store bevågenhed i befolkningen; Kræftens Bekæmpelses politiske ageren samt ikke mindst politisk velvilje på tværs af politisk observans (Jensen & Rasmussen 2008; Laursen et al. 2008:159; Probst et al. 2012; Vestergaard et al. 2010a; Vinge et al. 2012). Det er blandt andet via uddybning af disse forklaringer, at jeg i det følgende vil argumentere for et samspil mellem fire vektorer – forstået som fire forskelligartede fænomener – der tilsammen kan siges at have skabt en niche for akut kræft i Danmark i nulterne. De fire vektor-beskrivelser er ikke komplette, men skal betragtes som idéer til refleksion, diskussion og forskning. Jeg har betegnet dem *Tydelighed*, *Minder*, *Levealder* og *Kulturel polaritet*.

Tydelighed

Tydeligheds-vektoren betegner teknologier i tiden, der gjorde det lettere at skabe, formidle og cirkulerer numeriske repræsentationer af kræft, så vi hurtigere og hurtigere fik tydeliggjort problemer og peget på løsninger i begyndelsen af det 21. århundrede.

Det var først og fremmest den gentagne konstatering af en lavere, relativ overlevelse blandt danske kræftpatienter, der tydeliggjorde behovet for omfattende kræftplaner i Danmark (Storm, Engholm et al. 2010)⁴. I 1995 viste en sammenligning af nordiske cancerregistre, at danske kræftpatienter havde den laveste relative overlevelse i Norden (Engeland et al. 1995). En del af disse data blev undersøgt igen i europæisk sammenhæng af EURO CARE gruppen, som bekræftede resultaterne og fastslog, at kræftpatienter i Danmark sammen med Storbritannien havde Vesteuropas laveste relative overlevelse, mens de resterende nordiske lande lå i top (Coleman et al. 2003; Sant et al. 2009). Epidemiologer har traditionelt for-

klaret forskellene med: 1) Forskelle i registrenes validitet og complethedegrad; 2) forskelle i befolkningernes livsstils og generelle sygelighed; 3) forskelle i sundhedsvæsnernes tilgængelighed til medicinsk teknologi, screening og behandling; samt 4) forskelle i tidlig diagnostik grundet ventetid og forsinket lægesøgning (Olesen et al. 2009; Richards 2009; Storm et al. 2010).

Den fjerde forklaring blev primært underbygget af observationelle studier af specifikke kræftformer som lunge-, bryst- og tarmkræft, der viste, at danske patienter faktisk var diagnosticeret i et senere stadie af deres sygdom og havde en lavere, relativ 1-årsoverlevelse sammenlignet med patienter i andre nordiske og visse vesteuropæiske lande (Christensen et al. 2004; Engholm et al. 2007; Gatta et al. 2000; Jensen et al. 2004; Sant & Eurocare Working Group 2001; Storm et al. 1999). Når ventetid og forsinkelse alligevel først kom på dagsordenen i 2007, skyldes det flere forhold.

For det første var og er man i videnskabelige kredse langt fra enig om tolkningen af de internationale overlevelsesstatistikker. Til en konference i Cambridge i april 2013 talte jeg med Englands nye National Director for Cancer Registry Modernisation, Jem Rashbass, der var overbevist om, at han kunne "redde" de 5.000 kræftliv, som premierminister David Cameron har lovet sin befolkning – alene ved at forbedre kræftregistrering i England, der indtil fornylig var delt mellem otte regionale cancerregistre med forskellig complethedegrad og datakvalitet⁵.

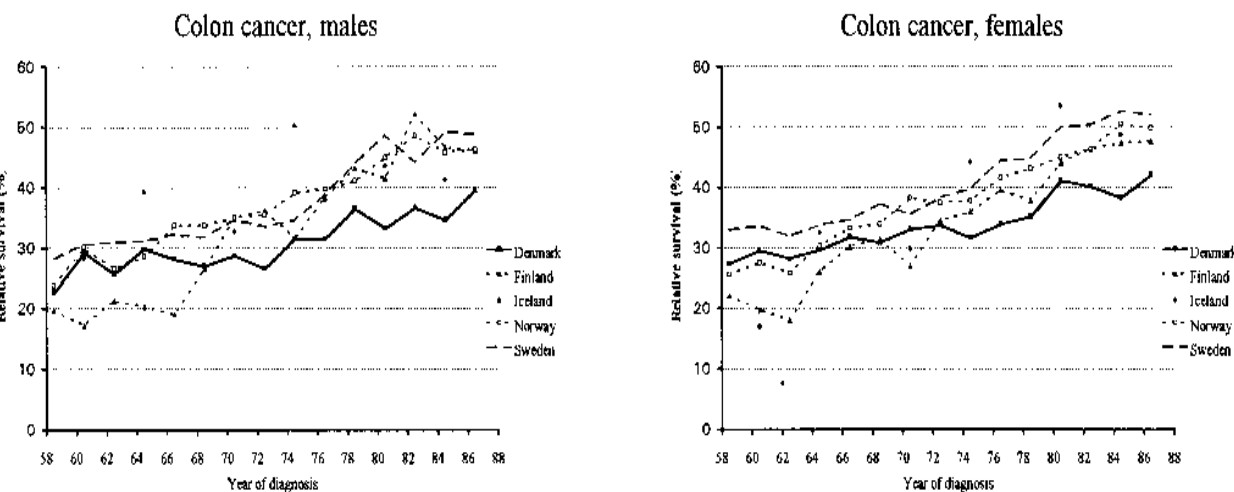
At folkene bag de første to kræftplaner i Danmark ikke var overbeviste, ses blandt andet af det faktum, at man prioriterede andre løsninger end ventetidsnedbringelse først. Allerede fra 1999 (da resultatet af de internationale sammenligninger stod klart) gik man i gang med at forny og udvide kapaciteten af strålebehandlingsudstyr og billeddiagnostiske teknikker, indføre nye kemoterapeutiske regimer, centralisere kirurgien, iværksætte screeningsprogrammer, landsdækkende rygestopkampagner og vedtage rygelov (Sundhedsstyrelsen 2000; Sundhedsstyrelsen 2005). Alt sammen løsninger på forklaring to og tre. Først efter disse politikker var sat i værk og implementeret, tog man hul på fjerde forklaring og indførte akut-kræft-løsninger som ventetidsgarantier, kræftpakker og awareness-kampagner.

