

## **Lægers mistanke om kræft:**

### **En antropologisk undersøgelse af kræftudredningen i dansk almen praksis**

**Benedikte Møller Kristensen**

I Danmark har nationale kræftpakker det seneste årti sat fokus på tidlig diagnostik af kræft ved bl.a. at implementere kliniske guidelines til kræftudredning i almen praksis for at sikre tidlig udredning af patienter med såkaldte alarmsymptomer og uspecifikke symptomer på kræft (Ingeman 2015). Selvom kliniske guidelines kan medvirke til, at nogle patienter med kræft bliver opdaget tidligere, har medicinsk forskning vist, at kræftudredning alene baseret på kliniske guidelines kan føre til kvalitetsafvigelse i kræftudredningen (Jensen 2015a; 2015b). Medicinske studier har endvidere konstateret, at alarmsymptomer og uspecifikke symptomer på kræft er alment forekommende i befolkningen og dermed har en lav prædiktiv værdi (Elnegaard 2015; Jones 2007; Nørrelund 1997), mens lægens mistanke om eller såkaldte ”mavefornemmelse” (Stolper 2009) for om en given patient har kræft, har en relativ høj prædiktiv værdi (Hamilton 2009a; Hjertholm 2014a; 2014b; Ingeman 2015). Ovenstående studier kan dog ikke forklare, hvad lægens såkaldte ”mavefornemmelse” er og hvordan den vækkes i den diagnostiske proces, herunder hvordan det nutidige biomedicinske og sociopolitiske fokus på tidlig diagnostik påvirker alment praktiserende lægers fornemmelse for kræft. På baggrund af tolv måneders antropologisk feltarbejde i tre forskellige almen praksis i Region Sjælland vil projektets forsker undersøge, hvordan alment praktiserende lægers mistanke om og fornemmelse for kræft formes af de sociopolitiske og kulturelle kontekster samt den biomedicinske kultur, som omgiver nutidig dansk almen praksis.

Sociologen Sarah Nettleton (2008) har vist, at modernisering og regulering af det britiske sundhedsvæsen har ført til en ændring i de former for viden, som læger gør brug af i deres diagnostiske praksis. Nettleton beskriver, hvordan implementeringen af kliniske retningslinjer for medicinsk praksis og audits til kvalitetsvurdering har betydet, at lægers kliniske ræsonnement i mindre grad bygger på deres erfaring og såkaldte ”tavse viden”, da de i stigende grad føler sig forpligtet til at handle i overensstemmelse med kliniske retningslinjer. Vender vi blikket mod det danske sundhedsvæsen foreslår antropologen Rikke Sand Andersen (2017a; 2016) at det nutidige fokus på tidlig diagnostik af kræft, udtrykt eksempelvis i sundhedskampagner rettet mod at skærpe befolkningen og lægers opmærksomhed omkring alarmsymptomer og uspecifikke symptomer på kræft, kan medføre en form for sygdomssensibilisering, som gør det sværere for befolkningen at skelne mellem det normale og det potentielt patologiske. Sygdomssensibilisering forstås her som en form for ”embodied subjunctivity” (Andersen 2017a), som refererer til et erfaringsmæssigt mulighedsrum kendetegnet ved en usikkerhed og ”hvad nu hvis” tilstand overfor kropslige

fornemmelser og tegn aktualiseret af nutidige danske sociopolitiske og kulturelle diskurser om tidlig diagnostik. I forskningen mangler der dog viden om, hvorvidt og hvordan danske alment praktiserende lægers kliniske blik og hermed fornemmelse for kræft også sensibiliseres af en nutidig dansk biomedicinsk kultur præget af kampagner og regulativer på kræftområdet.

