

Berättade fantasier om förr, nu och framtiden i vården av barn med diabetes

Gabriella Nilsson, Kristofer Hansson

Gabriella Nilsson, Docent i etnologi, Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet,
Lund. E-post: gabriella.nilsson@kultur.lu.se.

Kristofer Hansson, Docent i etnologi, Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet,
Lund. E-post: kristofer.hansson@kultur.lu.se.

Med utgångspunkt i begreppet fantasi undersöks i den här artikeln mötet mellan vårdpersonal och föräldrar vars barn helt nyligen diagnostiserats med diabetes. Genom en etnografisk analys av vårdmötesberättelser visar det sig att fantasier om förr, nu och framtiden är återkommande i processen att som förälder acceptera ansvaret för omvårdnaden av ett barn med en kronisk sjukdom. Fantasierna, som kan vara både reproduktiva och subversiva, är del i en förhandling om vad som är sjukt och friskt. De är del i den normaliseringsprocess där familjerna ska lära sig att leva med diabetes.

With the concept of fantasy it is examined in this article, the meeting between health professionals and parents of children recently diagnosed with diabetes. An ethnographic analysis of the narratives expressed in health care encounter reveals that fantasies about the past, present and future are recurrent in the process of as a parent accept responsibility for the care of a child with a chronic disease. The fantasies, which can be both reproductive and subversive, are part of a negotiation about what should be considered ill and healthy. They are part of the normalization process in which families must learn to live with diabetes.

Inledning

Fantasi är ett begrepp som omfattar allt det som en individ kan föreställa sig, skriver etnologen Angelika Sjöstedt Landén (2011, s. 287). Det pekar mot en förståelse av hur det omöjliga blir möjligt, inte bara förr och nu, utan även i framtiden. Med fantasin går det att förflytta sig i tanken till ett liv om vilket det ännu saknas egen erfarenhet och begreppet kan omfatta både reproduktiva och subversiva aspekter (Sjöstedt Landén 2012, s. 77ff, jfr Glynos 2001, s. 204ff, Wallach Scott 2011, s. 49ff). I den här artikeln är fantasi ett teoretiskt begrepp som används för att analysera mötet mellan vårdpersonal och föräldrar vars barn helt nyligen diagnostiserats med diabetes. Med fantasi avser vi de berättelser i vårdmötet som möjliggör förflyttning i tid och rum. Berättelser om förr, nu och framtiden är några av fantasiernas olika språkliga ramar. Vi tar utgångspunkt i en etnografisk metod som vill synliggöra hur både det uttalade och det outtalade får kulturell mening i den relationella kontext som vårdmötet utgör. Härigenom visar det sig att berättade fantasier är återkommande i processen att som förälder acceptera ansvaret för omvårdnaden av ett barn med en kronisk sjukdom. Berättelserna är del i en förhandling om vad föräldrarna, och barnen i de fall där de är lite äldre, föreställer sig som sjukt och friskt, levbart och icke levbart liv; en normaliseringsprocess där de ska lära sig att leva med diabetes.

Utgångspunkten är en studie av implementeringen av familjecentrerad vård, så kallad sjukhusbaserad hem-

vård, för barn som nyligen diagnostiserade med diabetes (se Tiberg 2012). Den del av studien som analyseras här bygger på observationer av vårdmöten genomförda under 2014. Sammantaget observerades möten mellan 20 familjer och yrkeskategorierna diabetes-sköterskor, barnläkare, kuratorer och dietister. I artikeln lyfter vi fram berättelser som synliggör den förhandling av upplevelser, värden och synsätt som sker under vårdmötena. Syftet är härmed att undersöka vilken funktion dessa berättelser fyller i den process som en sjukdomsdiagnos sätter igång.

Mot ett livsstilsperspektiv på diabetes

Familjecentrerad vård är en vårdform som blivit allt vanligare i svensk barnsjukvård (Tiberg 2012). Vårdformen förutsätter en ökad tilltro till föräldrars förmåga att själva identifiera och efterfråga den information de behöver för att kunna ge rätt behandling av barnets diabetes i det egna hemmet. Vårdpersonal behöver här successivt lämna över ansvaret för behandlingen till föräldrarna, och föräldrarna behöver förmås ta detta ansvar. Centralt i denna process av att förflytta ansvaret förefaller från vårdens sida vara att initiera och stödja föräldrarnas och barnens normalisering av sjukdomen. Det här innebär att familjerna ska fås att förändra sin syn på barnets diabetes från ett sjukdomsperspektiv till vad som skulle kunna kallas ett livsstilsperspektiv. Med det här perspektivet ska sjukdomen inte betraktas som något som begränsar livet, utan som en del av livet – en livsstil. Som en av

diabetesköteskorna förklarar det för en 11-årig flicka:

Du har en kronisk sjukdom, men om du är duktig och hanterar den bra så är du frisk. Det är så jag ser det. Du behöver göra vissa saker, men bortsett från det så är du frisk.