Statistisk likviditet

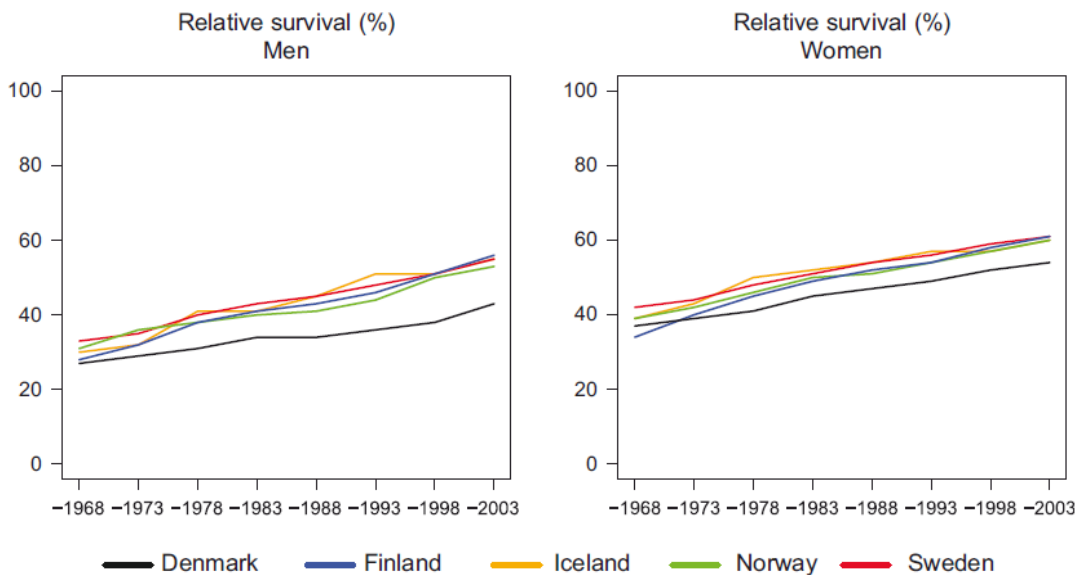
Hele den danske produktion af kræfttal er et godt eksempel på videnskab i aktion (Latour 1999). Danmark er et ideelt sted for epidemiologiske undersøgelser. Landets registre er blandt de ældste og mest pålidelige i verden, og dets befolkning

er formentlig blandt verdens mest og bedst registrerede (Frank 2000; Frank 2003). Danmarks væld af data var selvfølgelig en nødvendig, men ikke tilstrækkelig årsag til den store opmærksomhed på akut kræft i nullerne. Forsknings samarbejder muliggjorde valide sammenligninger mellem lande. Billedteknologi var en betingelse for at kunne tydeliggøre tumurvækst i hjerner og blæse dem op på en storskærm (Vestergaard et al. 2010a:89). Forskningsmidler var nødvendige for kortlægningen af ventetider i det danske sundhedsvæsen. Videnskaben kræver også regnekraft og kommunikationskanaler, og netop accelerationen i bytes samt udviklingen af internettet har skabt en hidtil uset epidemi i videnskabsproduktion ved årtusindeskiftet (Skolbekken 1995).

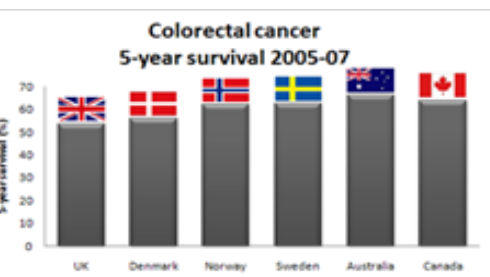
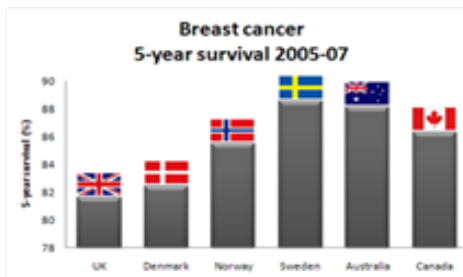
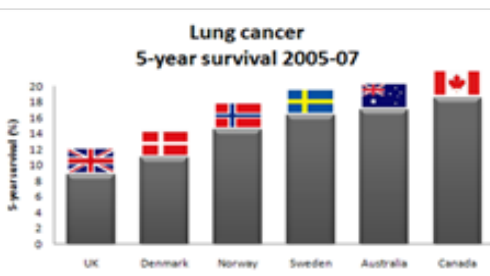
Som Sperber påpeger, er der forskel på, hvilke kulturelle repræsentationer mennesker har let ved at indlære, huske og formidle. Vi ved fra studier af skriftløse folk, at især historier og myter er optimale hukommelsesobjekter (fordi alt andet blev glemt), mens tal for de fleste mennesker er sværere at forstå, lagre samt kommunikere til andre (Sperber 1985:80+86). Tal taler sjældent for sig selv. Betragter man den måde, forskelle i relativ overlevelse er fremstillet på gennem de sidste 15 år, kan man se en klar udvikling i det kunstneriske udtryk med brug af både diskrete og tydelige artistiske elementer som for eksempel symbolikken i farver, rangordning og flag (se Figur 1-4). Det sikrer, at læserne tolker tallene korrekt og modtager budskabet.



Figur 1: Eksempel fra tidlig sammenligning i alders-standardiseret, relativ 5-årsoverlevelse for patienter med tyktarmskræft i Norden 1958–1986 (Engeland et al. 1998).



Figur 2: Det ser sort ud for Danmark: Udvikling i alders-standardiseret (ICSS) relativ 5-årsoverlevelse for alle kræftformer undtagen non-melanom-hudkræft, (case-mix justeret) og fordelt på køn og land. Nordic cancer survival study 1964 – 2003 (Storm et al. 2010).



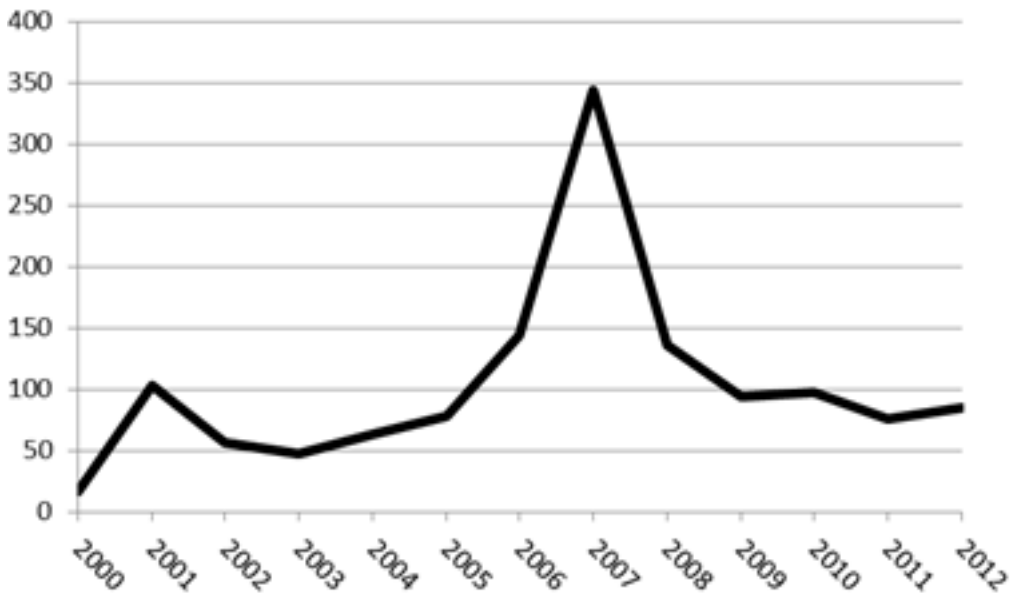
bagefter i kræftbehandling”, ”Danskerne vil ikke se kræft i øjnene” og ”Dansk kræftnedtur” (kilde: Infomedia). Måske kan man deraf slutte, at vi, i vores efterhånden skriftkloge, talkyndige og meget visuelle kultur (Hacking 1990), har udviklet bedre måder til at kommunikere tal på, så de indlæres, huskes og opnår større effekt.