Sociologer og antropologer har vist, at lægers kliniske blik ikke alene guides af biomedicinske principper, men formes af de teknologier og diskurser, som karakteriserer vestlig biomedicin (Foucault 1973) samt af de medicinske "kulturer", forstået som nationale, regionale, etniske eller medicinske kontekster, som en given lægelig praksis er forankret i og som en given læge er socialiseret i (Good 1994; Roepstorff 2009). På kræftområdet har den globale udvikling i biomedicinske teknologier afstedkommet en ny epidemiologisk søgen efter at identificere tidlige symptomer på kræft og afstedkommet en kontinuerlig udvidelse af de kropslige fornemmelser og tegn, der klassificeres som potentielle symptomer på kræft, som lokalt har medført en øget standardisering af kræftdiagnostik (Andersen 2017a; Hamilton 2009b; Jones 2007).

Antropologen Christina Grasseni (2009) har påpeget, at implementering af globale teknologier og nationale regulativer i lokale praksisfællesskaber fordrer en særlig "kultivering af opmærksomheden" (Gibson 1979), som kan danne grobund for specifikke former for faglært beskuelse. Inspireret af fænomenologiske studier (Grasseni 2009; Ingold 2000) samt af den "sensoriske vending" (Howes 2003) i antropologien, herunder nyere sensorisk orienteret medicinsk antropologi (Hinton 2008; Andersen 2017b, Roepstorff 2009), som har sat fokus på hvordan det sensoriske konstitueres historisk og sociokulturelt, ønsker dette projekt at undersøge, hvordan alment praktiserende lægers oplæring i en nutidig almen medicinsk fagkultur præget af guidelines former lægens såkaldte faglærte beskuelse.

Post.doc forskningsprojektets overordnede fokus er således på, hvordan alment praktiserende lægers mistanke om kræft etableres i den diagnostiske proces og formes af de sociokulturelle kontekster og den biomedicinske kultur som omgiver dansk almen praksis med fokus på følgende forskningsspørgsmål:

1. Hvordan etableres lægens mavefornemmelse i den diagnostiske proces i dansk almen praksis, herunder hvad er det i det kliniske møde som vækker eller svækker lægens mistanke om kræft?
2. Hvad betyder samspillet mellem læge og patient for om lægens mistanke om kræft vækkes, forstærkes eller svækkes?
3. Hvordan anvender alment praktiserende læger sundhedsstyrelsens vejledninger om kræftdiagnostik i deres kliniske arbejde, herunder hvilken rolle spiller ovenstående vejledninger for om lægens mistanke om kræft vækkes, forstærkes eller svækkes?

## Kræftudredning i almen praksis

I Danmark spiller den alment praktiserende læge en central rolle i kræftudredningen, eftersom over 80 % af alle patienter diagnosticeret med kræft starter deres udredning i almen praksis (Ingemann 2015). Danske alment praktiserende læger diagnosticerer gennemsnitlig otte patienter med kræft om året, men møder dagligt flere patienter med såkaldte alarmsymptomer eller uspecifikke symptomer på kræft (Andersen 2015). Lægens diagnostiske udfordring består således i at afgøre, hvornår alment forekommende kropslige fornemmelser og tegn, såsom træthed, vægttab og appetitløshed, skal rejse lægens mistanke om kræft og hvornår de skal betragtes som udtryk for normale kropslige udtryk og forandringer.

Mange biomedicinske og samfundsvidenskabelige studier af kræftudredningen i almen praksis har haft fokus på diagnoseforsinkelser (Barret 2006; 2008; Chapple 2004; Cockburn 2003; Macleod 2009; Olesen 2009; Ott 2009; Vedsted 2009). Denne forskning har bidraget med vigtig information om distributionen og beskaffenheden af viden om symptomer på kræft blandt patienter og læger. Begrænsningen ved ovenstående studier er dog, at de bygger på det Byron Good (1994) har kaldt en empiristisk forståelse af kroppen. I en sådan forståelse betragtes symptomer som objektive empiriske fænomener, hvis eksistens er uafhængig af patienten og lægens fortolkning af dem (Good 1994). En empiristisk forståelse af diagnostiske processer tager ikke højde for, at symptomer er generiske fænomener (Rosendal 2013), som er resultatet af fortolkningsprocesser udført i og formet af specifikke kulturelle og sociopolitiske kontekster, såsom dansk almen praksis og det danske sundhedsvæsen (Andersen 2011a; 2016; Good 1981; 1994; Rosendal 2013).