I det här exemplet använder sköterskan ordet frisk för att frammana vad vi vill definiera som en fantasi om livet med diabetes (jfr Sjöstedt Landén 2011, s. 287, 2012, s. 77ff). En fantasi där flickan visserligen *har* en långvarig sjukdom, men där hon *är* frisk – under förutsättning att hon är ”duktig” och ”gör vissa saker”, som sköterskan formulerar det. I ett livsstilsperspektiv på sjukdom sker det alltså en aktiv förflyttning av fokus från kroppen (som *har* en sjukdom) till görandet, vanan och vardagen, där flickan lever ett liv utan begränsningar från sjukdomen (*är* frisk). Härmed framstår förflyttningen av ansvaret för hanteringen av sjukdomen – från vården till familjen, från det professionella till det privata – som rimlig, görbar och nödvändig. Det är bara genom att själv ta ansvar som flickan kan leva som frisk. Vårdpersonalens berättelser om livet med en kronisk sjukdom i form av en fantasi om framtiden kan tolkas som en retorisk praktik för att frammana det ansvarstagande som krävs inom ramen för familjecentrerad vård. Berättelserna blir ett sätt att med fantasins hjälp peka ut den riktning som vården vill att familjen ska ta i sitt förhållningssätt till sjukdomen. Samtidigt synliggör de vårdens riktning mot en hembaserad vård. Fantasin, som i vår

användning av begreppet kan sägas möjliggöra en förflyttning i tanken till det ansvarstagande liv med diabetes som för familjen ännu är oprövat, avslöjar samtidigt en begränsning av antalet möjliga riktningar (jfr Howarth 2010, s. 322).

Ett annat sätt att argumentera för ökat ansvarstagande är genom att erbjuda en form av frihet i utbyte. Det här framgår till exempel i mötet mellan en kurator och en pappa, vars tonårsdotter tagit diabetesdiagnosen med fattning. Dottern har medverkat aktivt i läroprocessen och kunde redan efter någon dag på sjukhuset själva ta insulin. Pappan är emellertid orolig för att den positiva inställningen är övergående: ”Hon kommer väl få ett sammanbrott, eller hur? När allt faller samman för henne och hon känner att livet är orättvist?”. Kuratorn bekräftar pappans farhågor, men fortsätter, nu vänd till flickan:

Ja, men det är bäst att bara gilla läget utan att göra motstånd. Utan att hela tiden [med gnällig röst]: ”Måste jag ta sprutan? Måste jag ta sprutan? Jag vill inte!”. Då blir livet sjukdomen. Men om du sköter dig, då behöver det inte vara så. Då är det du som bestämmer över diabetesen, inte diabetesen som bestämmer över dig.

Liksom i exemplet ovan berättas det här fram en fantasi om ett liv som inte definieras av sjukdom. Detta under förutsättning att flickan förlikar sig med den livsstil diabetesen kräver; att hon ”gillar läget” utan att gnälla och ”sköter sig” (jfr Gustafsson 2014). Om inte, blir livet synonymt med sjukdo-

men. Föregående exempel utgick från en positiv fantasi om friskhet, men här frammanas en negativ fantasi med sjukdomen som hot. Genom en närmast sedelärande berättelse som å ena sidan varnar för en situation då livet präglas av sjukdom och å den andra öppnar för frihet genom acceptans och ansvarstagande, orienteras flickan aktivt i rätt riktning. I observationer som denna framgår att det ligger i personalens intresse att få familjerna att acceptera definitionen av frihet såsom villkorad – att normalisera fantasin om frihet *med* sjukdom istället för frihet *från* sjukdom (jfr Howarth 2010, s. 322). Diabetes är en allvarlig sjukdom som, om den inte behandlas, är livshotande för barnet. Det är först genom att föräldrarna inser och accepterar detta som det blir möjligt att överlåta ansvaret för barnens vård till dem. Men i den villkorade friheten lägger kuratorn samtidigt ett självbestämmande, ett bemäktigande – i ett livsstilsperspektiv får barnet makt över sjukdomen istället för det omvända (Nordmark & Hansson 2015).