I det hele taget synes mødet på Christiansborg d. 6. marts 2007 at have været et kulminationspunkt på en ny bølge af numeriske repræsentationer af kræft i form af billeder, grafer og tal skabt med udstyr og forskningsmidler fra Kræftplan I og II. Det viser, at epidemiologi som praksisform er vigtig for forståelsen af akutkræft-agendaen. De danske kræftplaner har været nøje koordineret – nærmest synkroniseret – med de fem-årige opgørelser af relativ overlevelse blandt kræftpatienter i Norden (Storm et al. 2010). Som Storm et al. skriver, kunne de gentagne epidemiologiske studier simpelthen pege på behovet for reform (ibid.). På samme måde var det også epidemiologiske studier, der *kortlagde* ventetider i det danske sundhedsvæsen og dermed *indikerede*, hvem der havde det største ansvar for forsinkelser (patienten, lægen eller systemet) (Korsgaard 2005; Bjerager 2006; Hansen 2008; Robinson 2010; Ahrensberg 2012; Larsen 2012).

Minder

Minde-vektoren vedrører udbredelsen af en anden type kulturelle repræsentationer, der var meget ”smitsomme” i nullerne, nemlig patientfortællinger om ventetid i sundhedsvæsenet.

I officielle beretninger fremgår det, at florerende personhistorier i medierne op til og efter mødet på Christiansborg lagde et ekstra pres på politikerne, og flere analyser har skønnet, at de mange fortællinger om ventetid var væsentlig årsag til *Aftalen om akut handling* i oktober 2007 (Laursen et al. 2008:159; Olesen et al. 2009; Probst et al. 2012; Jensen & Rasmussen 2008). Presset bekræftes i den danske mediebranches avisdatabase Infomedia. Alene en opgørelse over antallet af søgeresultater på kombinationen ”kræft” og ”ventetid*” viser en tydelig epidemisk trend med klimaks i 2007 (se Figur 5).



Figur 5: Antal resultater af fuldtekstsøgning på "kræft" og "ventetid*" i alle landsdækkende, danske aviser i perioden 2000-2012 (kilde: Infomedia). Første peak i 2001 følger offentliggørelsen af sammenligninger af relativ overlevelse blandt kræftpatienter i Norden og Europa. Anden peak har sit vendepunkt ved offentliggørelsen af de opdaterede statistikker i 2005, men forsætter langt ud over den periode.

Undersøger man selve indholdet i mediedækningen i 2007, fremgår det også, at kræftpatienter og pårørendes fortællinger om ventetid udgjorde en overvældende stor del af medieomtalen og trak langt flere overskrifter end for eksempel kræfttallene (Boks 1).

- 05-01-2007 »Det gjaldt mit liv«
- 06-01-2007 49 kræftpatienter kræver erstatning
- 14-01-2007 Danser mod døden
- 07-02-2007 Kræftsyge i kø for at klage
- 16-02-2007 Jeg har mistet troen på sundhedsvæsenet
- 14-03-2007 Knap 100 kræftpatienter kræver erstatning
- 29-03-2007 Jeg bliver undersøgt ihjel!
- 19-04-2007 Nu har kræften dræbt Søren
- 28-04-2007 Skal jeg bagest i køen hver gang?
- 08-05-2007 Jeg har lært at nyde livet hver dag
- 15-05-2007 Kræftpatienter dør på ventelister

09-06-2007	Ellen døde tre dage efter kræftdom
08-07-2007	Ventetiden er det værste
29-07-2007	Han venter, med kræft i kroppen
31-07-2007	Kræftpatienter vil betragtes som akutte
02-08-2007	Dansk Folkeparti: Kræft skal behandles akut
10-08-2007	Ventetid: Fogh lover akut kræftbehandling
11-08-2007	Løkke: Akut kræft-behandling inden nytår
15-08-2007	Debat: Hykleri, hr. minister
18-08-2007	Regionerne lover hurtig kræftindsats
29-08-2007	Sundhedsområdet vinder kampen om milliarderne
31-08-2007	Alting forandret
14-09-2007	Debat: Kunne min søn være reddet
09-10-2007	Min mand døde, mens han ventede
21-10-2007	Lottes dagbog
30-10-2007	Ventetid: Nu er Henrik Nebelong død
02-12-2007	Svulsten tredoblet i ventetiden. Patienten døde. Ingen erstatning
02-12-2007	»Der er nogen, der har leget med mit liv«
09-12-2007	Lottes farvel

Boks 1: Overskrifter fra de landsdækkende aviser på de mest personrelaterede historier om ventetid på kræftudredning og kræftbehandling i løbet af 2007. Den røde skrift markerer overskrifter vedr. indgåelsen af Aftalen om akut handling (kilde: Infomedia).

Laursen et al. skriver, at Kræftens Bekæmpelse i nullerne begyndte at agere mere direkte i forhold til at påvirke den politiske dagsorden (Laursen et al. 2008:159). Var patientfortællingerne opsamlet af patientforeningen og plantet strategisk i pressen for at påvirke politikerne? Eller var eskalationen mere et udtryk for folks spontane reaktioner på en mere og mere anerkendt ventetidsproblematik – en slags imitationseffekt (Tarde 2010), hvor den samme type af fortællinger blev hørt, genoplevet og repeteret af stadigt flere og flere?

Patientindflydelse

Kræftens Bekæmpelse er blevet anklaget for at løbe med medieopmærksomheden og få kræft til at overskygge andre, vigtige sygdomme i samfundet (Ringgaard 2012). Det kunne give grund til at slutte, at Kræftens Bekæmpelse er en vektor i sig selv.

Ifølge en ny medieundersøgelse af professor Anne Binderkrantz har foreningen indflydelse af flere grunde (Binderkrantz 2012). Udover et stort professionelt sekretariat og repræsentation i centrale råd og nævn, så har Kræftens Bekæmpelse – set ud fra et medieperspektiv – en dobbelt fordel ved at arbejde for formål, der appellerer bredt og giver mulighed for personificering. Foreningen repræsenterer med andre ord både interesse- og identitetsgrupper i samfundet (Binderkrantz & Christiansen 2013). Ni procent af den danske befolkning er medlem af foreningen.

Patientfortællingerne kan dog også anskues som et mere globalt fænomen. Den engelske historiker John Pickstone beskriver, hvordan patienthistorier – især om kræftforløb – har spillet en central rolle i omformningen af den medicinske biografi og synet på sundhedsvæsenet siden 1980'erne (Pickstone 2012). Hvor medicinens historie traditionelt er blevet fortalt af læger, har en eksplosion i materiale skrevet til patienter og af patienter siden århundredeskiftet ændret ikke bare historieskrivningens betingelser, men også ændret den *Historie*, der bliver fortalt (ibid.:241). Pickstone understreger, at patienthistorier ikke bare er private fortællinger, men også har karakter af et politisk projekt, der fremmer valgfrihed frem for kontrol. Mange af de danske patienthistorier fra nullerne rummer en udbredt kritik af regulering og dobbelt-gatekeeping i det danske sundhedsvæsen, som f.eks. i Robins fortælling "Min mand døde, mens han ventede" i Ekstra Bladet d. 9. oktober 2007:

"Robin Jensen var vidne til et sundhedsvæsen, hvor ventetiden var 'en by i Rusland', da hendes 56-årige mand Niels Ole fik konstateret kræft i bugspytkirtlen. En kræftsygdom, der tog livet af ham, mens han ventede på behandling" (Nørgaard 2007).