Almen praksis som medicinsk speciale er en sociokulturel kontekst der, modsat andre medicinske specialer, er karakteristisk ved, at lægen skoles i at betragte patienten som værende rask til det modsatte er bevist, eftersom populationen som opsøger almen praksis har en lav sygdomsforekomst (Risør & Olesen 2004; Vedsted 2005). Hovedfokus i almen medicin er på læge-patient interaktionen, som indebærer en vægtning af medicin som lægekunst og håndværk, hvor lægens erfaring og fornemmelse for sygdom er i fokus (Hilden 2015; Gannik 2014). Almen praksis er samtidig lokaliseret i den bredere sociopolitiske kontekst, som udgøres af det danske sundhedsvæsen, hvor statslige regulativer, såsom nationale kræftpakker, sætter epidemiologi og kliniske guidelines i hovedfokus for diagnostik. Ser vi på kræftpakkerne, synes de, grundet deres fokus på alarmsymptomer og uspecifikke symptomer på kræft, som befinder sig i kontinuummet mellem det normale og det patologiske, at skole alment praktiserende læger i at beskue det almene som potentielt patologisk. Den primære sundhedssektor og den sekundære sundhedssektor synes således at udgøre to kontekster, som formidler potentielt divergente syn på patienten, hvor

patienten i den første som udgangspunkt er rask til det modsatte er bevist, synes synet på patienten i kræftpakkerne at implicere ideen om, at patienten eller det alment kropslige potentielt er patologisk.

### **At navigere i symptomhavet**

Medicinske studier har vist, at læger ofte navigerer med deres såkaldte mavefølelse, når de konfronteres med diagnostisk usikkerhed (Stolper 2009). Lægens mavefølelse består, ifølge læge og professor William Hamilton (2009a), i identifikationen af kliniske tegn, som ikke normalt betragtes som relevante i diagnosticering af alvorlig sygdom, herunder subtile ændringer i en patients udseende eller stemmeføring. Lægers mavefølelse indebærer det man i den epidemiologiske litteratur betegner som "mønstergenkendelse", defineret som erfaringsnær og ikke-analytisk ræsonnement (Norman 2007; Stolper 2011), og det man i antropologien kalder "tavs viden" (Polanyi 1966) eller "tavs færdighed" (Grasseni 2008), karakteristisk ved at "vi ved mere end vi kan fortælle". Vi har således at gøre med en form for praksisnær viden etableret på basis af individets oplæring i og erfaring med arbejdet i et særligt "praksislandskab" (Ingold 2000). Lægers tavse viden og færdigheder er, som antropologen Tim Ingold (2000) har skrevet om færdigheder generelt, et udtryk for den særlige kultivering af opmærksomheden, som etableres via individets skoling i de praksisser, der kendetegner et specifikt praksislandskab, såsom et landskab eller en arbejdsplads.

Medicinstudiet kan betragtes som et sådant praksislandskab, hvor læger, som påpeget af antropologen Byron Good (1994), socialiseres ind i en særlig medicinsk kultur, hvormed de udvikler et såkaldt medicinske blik, dvs. en specialiseret måde at se, beskrive og tale om verden. Goods studier af lægers medicinske blik har bidraget med vigtig viden om det fortolkende aspekt ved det medicinske blik med fokus på, hvordan lidelsers betydning som sygdom konstrueres via det særlige semiotiske sprog og symbolske blik, som læger skoles i. Dette forskningsprojekt sætter som Goods studier fokus på de socialiseringsprocesser, som former alment praktiserende lægers kliniske blik, men adskiller sig fra Goods studier ved at have fokus på de mere sensoriske, snarere end de hermeneutiske, aspekter af lægens medicinske blik. Ved at fokusere på det sensoriske ønsker projektet at kaste nyt lys over, hvordan lægers skoling i de praksisser, som karakteriserer nutidig almen praksis, indebærer en særlig sensibilisering af lægers opmærksomhed.