I det här avsnittet har vi beskrivit hur ett känsloladdat ord som ”frisk” blir ett retoriskt verktyg i argumentationen för normaliseringen av diabetes som en livsstil under ansvar. Genom att frammana olika fantasier synliggör vårdpersonalen den riktning de menar att familjerna bör orientera sig mot i sitt förhållnings-sätt till sjukdomen – de linjer de bör följa. Orientering, riktning och linjer kan här förstås i filosofen Sara Ahmeds bemärkelse: det handlar om hur individen (kroppen) är orienterad i förhållande till sin omvärld genom

att röra sig i tillvaron utmed olika linjer (Ahmed 2007). ”Linjer formar tillvarons konturer, i den meningen att de fungerar som grundläggande färdleder genom vilka vi rekognoscerar i världen”, som etnologen Signe Bremer formulerar det (2011, s. 40, jfr Gunnarsson 2016). Linjerna kan förstås som upptrampade stigar för hur ett liv ska levas för att i andras, såsom vårdens, ögon uppfattas som rimligt och begripligt – i det här fallet att förhålla sig till ett liv med diabetes som en livsstil. Av föräldrar till barn som diagnostiseras med en kronisk sjukdom krävs en omorientering så till vida att de förväntas börja röra sig utmed nya linjer. I takt med att stigarna nöts ner av upprepning blir de allt mer självklara för hur individen orienterar sig i tillvaron (Ahmed 2007, s. 16f).

I observationerna finns emellertid exempel på familjer som inte nödvändigtvis accepterar orienteringen mot ett livsstilsperspektiv på diabetes. De kanske inte vill ha frihet *med* sjukdom, utan frihet *från* sjukdom. Ahmed menar att även om linjerna fungerar som något som strukturerar människors liv, så sker detta bara så länge vi fortsätter att gå utmed dem. Återkommande motståndspraktiker kan leda till att nya linjer trampas upp så att alternativa livsval möjliggörs och kommer att bli begripliga (Ahmed 2007, s. 16f). Nedan kommer vi att lyfta fram några situationer där föräldrarna inte låter nöja sig med livsstilsperspektivet, utan gör motstånd mot dess villkorade frihet genom fantasier som fungerar subversivt.

Förr, nu och i framtiden

Av observationerna framgår att fantasier om förr, nu och framtiden ingår i de berättelser om livet med diabetes som förhandlas fram i vårdmötet. Förhandlingssituationen kan inledas med att föräldrarna fantiserar om *framtiden*. Om denna fantasi inte ligger i linje med vårdens orientering kan den komma att bemötas med en motberättelse som hämtar sin kraft från personalens minnen av hur diabetesvården såg ut *förr*. Genom att berätta om hur livet med diabetes kunde se sig förr i tiden förefaller vårdpersonalen vilja neutralisera föräldrarnas (orealistiska) drömmar och föra dem tillbaka till *nuet* – till det nu där livet med diabetes är en normaliserad livsstilspraktik. Vi kommer nedan att presentera två exempel på hur en sådan förhandlingssituation kan se ut.

Först följer vi en barnläkares möte med en familj vars 3-åriga dotter diagnostiserats med diabetes. Under mötet sitter läkaren vid sitt skrivbord och föräldrarna på varsin stol utmed väggen. Dottern sitter upptagen med en surfplatta på undersökningsbritten mittemot. Vid flera tidigare möten med olika personalkategorier har vi observerat hur föräldrarna fått beröm för att de är positiva, lärlaktiga och kompetenta. Läkaren inleder mötet med att fråga hur helgen varit, samtidigt som han tittar i den anteckningsbok där föräldrarna noterat barnets blodsocker vid olika tidpunkter. Innan föräldrarna hunnit svara konstaterar han själv, genom att avläsa blodsockernivåerna i anteckningsboken, att ”allt ser ut att fungera

era hur bra som helst”. Detta konstaterande, som sannolikt syftar till att bekräfta att föräldrarna är på rätt väg, förefaller väcka starka känslor hos pappan som svarar: ”Alla säger att det går så bra, att det ser fint ut. Men vi kan inte känna det. Vi känner oss så små”. Både han och mamman blir tårögda när detta sägs. Tårarna kan ha att göra med den otillräcklighet de känner inför sjukdomen, men skulle också kunna bero på att de känner sig missförstådda. Att deras känslor och upplevelser inte ligger i linje med den styrka och kompetens som de tillskrivs av personalen.