Set fra et kognitivt antropologisk perspektiv, er patientfortællinger minder – forstået som kognitive elementer, der er særlig uforglemmelige og lette at kommunikere (Sperber 1985). Historier om kræft er fulde af monstre og mirakler. De rummer sygdommens vildskab, behandlingens gru og helbredelsens vidundere – som kulturanthropolog Jackie Stacey skriver: "Still one of the most dreaded diseases to haunt our imaginations, cancer is more than an illness - it is a cultural phenomenon" (Stacey 1997:i).

Binderkrantz's medieanalyse fremmer bevidst forestillingen om, at Kræftens Bekæmpelse er en aktør, der handler på egen hånd; men kobler man de historiske og kognitive perspektiver sammen, er det måske mere nærliggende at se *Minder* som den egentlige vektor for akut kræft i Danmark. Sperber påpeger, at det er

mekanismer som ovenstående, det vil sige udvekslingen af bestemte kognitive elementer, der definerer en institution:

»An institution is the distribution of a set of representations which is governed by representations belonging to the set itself. This is what makes institutions self-perpetuating” (Sperber 1985:87).

Heri ligger en mere relationel forståelse af magt, hvor udbredelsen af patienthistorier får en selvforstærkende effekt på Kræftens Bekæmpelse (Gatt 2013). Det er distributionen af minder (tilsigtet som utilsigtet), der skaber den brede interesse og varige identifikation med kræftramte og lægger fundamentet for patientforeningens magt.

Levealder

Levealder betegner en vektor, hvis indflydelse forklares ved at forene biologisk, demografisk og sociologisk viden om mennesker og kræft. Dét at opleve kræft er overvejende aldersbetinget. Forekomsten af kræft stiger eksponentielt med alderen (Campisi 2003). I starten er væksten lav, og først omkring midtpunktet af menneskets maksimale levetid ser man for alvor celleforandringer. Mennesker udvikler således typisk kræft i 50-60-årsalderen, men forekomsten eskalerer først for alvor ved 80-årsalderen. I Danmark forventes hver tredje at få kræft, inden de er fyldt 75 år, og hver fjerde forventes at dø af kræft. Dermed har de fleste danskere også en personlig fortælling om kræft.

Kobler vi biologien med demografien, får vi forudsigelsen om, at antallet af nye kræfttilfælde på verdensplan vil stige 75 procent fra 12,7 millioner årligt i 2008 til 22,2 millioner i 2030 på grund af længere levealder (Bray et al. 2012). Kræft vil uundgåeligt blive et mere og mere udbredt fænomen, jo ældre befolkningerne bliver.

Kobler vi biologien med viden om, hvordan mennesker grupperer sig (dvs. sociologi), kan vi teoretisk erkende, at et individ sagtens kan opleve kræft som epidemisk eller akut nærværende, hvis gennemsnitsalderen er høj i individets omgangskreds. Sådanne typer af mekanismer er – koblet med politik – formentligt én af motorerne bag bevægelser som Ældre Sagen og Yngresagen. En aldersgruppe, der betragtes som værende en særlig fremtrædende magtfaktor i dansk politik, er den store, engagerede 68’generation, der fyldte 57-64 i 2007, mens deres forældre blev 82-89, det vil sige, de nåede det biologiske vendepunkt for kræftudvikling.

Kombinationen af patologi og demografi kan således i sig selv have medført en stigning i selve mængden af erfaringer og sat en bølge af patientfortællinger i gang omkring 2007. Ved at tænke *Levealder* sammen med *Minder* kan vi måske ligefrem forstå akut-kræft-agendaen i Danmark som den kumulative effekt af en dobbelt-endemi: kombinationen af udbredte, varige celleforandringer i en aldrende befolknings kroppe og tilsvarende udbredte, varige minder i befolkningens hjerner. Denne teori er selvfølgelig udpræget spekulativ, og skal ræsonnementet gøres troværdigt, bør det forankres i viden om menneskers faktiske oplevelser, komplekse relationer og kognition (Andersen et al. 2010; Andersen 2010; Delvecchio Good et al. 1990; Kleinman 1995; Stacey 1997).

Kulturel polaritet

Som ofte påpeget i medicinsk antropologi er specifikke sygdomsdiskurser ofte født ind i eller præget af mere generelle kulturelle mønstre og tendenser (Delvecchio Good et al. 1990; Martin 1994). Vektoren *Kulturel polaritet* betegner en sådan generel, kulturel tendens.

I den periode, hvor der blev givet milliarder til kræft i Danmark, herskede der en splittet stemning af økonomisk optimisme og frygtpolitik. Boom-tiden før finanskrisen kræver næppe uddybning, men illustreres meget godt af citatet »*over tid ender det med, at vi ejer hele verden*«, som daværende finansminister Thor Pedersens kom for skade at sige under fremlæggelsen af finansloven for 2007, den 29. august 2006. I det finanslovsforslag, der blev fremlagt i 2007, vandt sundhedsområdet »*kampen om milliarderne*» (Pedersen 2007). Udspillet blev af økonomer kritiseret for at true den danske økonomi og få den til at køre af sporet.

Frygtpolitik er et mere kompliceret begreb, som benyttes af filosoffer og sociologer til at udtrykke en bevægelse i politik fra ideologi til biologi (Andersen 2007; Høilund 2010; Klein 2007; Rabinow & Rose 2006; Rose 2007). Hvor den klassisk-moderne politik bygger på afvisning af skæbnens almagt, så bygger frygtpolitik på følelsen af skæbnens åg. Terror er præcis følelsen af ikke at have kontrollen over sit eget liv, ikke at bestemme sin egen skæbne. Således har man set politikker skifte fra at ville 'det gode' til at ville undgå 'det frygtelige' (Høilund 2010; Krohn & Rendix 2007). Naomi Klein går endnu videre i sin argumentation og hævder, at den neoliberale kapitalisme udnytter eller ligefrem provokerer katastrofer for at tilbyde neoliberalismens »chokterapi« (Klein 2007).

I Danmark har frygtpolitik manifesteret sig i behovet for (forsvars)handlinger som for eksempel krigen mod terror i Afghanistan og Irak; stramninger af ud-

lændingeloven; indskrænkninger af frihedsrettigheder i forbindelse med terrorlovgivning; kniv- og blåafbrændingsforbud samt folkeskolereformen efter Pisaundersøgelsen. Det er nærliggende at placere akut-kræft-agendaen og *Aftalen om akut handling* i samme kategori, dels ud fra et retorisk perspektiv (akut kræft ånder af frygt), men også politisk, idet aftalen er blevet fremhævet som en konsekvens af politisk velvilje (Johnsen 2007; Laursen et al. 2008). Skal den påstand foldes en anelse mere ud, kunne man påpege, at kræftplanerne ikke bare har sikret milliarder til sundhedsområdet i nullerne, men også fremmet liberale strategier som frit sygehusvalg og skabt et marked for private udbydere, når det offentlige sygehusvæsen ikke kunne overholde ventetidsgarantierne (Probst et al. 2012; Vedsted & Olesen 2011). Planerne har også fremmet mere regulering og overvågning i sundhedsvæsenet, end politikere og administratorer hidtil har haft held til at indføre (Laursen et al. 2008; Møller & Dourish 2010; Møller & Bjørn 2011; Vinge et al. 2012).

Konkluderende perspektivering

Et mål med denne artikel har været at forklare, hvorfor kræft blev rammesat som akut sygdom i Danmark i nullerne – et andet at forstå selve muligheden for pludselige ændringer i opfattelsen af ikke-smitsomme sygdomme som kræft. De fire vektorer understreger først og fremmest, at flere ulige mekanismer gjorde sig gældende. Tilsammen giver de et billede af en niche, hvor akut kræft kunne trives (Hacking 1999:82).