Studier har vist, at læger via deres praktiske engagement i specifikke medicinske specialer opøver særlige sansemæssige færdigheder, herunder hvordan medicinstuderende via oplæring i brugen af stetoskop kultiverer en særlig audiologisk opmærksomhed (Rice 2010; Harris 2015) og hvordan neurologers fortolkning af hjernescanninger ikke er en ren objektiv biomedicinsk teknik, men et udtryk for neurologens særlige faglærte beskuelse, hvor neurologen navigerer hjernerummet via

medicinsk prædefinerede pejlemærker (Roepstorff 2009). Med udgangspunkt i nyere sensorisk og fænomenologisk teori (Andersen 2017a; 2017b; Ingold 2000; Grasseni 2009), undersøger projektets forsker således, hvordan alment praktiserende læger anvender deres sanseapparat til at navigere med i den diagnostiske proces, herunder hvilke pejlemærker eller mønstre som vækker lægens mistanke om alvorlig sygdom, herunder kræft.

Det er projektets foreløbige tese at også implementeringen af guidelines i kræftudredningen i almen praksis medvirker til at sensibilisere lægens faglærte beskuelse. Viden indeholdt i manualer (såsom guidelines til kræftudredning) kan, som Tim Ingold (2001) argumenterer, aldrig implementeres i en uforandret form, men vil altid formes af dens praktiske anvendelse i et konkret praksislandskab. Et praksislandskab er, ifølge Ingold (2001), formet af og former fortsat det specifikke arbejde, der udføres i dette praksislandskab. For at forstå, hvordan en nutidig biomedicinsk kultur præget af guidelines former lægers kliniske blik og praksis må vi således undersøge hvordan lægens praktiske brug af guidelines formes af lægens praksislandskab, dvs. de praksisser og aktiviteter som karakteriserer almen medicin som fag og almen praksis som lokal kontekst.

Det fokus på tidlig diagnostik af kræft som præger det nutidige danske samfund synes, som tidligere nævnt, at danne grobund for en særlig form for sygdomssensibilisering af befolkningen. Nyere dansk forskning har vist, at befolkningens sygdomssensibilisering divergerer bl.a. afhængigt af patientens sociale baggrund og sociale klasse, eftersom individets erfaring og forståelse af egne kropslige fornemmelser etableres i et komplekst samspil mellem det biologiske og sociale (Merrild 2015) og i spændingsfeltet mellem kroppen, hverdagslivet og gennemtrængende biomedicinske diskurser (Offersen 2016). På baggrund af ovenstående ønsker projektet, at undersøge, hvordan og hvorvidt lægen og patientens specifikke og potentielt forskelligartede sygdomssensibilisering også indvirker på den diagnostiske proces og etableringen af lægers mistanke om kræft. Som flere antropologiske studier har vist indebærer det kliniske møde et asymmetrisk magtforhold mellem lægen og patientens forklaringsmodeller eller narrativer, som indvirker på lægen og patientens interaktion og konstruktionen af diagnoser (Good 1994; Kleinman 1988). Dette studie vil undersøge, hvorvidt og hvordan et sådant asymmetrisk forhold også udspiller sig på det mere sensoriske plan, ved at identificere de patienttytringer og kropslige tegn som vækker, forstærker eller svækker lægens mistanke om kræft.

### **Metodisk baggrund og data produktion**

Metodisk tager projektet udgangspunkt i tolv måneders antropologisk feltarbejde i tre forskellige almen praksis i Region Sjælland, hvor der vil blive udført ca. fire måneders feltarbejde i hver enkelt praksis. Alle tre praksisser vil være lokaliseret i Holbæk kommune for at sikre en lokal afgrænsning

af projektet. Kun ved at afgrænse projektet lokalt kan forskeren sikre, at projektet kan producere dybdegående antropologisk viden om relationen mellem det nationale og det lokale i kræftudredningen i dansk almen praksis, herunder hvordan læge-patient relationen formes af den lokale kontekst.

For at opnå en forståelse af hvordan lægers mistanke om kræft opstår i den diagnostiske proces vil projektet udføre observation af det daglige arbejde i almen praksis, primært med fokus på det kliniske møde mellem læge og patient. I arbejdet med at undersøge, hvordan lægens mistanke om kræft formes i det kliniske møde er der behov for en metodologi, som kan begribe de mere sensoriske aspekter af det kliniske møde, der ikke er tilgængelige gennem klassisk antropologisk observation og interview. Projektet vil gøre brug af visuel og sensorisk antropologisk metode (Pink 2009), herunder videoptagelser af det kliniske møde, for at producere data, der både indbefatter og går udover det talte ord for at afdække og dokumentere de kommunikative (Heath & Hindmarch 2002) og mere tavse sensoriske aspekter af det kliniske møde (Pink 2001). Data som projektet vil anvende til at begribe, hvordan lægens mistanke om alvorlig sygdom vækkes, forstærkes eller svækkes gennem patienten og lægens verbale og nonverbale interaktion.

I løbet af feltarbejdet vil der blive video-optaget ca. 30 kliniske konsultationer, heraf ca. 10 optagelser i hver af de tre almen praksisser. Videoptagelserne vil danne grundlag for samtaler og interviews med læger om, hvordan mistanke om alvorlig sygdom vækkes, forstærkes eller svækkes og forhandles i det kliniske møde. Projektet vil endvidere udføre ca. 30 kvalitative interviews med læger, patienter og praksispersonale tilknyttet de tre almen praksis bl.a. med fokus på patienter og praktikers opfattelse af sygdom/sundhed og den diagnostiske proces, herunder lægers brug af forskellige teknikker (vejledninger, tests, mavefornemmelse og mønstergenkendelse) til diagnosticering. Endeligt vil projektet indsamle data om den medicinske og politiske udvikling på kræftområdet, herunder hvordan globale og nationale initiativer på kræftområdet indvirker på diagnostiske processer i dansk almen praksis.

### **Forsknings- og formidlingsplan**

Post.doc. forskeren vil have base i Primær Sundhed, Region Sjælland og vil være tilknyttet Center for forskning i Cancerdiagnostik (CAP) på Århus Universitet, hvor post.doc. forskeren vil have adgang til vejledning af antropolog og lektor Rikke Sand Andersen, samt Center for Forskning & Uddannelse i Almen Medicin på Københavns Universitet og Forskningsenheden for Almen Praksis, Region Sjælland, hvor post.doc forskeren vil have adgang til vejledning af professor i almen medicin John Brodersen. I projektperioden vil post.doc. forskeren løbende formidle, diskutere og evaluere sine resultater på møder i Region Sjælland og på forskningsseminarer på de ovennævnte forskningscentre samt via workshops og forelæsninger på internationale konferencer. Projektet vil

producere tre videnskabelige artikler i peer-reviewede internationale antropologiske eller folkesundhedsvidenskabelige tidsskrifter med det formål at etablere ny viden om, hvordan lægers mistanke om kræft forhandles og etableres i dansk almen praksis. Den første artikel vil tilvejebringe ny viden om, hvordan vi kan begribe alment praktiserende lægers mavefornemmelse for kræft ud fra et antropologisk perspektiv. Den anden artikel vil have fokus på, hvilken betydning lægen og patientens specifikke og potentielt forskelligartede sygdomssensibilisering har på om lægens mistanke om alvorlig sygdom vækkes i det kliniske møde. Den sidste artikel vil have fokus på, hvordan lægers kliniske blik sensibiliseres af regulativer og guidelines på kræftområdet.