At akut kræft blev en lokal, dansk rammesætning i nullerne, betyder dog ikke at sygdomsopfattelsen og den tilhørende sundhedspraksis ikke findes andre steder (Nielsen & Jensen 2013; Tsing 2005). Som nævnt i begyndelsen, har opfattelsen af sammenhængen mellem tid og kræft floreret længe i den vestlige verden, og den videnskabelige uklarhed gør stadig diskursen ustabil og global omsættelig. Hvorvidt klinikere, forskere, aktivister, politikere og patienter opfatter kræft som en akut sygdom og betragter ventetid som en risikofaktor for sen diagnostik og behandling, vil afhænge af samspil og gnidninger mellem vektorer i deres felt (Gatt 2013; Hacking 1999).

Hvad angår praksis, så er delelementerne i *Aftalen om akut handling* fra 2007 heller ikke unikke danske tiltag. Flere lande har i det sidste årti omorganiseret deres sundhedsvæsen efter lignende principper for håndtering af kroniske sygdomme (Timmermann & Toon 2012; Wagner 1998; WHO 2002). I de seneste årtier har der været et stigende internationalt fokus på ændringer i den globale sygdomsbyrde

med tiltagende overvægt af patienter med kroniske lidelser som kræft, diabetes og hjerte-karsygdomme. WHO estimerer, at 60 pct. af alle dødsfald på verdensplan i dag kan tilskrives kroniske lidelser, hvilket stiller nye krav til verdens sundhedsvæsen om koordineret og varig indsats (WHO 2009). Standardiserede pakkeforløb, kontaktpersonsordning og monitorering er således alle internationalt definerede løsningsmodeller på nogle af de problemer, regeringer står overfor, når befolkninger udvikler vestlig livsstil og/eller overlever de infektionssygdomme og akutte lidelser, som biomedicinen er blevet så god til at kurere (Laursen et al. 2008; Wagner 1998; WHO 2002). Det interessante i Danmark er, at disse løsningsmodeller blev hasteindført ved at italesætte kræft – ikke som en kronisk lidelse – men som en akut sygdom.

Ser man på udviklingen i andre vesteuropæiske lande, spiller de epidemiologiske sammenligninger af cancerregistre tilsyneladende en stor rolle for reformvilligheden. Mens Danmark og Storbritannien har brugt milliarder på at ”lukke huller” i overlevelse (The Guardian 2010)⁵, har lande som Norge, Sverige og Tyskland, hvor kræftpatienterne har en høj relativ overlevelse, slet ikke haft samme fokus på akut kræft. I disse lande er der ingen aktuelle lovkrav om, hvor lang tid der må gå mellem scanning, biopsier, operation, kemoterapi og strålebehandling, som herhjemme. Man samler heller ikke systematisk data på ventetider i systemet, fordi man ikke antager, det er et problem. Man bemyndiger ikke praktiserende læger til specifikt at handle hurtigere på kræftsymptomer ved at tilbyde efteruddannelsesprogrammer i tidlig diagnostik; og man har ingen oplysningskampagner, der gør befolkningen opmærksomme på symptomer og tegn på kræft som de aktuelle danske og britiske kampagner ”Rigtige mænd går til lægen” og ”Be Clear on Cancer” (Murchie et al. 2011).

I Norge har personhistorier om uacceptabelt langsomme patientforløb dog taget til i pressen de sidste tre år. En rapport i 2010 pegede også på sen diagnostik som største risikofaktor for kræftomsorgen. Dermed har de norske myndigheder langsomt sat mere fokus på effektiv udredning og diagnostik. Det fremgår blandt andet af den spritnye kræftreform fra juni 2013, Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017 (Helse- og Omsorgsdepartementet 2013), der netop er fremlagt under stor medieopmærksomhed og med den norske Kreftforeningen i kulissen. Med vektor-modellen kan forløbet ses som et eksempel på, at Minder også har indflydelse andre steder i verden, men ikke i samme grad, når den talmæssige Tydelighed mangler.

Fremskrivninger

Var det markante fokus på akut kræft i Danmark i nullerne blot et modelune – en slags svineinfluenza blandt kulturelle epidemier, der fik stor bevågenhed trods kortvarig levetid og få konsekvenser? Det vil tiden vise, men indtil da kan de fire vektorer hjælpe os med at gisne.

Aftalen om akut handling i Danmark fremstilles fortsat som en bragende succes, hvor lederne tog teten, og klinikere og administratorer for en gang skyld stod sammen om en vellykket, national implementering (Laursen et al. 2008; Probst et al. 2012; Vinge et al. 2012). I rapporten *Erfaringerne med kræftpakkerne* peger forfatterne afslutningsvis på ledelse (afstemt fra højeste politiske niveau gennem alle led ned til afdelingsniveau) som den fremadrettede nøgle til succes på sundhedsområdet (Vinge et al. 2012). Formanden for Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet, Per Christiansen, ser også et mægtigt potentiale for et eksporteventyr og mener, vi skal sælge kræftpakker til sundhedsvæsenet rundt omkring i verden (Christiansen 2011).

Med afsæt i de fire vektorer som betingelser for akut-kræft-agendaen i Danmark, vil jeg dog tvivle på, at den dyre og koordinationstunge løsningsmodel, der skabte succes på kræftområdet, uden videre kan eksporteres til udlandet eller danne præcedens for tilsvarende topstyring af andre sundhedsområder herhjemme. Ændringer i det format kræver udbredt overbevisning, og lige netop det fænomen er formentlig meget sjældent – måske ligefrem tilfældigt – fordi det kræver, at alle vektorer yder indflydelse i samme retning på samme tid.

Benytter vi i stedet analysen som et eksempel på, hvad hver enkelt vektor i sig selv kan bevirke, fås andre fremtidsvisioner: Hvilken indflydelse vil Tydelighed for eksempel få på sundhedsområdet? Sundhedsstatistik er grundlæggende bygget på tro, håb og velgørenhed (Hacking 1990:212). Vi beregner sandsynligheder i håbet om at bevare fællesskabet via en grænseløs forøgelse af viden, men hvad sker der med vores sygdomsopfattelser, når laviner af tal fra sundhedsvæsenets monstrøse, digitale datafangst-systemer flyder lettere og lettere i vores kollektive og kognitive systemer? Bliver vi automatisk mere talkyndige og rationelt handlende eller tværtimod resistente over for numeriske repræsentationer? Vil det, jeg i denne artikel har kaldt statistisk likviditet, skabe en slags inflation eller sygdomsbobler, hvor udviklingen på sundhedsområdet kommer mere og mere til at ligne de finansielle markedsconjunkturer, der ligeledes er styret af et uendeligt håb og desværre begrænsede ressourcer? Vil vi se hyppigere opsving og kriser – med an-

dre ord kulturelle epidemier – i måden at opfatte og behandle kroniske sygdomme på?