## Etiske overvejelser

Det antropologiske feltarbejde vil blive udviklet og udført i overensstemmelse med internationale antropologiske standarder for forskningsetik formuleret af den Amerikanske antropologi sammenslutning (American Anthropological Association 2012<sup>1</sup>). I forbindelse med feltarbejdet vil de deltagende læger, samt de informanter forskeren interviewer undervejs, blive bedt om at underskrive en erklæring om informeret samtykke. For at informere patienter i de deltagende klinikker om forskningsprojektet vil der blive udarbejdet en plakat til ophæng i klinikken om projektets metode og formål. Alle deltagere i projektet vil blive anonymiseret i projektets publikationer. I forbindelse med projektopstart vil projektet blive anmeldt til Datatilsynet og den Regionale videnskabsetiske komite.

## Tidsplan

Tidsplan	Jun-Dec 2017	Jan-Dec 2018	Jan-Dec 2019
<b>Feltarbejde og datagenerering</b>	Feltarbejde planlægges og udføres	Feltarbejde udføres og data analyseres	
<b>Forskningsseminarer Og møder</b>	Forskningsseminar på CAP hver 5 uge. Møder med Primær Sundheds kræftprojektgruppe hver uge.	Forskningsseminar på CAP hver 5 uge. Møder med Primær Sundheds kræftprojektgruppe hver uge.	Forskningsseminar på CAP hver 5 uge. Møder med Primær Sundheds kræftprojektgruppe hver uge.
<b>Formidling af forskning</b>	Konference deltagelse	Konference deltagelse, fremlægge et paper (udkast til en artikel) redigere artikel og indsende til relevant tidsskrift.	Konference deltagelse, fremlægge to papers (udkast til artikler), redigere artikler og indsende til relevant tidsskrift.

<sup>1</sup> <http://ethics.americananthro.org/category/statement/>

## Litteraturliste

- Andersen, R. S. (2011) "Symptomer og 'forsinket lægesøgning' blandt kræftpatienter", *Månedsskrift for almen praksis*, 89 (10): 838-846.
- Andersen, R. S. & Vedsted, P. (2015) "Juggling Efficiency. An Ethnographic Study Exploring Healthcare Seeking Practices and Institutional Logics in Danish Primary Care Settings", *Social Science & Medicine*, 128: 239-245.
- Andersen, R. S., Guassora, A. D., Petersen, A., Brinkmann, S., Davidsen, A. S., Bro, F. (2016) "Diagnosekultur og sygdomssensibilisering", *Månedsskrift for Almen praksis*. 94 (9): 735-745.
- Andersen, R. S. (2017a) "Directing the Senses in Contemporary Orientations to Cancer Disease Control: Debating symptom research", *TFFS*, 28 (på vej til publikation).
- Andersen, R.S., Risør, M. B., & Nichter M. (2017b) "Introduction AIA – Special Issue on Sensations, Symptoms and Healthcare Seeking", *Anthropology in Action*, (på vej til publication)
- Barrett, J., Hamilton, W. (2008) "Pathways to the Diagnosis of Lung Cancer in the UK: a Cohort Study", *BMC Family Practice*, 9(1): 31.
- Barrett, J., Jiwa, M., Rose, P., Hamilton, W. (2006) "Pathways to the diagnosis of colorectal cancer: an observational study in three UK cities", *BMC Family practice*, 23(1): 15-19.
- Chapple, A., Ziebland, S., McPherson, A. (2004) "Qualitative study of men's perceptions of why treatment de-lays occur in the UK for those with testicular cancer", *The British Journal of General Practice*, 54: 25-32.
- Cockburn, J., Paul, C., Tzelepis, F., McElduff, P. and Byles, J. (2003) "Delay in seeking advice for symptoms that potentially indicate bowel cancer", *American journal of health behavior*, 27(4): 401-407.
- Elnegaard, S., Andersen, R.S., Pedersen, A.F., Larsen, P. V., Søndergaard, J., Rasmussen, S., Balasubramaniam, K., Svendsen, R. P., Vedsted, P., & Jarbøl, E. D. (2015) "Self-reported symptoms and healthcare seeking in the general population-exploring "The Symptom Iceberg"", *BMC public health*, 15 (1): 685.
- Foucault, M. (1973) *The Birth of the Clinic*. London: Tavistock.
- Gibson, J. J. (1979) *The ecological approach to visual perception: classic edition*. Boston: Houghton Mifflin.
- Gannik, D. (2004) "Fagidentitet og arbejdsvilkår i almen praksis", *Månedsskrift for praktisk lægegering*, 82: 661-71.
- Good, B. & Good M.J.D. (1981) "The Meaning of Symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice" i Eisenberg, L. & A. Kleinman (red.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. Boston: Reidel: 165-196.
- Good, B. J. (1994) *Medicine, Rationality and Experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.