Noter

- ¹Jeg vil gerne takke redaktørerne og de anonyme reviewere fra Tidsskrift for Sygdom og Samfund for mange gode råd til forbedring af manuskriptet, samt mine kollegaer for inspiration, hjælp og sparring. Sidst men ikke mindst vil jeg gerne takke CaP, MiFuHuk, EPICENTER og disse tre forskningsmiljøers bevillingsgivere (Kræftens Bekæmpelse, Novo Nordisk Fonden og Aarhus Universitets Forskningsfond) for at skabe rum for idéer, forskning og fordybelse.
- ²I artiklen benyttes ordet "relativ overlevelse" (se definition i note 4) kun i omtalen af studier, der sammenligner kræftpatienters prognose på tværs af lande, mens "dødelighed" (se definition i note 3) kun benyttes i omtalen af specifikke studier af sammenhængen mellem ventetid og dødelighed blandt kræftpatienter.
- ³Dødelighed er ikke et specielt præcist udtryk. Det fortæller f.eks. ikke, hvornår forskerne starter og stopper uret. I de fleste studier estimeres en mortalitetsrate eller hazard rate som funktion af tid til udredning eller behandling. Det udtrykker som regel den relative forskel i dødelighed 1, 3 eller 5 år efter kræftdiagnosen blev stillet blandt grupper af kræftpatienter med f.eks. kort versus lang ventetid.
- ⁴Relativ overlevelse er defineret som den observerede overlevelse for en gruppe patienter divideret med den forventede overlevelse for en tilsvarende gruppe personer i befolkningen, der ikke har den pågældende kræftdiagnose, men ellers har samme karakteristika som gruppen af patienter med hensyn til køn, alder og kalendertid på diagnostetidspunktet. Det kan tolkes som sandsynligheden for at en kræftpatient overlever, hvis man ser væk fra andre dødsårsager. NORDCAN bruger generelt kohorte-overlevelsesmetoder og følger patienter med hensyn til død i 1 eller 5 år efter diagnose, for bryst og prostatakraft desuden 10 år (Association of the Nordic Cancer Registries 2010).
- ⁵Den engelske premierminister David Cameron udtalte til avisen The Guardian d. 3. oktober 2010: »I absolutely want to close that gap and the announcement today is part of that«. Ifølge avisen har Cameron forpligtet sig på at bringe "UK cancer survival rates up to those in the best-performing European countries – potentially saving 5,000 to 10,000 lives a year" (The Guardian 2010).
- ⁶Baseret på medlemstal og befolkningstal fra 2011 (kilde: Kræftens Bekæmpelse og Danmarks Statistik).
- ⁷Det bør nævnes, at Thor Pedersens blev fejlciteret af DR2, der rev udtalelsen ud af en sammenhæng, hvor han faktisk udtrykte forbehold for de langsigtede økonomiske fremskrivningsmodeller, som så yderst positive ud – dengang.

Referencer

- Aagaard, P., Felsby, O., Chéret, H., Jensen, K., Tveden, & Albinus, N. (2007, 18.01.2007). Magtens top 100: Højdespringere. *Dagens Medicin*, pp. 17.
- Agar, M. (1996). Recasting the »Ethno« in »Epidemiology«. *Medical Anthropology*, 16(4), 391-403.
- Agar, M. (2004). An Anthropological Problem, A Complex Solution. *Human Organization*, 63(4), 411-418.
- Ahrensberg, J. M. (2012). *Childhood cancer in primary care: From symptom to treatment*: PhD dissertation. Aarhus: Faculty of Health Sciences, Aarhus University.
- Andersen, L. E. (2007). Sårbarhedens retorik som apokalypse: Postmoderne terrorisdiskurs i Amerika. In J. Krohn, & M. Rendix (Eds.), *Apokalypsens Amerika*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Andersen, R. S., Paarup, B., Vedsted, P., Bro, F., & Soendergaard, J. (2010). 'Containment' as an analytical framework for understanding patient delay: A qualitative study of cancer patients' symptom interpretation processes. *Social Science & Medicine* (1982), 71(2), 378-385.
- Andersen, R. S. (2010). Anthropological perspectives on the bio-medically defined problem of 'patient delay'. In S. Fainzang, H. E. Hem & M. B. Risør (Eds.), *The taste for knowledge: Medical anthropology facing medical realities* (pp. 258). Aarhus: Aarhus University Press.
- Aronowitz, R. A. (2001). Do Not Delay: Breast Cancer and Time, 1900-1970. *The Milbank Quarterly*, 79(3), 355-386.
- Association of the Nordic Cancer Registries. (2010). *NORDCAN*. Retrieved 11/30, 2010 from <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/english/frame.asp>
- Binderkrantz, A. S. (2012). *Interesseorganisationer i politiske arenaer: Resultater fra et forskningsprojekt*. Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Binderkrantz, A. S., & Christiansen, P. M. (2013). Making it to the news: Interest groups in the Danish media. In F. Oehmer (Ed.), *Politische Interessenvermittlung und Medien. Funktionen, Formen und Folgen medialer Kommunikation von Parteien, Verbänden und Sozialen Bewegungen*. Nomos Publisher.
- Bjerager, M. (2006). *Delay in diagnosis and treatment of lung cancer*: PhD thesis. Aarhus: Research Unit for General Practice, University of Aarhus.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice* (Reprinted ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bray, F., Jemal, A., Grey, N., Ferlay, J., & Forman, D. (2012). Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): A population-based study. *The Lancet Oncology*, 13(8), 790-801.
- Campisi, J. (2003). Cancer and ageing: Rival demons? *Nature Reviews. Cancer*, 3(5), 339-349.
- Cancer Genome Atlas Research Network. (2008). Comprehensive genomic characterization defines human glioblastoma genes and core pathways. *Nature*, 455(7216), 1061-1068.
- Christensen, L. H., Engholm, G., Ceberg, J., Hein, S., Perfekt, R., Tange, U. B. et al. (2004). Can the survival difference between breast cancer patients in Denmark and Sweden 1989 and 1994 be explained by patho-anatomical variables? A population-based study. *European Journal of Cancer*, 40(8), 1233-1243.
- Christiansen, P. (2011). Stort potentiale for eksporteventyr. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvesen*, April, 3.

- Coleman, M. P., Forman, D., Bryant, H., Butler, J., Rachet, B., Maringe, C. et al. (2011). Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): An analysis of population-based cancer registry data. *Lancet*, 377(9760), 127-138.
- Coleman, M. P., Gatta, G., Verdecchia, A., Esteve, J., Sant, M., Storm, H. et al. (2003). EURO-CARE-3 summary: Cancer survival in Europe at the end of the 20th Century. *Annals of Oncology*, 14, 128-149.
- Delvecchio Good, M. J., Good, B. J., Schaffer, C., & Lind, S. E. (1990). American Oncology and the Discourse on Hope. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14(1), 59-79.
- Engeland, A., Haldorsen, T., Dickman, P. W., Hakulinen, T., Moller, T. R., Storm, H. H. et al. (1998). Relative survival of cancer patients--a comparison between Denmark and the other Nordic countries. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, 37(1), 49-59.
- Engeland, A., Haldorsen, T., Tretli, S., Hakulinen, T., Horte, L. G., Luostarinen, T. et al. (1995). Prediction of cancer mortality in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010, on the basis of relative survival analysis. A collaborative study of the five Nordic cancer registries. *APMIS. Supplementum*, 49, 1-161.
- Engholm, G., Kejs, A. M., Brewster, D. H., Gaard, M., Holmberg, L., Hartley, R. et al. (2007). Colorectal cancer survival in the Nordic countries and the united kingdom: Excess mortality risk analysis of 5 year relative period survival in the period 1999 to 2000. *International Journal of Cancer. Journal International Du Cancer*, 121(5), 1115-1122.
- Frank, L. (2003). Epidemiology. The Epidemiologist's Dream: Denmark. *Science*, 301(5630), 163.
- Frank, L. (2000). Epidemiology. When an Entire Country is a Cohort. *Science*, 287(5462), 2398-2399.
- Fujimura, J. H. (1988). The molecular biological bandwagon in cancer research: Where social worlds meet. *Social Problems*, 35(3, Special Issue: The Sociology of Science and Technology), 261-283.
- Gatt, C. (2013). Vectors, direction of attention and unprotected backs: Re-specifying relations in anthropology. *Anthropological Theory*, 13(4), 347-369.
- Gatta, G., Capocaccia, R., Sant, M., Bell, C. M., Coebergh, J. W., Damhuis, R. A. et al. (2000). Understanding variations in survival for colorectal cancer in Europe: A EURO-CARE high resolution study. *Gut*, 47(4), 533-538.
- Greenland, S., & Poole, C. (2011). Problems in common interpretations of statistics in scientific articles, expert reports and testimony. *Jurimetrics*, 51(2), 113-129.
- Hacking, I. (1999). *Mad Travellers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. London: Free Association Books.
- Hacking, I. (1990). *The Taming of Chance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hansen, R. P. (2008). *Delay in the diagnosis of cancer: Doctoral dissertation*. Aarhus: Research Unit for General Practice, Faculty of Health Sciences, Aarhus University.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2013). *Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017*
- Høiland, P. (2010). *Frygtens ret* (1. udgave ed.). København: Hans Reitzel.
- Jensen, A. R., Garne, J. P., Storm, H. H., Engholm, G., Moller, T., & Overgaard, J. (2004). Does stage at diagnosis explain the difference in survival after breast cancer in Denmark and Sweden? *Acta Oncologica*, 43(8), 719-726.

- Jensen, A. R., Mainz, J., & Overgaard, J. (2002). Impact of delay on diagnosis and treatment of primary lung cancer. *Acta Oncologica*, 41(2), 147-152.
- Jensen, A. R., Nellemann, H. M., & Overgaard, J. (2007). Tumor progression in waiting time for radiotherapy in head and neck cancer. *Radiotherapy and Oncology: Journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*, 84(1), 5-10.
- Jensen, C. B. (2012). The presentations: 'The task of anthropology is to invent relations'. *Critique of Anthropology*, 32(1), 47-53.
- Jensen, C. B. (2010). *Ontologies for developing things: Making health care futures through technology*. Rotterdam, The Netherlands: Sense Publishers.
- Jensen, U., & Rasmussen, H. S. (2008). Hvorfor akut kræft - faglig erkendelse eller patientoprør? *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvesen*, 84, 8-10.
- Johnsen, P. P. (2007, 31.08.2007). Alting forandret. *Weekendavisen*, pp. 4.
- Klein, N. (2007). *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism* (1. ed. ed.). New York: Metropolitan Books/Henry Holt.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Korsgaard, M. (2005). *Diagnostic delay, symptoms, and stage of colorectal cancer: Population-based observational studies in Denmark*. Faculty of Health Sciences, Aarhus University, Aarhus.
- Krohn, J., & Rendix, M. (Eds.). (2007). *Apokalypsens Amerika*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Larsen, M., Bach. (2012). *Diagnosing cancer in a time of change: From delay to fast track*: Ph.D. dissertation. Aarhus: Faculty of Health Sciences, Aarhus University.
- Latour, B. (1999). *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Laursen, S. W., & Knudsen, J. L. (2009). Monitorering af kvalitet i kræftpatienters forløb. *Ugeskrift for Læger*, 171(21), 1769-1772.
- Laursen, S. W., Jørgensen, S. J., & Lehmann, J. K. (2008). Regulering i relation til kronisk sygdom og kræft som akut sygdom. In J. L. Knudsen, M. E. Christensen & B. Hansen (Eds.), *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvesen* (1. udgave ed.) (pp. 147-170). København: Nyt Nordisk Forlag.
- Mackie, J. L. (1988). *The Cement of the Universe: A Study of Causation*. Oxford: Clarendon.
- Marcus, G. E. (1998). *Ethnography Through Thick and Thin*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Martin, E. (1994). *Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture - From the Days of Polio to the Age of AIDS*. Boston: Beacon Press.
- Møller, H., Linklater, K. M., & Robinson, D. (2009). A visual summary of the EURO CARE-4 results: A UK perspective. *British Journal of Cancer*, 101 Suppl 2, S110-4.
- Møller, N. H., & Dourish, P. (2010). Coordination by avoidance: Bringing things together and keeping them apart across hospital departments. Paper presented at *the Proceedings of the 16th ACM international conference on supporting group work* (GROUP '10).
- Møller, N. H., & Bjørn, P. (2011). *Layers in Sorting Practices: Sorting Out Patients with Potential Cancer*. Springer, Netherlands.
- Murchie, P., Johansson, L., Delaney, E. K., Dinant, G. J., Rollano, P., Spigt, M. et al. (2011). European differences in cancer survival: Report of an international symposium of general

- practitioners from three countries exploring primary and secondary care delay. *Quality in Primary Care*, 19(4), 255-262.
- Neal, R. D. (2009). Do diagnostic delays in cancer matter? *British Journal of Cancer*, 101 Suppl 2, S9-S12.
- Nielsen, A., & Jensen, C. B. (2013). Travelling Frictions: Global Disease Self-Management, Local Comparisons and Emergent Patients. *Science & Technology Studies*, 26(2), 61-79.
- Nørgaard, M. (2007, 09-10-2007). Min mand døde, mens han ventede. *Ekstra Bladet*, pp. 16.
- Olesen, F., Hansen, R. P., & Vedsted, P. (2009). Delay in diagnosis: The experience in Denmark. *British Journal of Cancer*, 101 Suppl 2, S5-8.
- Olsson, J. K., Schultz, E. M., & Gould, M. K. (2009). Timeliness of care in patients with lung cancer: A systematic review. *Thorax*, 64(9), 749-756.
- Pedersen, F. S. (2007, 29.08.2007). Finanslovsforslaget: Sundhedsområdet vinder kampen om milliarderne. *Berlingske Tidende*, pp. 13.
- Pedersen, H., & Bagge, T. (2013, 11-04-2013). Opdag de skjulte tegn på kræft. *BT*, pp. 22-23.
- Pickstone, J. (2012). Radicalism, Neoliberalism and Biographical Medicine: Construction of English Patients and Patients Histories around 1980 and now. In C. Timmermann, & E. Toon (Eds.), *Cancer Patients, Cancer Pathways. Historical and Sociological Perspectives* (pp. 230-255). Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Pollissar, L., Sim, D., & Francis, A. (1981). Survival of colorectal cancer patients in relation to duration of symptoms and other prognostic factors. *Diseases of the Colon and Rectum*, 24(5), 364-369.
- Probst, H. B., Hussain, Z. B., & Andersen, O. (2012). Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians – a national Danish project. *Health Policy*, 105(1), 65-70.
- Pruitt, S. L., Harzke, A. J., Davidson, N. O., & Schootman, M. (2013). Do diagnostic and treatment delays for colorectal cancer increase risk of death? *Cancer Causes & Control*, 24(5), 961-977.
- Rabinow, P., & Rose, N. (2006). Biopower today. *BioSocieties*, 1(02), 195.
- Ramos, M., Esteva, M., Cabeza, E., Campillo, C., Llobera, J., & Aguilo, A. (2007). Relationship of diagnostic and therapeutic delay with survival in colorectal cancer: A review. *European Journal of Cancer*, 43(17), 2467-2478.
- Rasmussen, H. S. (2007). Kræft skal behandles som en akut sygdom. *Kræftens Bekæmpelse*, 14-02-2013 from <http://www.cancer.dk/stoet+os/hjaelp+frivillige/Laes+om+de+frivillige/RegionsudvalgsNyt/artikler/2007/kraeftsomakutsygd.htm>
- Regeringen (2007). Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. København: Regeringen.
- Richards, M. A. (2009). The size of the prize for earlier diagnosis of cancer in England. *British Journal of Cancer*, 101(Suppl 2), S125-9.
- Richards, M. A., Westcombe, A. M., Love, S. B., Littlejohns, P., & Ramirez, A. J. (1999). Influence of delay on survival in patients with breast cancer: A systematic review. *Lancet*, 353(9159), 1119-1126.
- Ringgaard, A. (2012, 31-10-2012). Kræftens Bekæmpelse er mediernes kæledægge. *Videnskab.dk*.
- Robinson, K. M. (2010). *Diagnostic delay among gynecological cancer patients: Distribution and consequences of delay in diagnosis: PhD thesis*. København: Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen.

- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rosenberg, C. E., & Golden, J. L. (1992). *Framing Disease: Studies in Cultural History*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Rothman, K. J. (1976). Causes. *American Journal of Epidemiology*, 104(6), 587-592.
- Rupassara, K. S., Ponnusamy, S., Withanage, N., & Milewski, P. J. (2006). A paradox explained? Patients with delayed diagnosis of symptomatic colorectal cancer have good prognosis. *Colorectal Dis.*, 8(5), 423-429.
- Sant, M., Allemani, C., Santaquilani, M., Knijn, A., Marchesi, F., Capocaccia, R. et al. (2009). EUROCARE-4: Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. *European Journal of Cancer*, 45(6), 931-991.
- Sant, M., & Eurocare Working Group. (2001). Differences in stage and therapy for breast cancer across Europe. *International Journal of Cancer*, 93(6), 894-901.
- Skolbekken, J. (1995). The Risk Epidemic in Medical Journals. *Social Science & Medicine*, 40(3), 291-305.
- Søgaard, J. (2011). Tre kræftplaner har kostet milliarder - har vi råd? *BestPractice Onkologi*, Marts, 5-7.
- Sperber, D. (1985). Anthropology and Psychology: Towards an Epidemiology of Representations. *Man*, 20(1), 73-89.
- Stacey, J. (1997). *Teratologies: A Cultural Study of Cancer*. London: Routledge.
- Stapley, S., Peters, T. J., Sharp, D., & Hamilton, W. (2006). The mortality of colorectal cancer in relation to the initial symptom at presentation to primary care and to the duration of symptoms: A cohort study using medical records. *British Journal of Cancer*, 95(10), 1321-1325.
- Storm, H. H., Dickman, P. W., Engeland, A., Haldorsen, T., & Hakulinen, T. (1999). Do morphology and stage explain the inferior lung cancer survival in Denmark? *The European Respiratory Journal*, 13(2), 430-435.
- Storm, H. H., Engholm, G., Hakulinen, T., Tryggvadottir, L., Klint, A., Gislum, M. et al. (2010). Survival of patients diagnosed with cancer in the Nordic countries up to 1999-2003 followed to the end of 2006. A critical overview of the results. *Acta Oncologica*, 49(5), 532-544.
- Storm, H. H., Kejs, A. M., Engholm, G., Tryggvadottir, L., Klint, A., Bray, F. et al. (2010). Trends in the overall survival of cancer patients diagnosed 1964-2003 in the Nordic countries followed up to the end of 2006: The importance of case-mix. *Acta Oncologica*, 49(5), 713-724.
- Sundhedsstyrelsen (2010). *Styrket indsats på kræftområdet – et sundhedsfagligt oplæg*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2008). *Akut handling og klar besked: Generelle rammer for indførelse af pakkeforløb for kræftpatienter* (No. 7-203-02-260/1/MGJ). København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2005). *Kæftplan II: Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på Kræftområdet*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2000). *National kræftplan: Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tarde, G. (2010). *The Laws of Imitation*. Charleston: Bibliolife.
- The Guardian. (2010, 3-10-2010). David Cameron claims cancer measures could save 3,000 lives a year. *The Guardian*.

- Thompson, M. R., Heath, I., Swarbrick, E. T., Wood, L. F., & Ellis, B. G. (2011). Earlier diagnosis and treatment of symptomatic bowel cancer: Can it be achieved and how much will it improve survival? *Colorectal Disease*, 13(1), 6-16.
- Timmermann, C., & Toon, E. (Eds.). (2012). Cancer Patients, Cancer Pathways. *Historical and Sociological Perspectives*. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Tørring, M. L., Frydenberg, M., Hansen, R. P., Olesen, F., Hamilton, W., & Vedsted, P. (2011). Time to diagnosis and mortality in colorectal cancer: A cohort study in primary care. *British Journal of Cancer*, 104(6), 934-940.
- Tørring, M. L., Frydenberg, M., Hansen, R. P., Olesen, F., & Vedsted, P. (2012). Diagnostic interval and mortality in colorectal cancer: U-shaped association demonstrated for three different datasets. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(6), 669-678.
- Tørring, M. L. (2011). *Time from first presentation of symptoms in primary care until diagnosis of cancer: Association with mortality*. PhD dissertation. Aarhus: The Faculty of Health Sciences, Aarhus University.
- Tørring, M. L., Frydenberg, M., Hansen, R. P., Olesen, F., & Vedsted, P. (2013). Evidence of increasing mortality with longer diagnostic intervals for five common cancers: A cohort study in primary care. *European Journal of Cancer*, 49(9), 2187-2198.
- Tsing, A. L. (2005). *Friction: An Ethnography of Global Connection*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Vedsted, P., & Olesen, F. (2011). Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *The British Journal of General Practice*, 61(589), 508-12.
- Vestergaard, M. (Ed.). (2011). *Det sidste seje træk: Sådan kommer dansk kræftbehandling i mål*. København: Dagens Medicin Bøger.
- Vestergaard, M., Döllner, N., & Torpegaard, H. (Eds.). (2010a). *Det danske paradoks: Debatbog om kræftbehandlingen*. København: Dagens Medicin Bøger.
- Vestergaard, M., Döllner, N., & Torpegaard, H. (2010b). Sundhedsøkonom Jes Søgaard, direktør for Dansk Sundhedsinstitut: Jeg savner et regnskab over, hvad kræftpengene er gået til. In M. Vestergaard, N. Döllner & H. Torpegaard (Eds.), *Det danske paradoks: Debatbog om kræftbehandlingen* (pp. 43-52). København: Dagens Medicin Bøger.
- Vinge, S., Rahbæk, A. E., Albæk, J., & Martedal, A. (2012). *Erfaringer med kræftpakker: Fra intentioner til implementering i praksis*. København: Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4.
- Weller, D., Vedsted, P., Rubin, G., Walter, F. M., Emery, J., Scott, S. et al. (2012). The Aarhus statement: Improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *British Journal of Cancer*, 106, 1262-1267.
- WHO. (2009). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action*. Geneva: World Health Organization.