- Grasseni, C. (2009) "Introduction" i Grasseni, C. (red.) *Skilled Visions: between apprenticeship and standards*. New York: Berghahn Books: 1-19.
- Grasseni, Christina. (2008) "Learning to see: practice, worldviews, skilled visions" i N.Halstead, E.Hirsch & J.Okely (red.) *Knowing How to Know: Fieldwork and the Ethnographic Present*. Oxford: Berghahn: 151-172.
- Hamilton, W. (2009a) "Five misconceptions in cancer diagnosis", *The British Journal of General Practice*, 563 (59): 441-447.
- Hamilton, W. (2009b) "The CAPER studies: five case-control studies aimed at identifying and quantifying the risk of cancer in symptomatic primary care patients", *British journal of cancer*: 80-86.
- Harris, A. & Van Drie, M. (2015) "Sharing sound: teaching, learning, and researching sonic skills", *Sound Studies* 1 (1): 98-117.
- Heath, C. & Hindmarch J. (2002). "Analyzing interaction: video, ethnography and situated Conduct" i T. May (red.) *Qualitative Research in Action*, London: Sage: 99–121.
- Hinton, D. E., Howes, D., & Kirmayer, L. J. (2008). Toward a medical anthropology of sensations: Definitions and research agenda. *Transcultural Psychiatry*, 45(2), 142-162.
- Hilden, J. (2015) "Almen medicin – alment praktiserende lægers speciale", *Månedsskrift for almen praksis*, 2: 161-171.
- Hjertholm, P., Moth, G., Ingeman, M. L., & Vedsted, P. (2014a) "Predictive values of GPs' suspicion of serious disease: a population-based follow-up study", *The British Journal of General Practice*, 623 (64): 346-353.
- Hjertholm, P. & Vedsted, P. (2014b) "Praktiserende lægers mistanke om alvorlig sygdom", *Månedsskrift for almen praksis*, 92 (12): 1026-1029.
- Holmes, S. M. (2012) "The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States." *Social Science & Medicine* 74 (6): 873-881.
- Howes, D. (2003) *Sensual relations: Engaging the senses in culture and social theory*. Michigan: University of Michigan Press.
- Ingeman, M. L., Vedsted, P., Bro, F., & Murchie, P. (2015) *Non-specific symptoms and signs of cancer in general practice—access to investigation and diagnostic centres*, PhD Dissertation. Faculty of Health, Aarhus University.
- Ingold, T. (2000) *The perception of the environment: essays on livelihood, dwelling and skill*. New York: Routledge.
- Ingold, T. (2001) "From the transmission of representations to the education of attention." I H. Whitehouse, Harvey (red.), *The debated mind: evolutionary psychology versus ethnography*. Oxford: Berg Publishers: 113-153.
- Jensen, H., Nissen A., & Vedsted P. (2015a) "Hvornår er kræftudredningen ikke optimal?: svar fra 1.500 praktiserende læger", *Månedsskrift for almen praksis*, 93 (1): 46-52.

- Jensen, H. (2015b) *Implementation of Cancer Patient Pathways and the Association with More Timely Diagnosis and Earlier Detection of Cancer among Incident Cancer Patients in Primary Care*: PhD Dissertation. Faculty of Health, Aarhus University.
- Jones, R., Latinovic, R., Charlton, J., Gulliford, M.C. (2007) "Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database." *British Medical Journal*, 334:1040.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Macleod, U., Mitchell, E. D., Burgess, C., Macdonald, S., & Ramirez, A. J. (2009). "Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers." *British Journal of Cancer*, 101: 92-101.
- Merrild, C. H. (2015) *Parallel lives. Anthropological perspectives on social differences in bodily experiences of sensations and health care seeking practices*. PhD Dissertation. Faculty of Health, Aarhus University.
- Nettleton, S., Burrows, R., & Watt (2008), "Regulating Medical Bodies? The consequences of the 'modernisation' of the NHS and the disembodiment of clinical knowledge." *Sociology of Health & Illness* 30.3: 333-348.
- Norman, G., Young, M. and Brooks, L. (2007). "Non-analytical models of clinical reasoning: The role of experience", *Medical education*, 41(12): 1140-1145.
- Nørrelund, N. & Nørrelund, H. (1997) "Det anale blødningsmønster og lægesøgning". *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 75:305-10.
- Offersen, S. M. H. (2016) *Aiming for the ordinary: Exploring everyday life experiences of bodily sensations and symptoms in the Danish middle class*, PhD Dissertation. Faculty of Health, Aarhus University.
- Olesen, F., Pilegaard, R. H., & Vedsted P. "Delay in Diagnosis: the experience in Denmark." *British Journal of Cancer* 101: 5-8.
- Ott, J. J., Ullrich, A., & Miller A. B. (2009) "The importance of early symptom recognition in the context of early detection and cancer survival". *European Journal of Cancer* 45(16): 2743-2748.
- Pink, S. (2001) *An Anthropology of the Senses: Doing sensory ethnography*, London: Sage.
- Pink, S. (2007) *Doing Visual Ethnography*. London: Sage.
- Polanyi, M. (1966) *The Tacit Dimension*, London: Routledge & Kegan Paul
- Rice, T. (2010) "Learning to listen: auscultation and the transmission of auditory knowledge", *Journal of the Royal Anthropological Institute* 16: 41-61.

Risør, T. & Olesen F. (2004) "Den praktiserende læge", *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* 1(1): 59-84.

Risør M. (2011) "The Process of Symptomization. "Clinical encounters with functional disorders". I S. Fainzang & C. Haxaire (red.), *Of Bodies and Symptoms: Anthropological Perspectives on their Social and Medical Treatment*. Tarragona: URV Publications: 21–39.

Roepstorff, A. (2009) "Navigating the brainscape: When knowing becomes seeing." I Grasseni, C. (red.) *Skilled Visions: between apprenticeship and standards*. New York: Berghahn Books: 191-206.

Rosendal, M, Jarbøl, D. E., Pedersen, A. F., & Andersen, R. S. (2013) "Multiple perspectives on symptom interpretation in primary care research", *BMC family practice* 14(1): 167.

Stolper, E., van Bokhoven, M., Houben, P., Van Royen, P., van de Wiel, M., van der Weijden, T., & Dinant, G. J. (2009) "The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants." *BMC family practice* 10.1: 1.

Stolper, E., Van de Wiel, M., Van Royen, P., Van Bokhoven, M., Van der Weijden, T., & Dinant, G. J (2011) "Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning." *Journal of general internal medicine* 26(2): 197-203.

Vedsted, P., & Olesen, F. (2009) "Early diagnosis of cancer—the role of general practice", *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 27(4): 193-194.

Vedsted, P., Olesen, F., Hollnagel, H., Bro, F., & Kamper-Jørgensen F. (2005) *Almen lægepraksis I Danmark*, Århus: Tidsskrift for Praktisk lægegerning og Forskningsenheden for Almen praksis i Århus.