Läkaren vänder sig nu mot föräldrarna för att bemöta deras frustration. Han säger:

Det innebär en stor förändring när ens barn blir diagnostiserat med en kronisk sjukdom. Men det kommer att bli bra! Sjukdomen kommer bara att bli en liten del av ert vardagsliv.

Här pekar läkaren ut en riktning in i framtiden där sjukdomen inte påverkar vardagen i någon större utsträckning utan blir en del av livsstilen, ett utpekande som bygger på läkarens professionella erfarenhet av att möta föräldrar i liknande situationer. Men pappan verkar inte kunna frammana en sådan fantasi i denna situation. Istället fortsätter han sin berättelse till synes utan att ha hört läkarens ord:

När vi kom hem dök det upp så många frågor. På sjukhuset var vi i en bubbla där alla hjälpte varandra, men när vi kom hem blev allt annorlunda. Kan vi ge mer insulin om hon vill ha mer mat?

Det verkar finnas olika synsätt. Finns det ens något som är rätt eller fel?

verkar det ju henne. Vi måste göra vårt yttersta hela tiden!

Pappans frågor framstår som ett uttryck för en allmän existentiell oro, men läkaren väljer att ge ett konkret behandlingsrelaterat svar: ”Ni ska inte vara rädda för att sticka henne, men inte i onödan”. Därefter inleder läkaren en egen berättelse som sannolikt syftar till att göra det enklare för föräldrarna att föreställa sig en fungerande vardag i framtiden. Till sin hjälp använder han sig av ett retoriskt förr:

Ni ska inte vara rädda. Diabetesbehandlingen nuförtiden ser väldigt annorlunda ut mot hur det var förr i tiden. Förr så förändrades hela livet. Diabetikerna behövde äta specialkost och så vidare. Behandlingen var inte så effektiv som den är idag. Nu kan livet fortsätta som vanligt även om du har diabetes. Det enda du behöver göra är att hålla koll på blodsockernivån.

Här väljer läkaren att vägleda föräldrarna i deras känslor – de ska inte vara rädda. Förr, när hela livet förändrades och behandlingen inte var så effektiv, kanske rädsla var en befogad känsla, men inte nu när livet kan fortsätta som vanligt, argumenterar läkaren.

Pappan tycks fortfarande inte riktigt ta in det läkaren säger utan fortsätter sin berättelse om föräldrarnas upplevelser och känslor:

När vi kom hem började vi tänka. Vi har verkligen försökt lära oss att förstå sjukdomen, men vi har ingen aning. Vi känner oss ensamma, sårbara och rädda. Tänk om vi gör en felbedömning? Då på-

Återigen bemöter läkaren känslouttrycket med ett konkret råd som går ut på att en drastisk förändring inte sker utan att föräldrarna hinner märka den. ”Det är viktigt att ni inte reagerar för snabbt om värdena förändras tillfälligt”. Nu bryter mamman in och fyller i pappans berättelse: ”Hemma var det extremt svårt”. Här avrundar läkaren samtalssekvensen med att återigen påminna om framtiden: ”Bara tiden kan hjälpa. Efterhand kommer ni att kunna känna tillit”. Därefter är ämnet avslutat och mötet övergår till att behandla andra frågor.

Det här exemplet synliggör att ett vårdmöte inte nödvändigtvis innebär att människor möts på ett inkännande sätt. Istället för att läkaren och föräldrarna samarbetar i frammanandet av en konstruktiv fantasi, berättas två parallella berättelser nästan helt utan förbindelse. Genom att introducera en negativ fantasi om förr, försöker läkaren få föräldrarna att orientera sig i rätt riktning, mot framtiden där deras känslor av litenhet, utsatthet och rädsla kommer att ersättas med känslor av tillit. Här menar vi att det faktum att pappan framhärdar i att berätta sin berättelse, och stöds i mammans berättande, kan ses som ett uttryck för den frustration de känner över den riktning värden vill att de ska ta – mot ett ansvarsfullt förhållningssätt till barnets diabetes som de ännu inte upplever sig vara redo för. Fram till detta möte har föräldrarna försökt orientera sig i denna riktning, gå utmed dessa linjer, men efterhand

tycks känslorna ha hunnit ikapp. Med uttalandet ”Vi måste göra vårt yttersta hela tiden!”, antyds hur orimligt de tycker det är att ansvaret för barnets behandling redan efter någon vecka läggs på dem.

Orientering, skriver Ahmed, handlar inte bara om att låta sin kropp följa vissa linjer, utan också om upplevelser av hur kroppen tar plats i rummet. Att höra hemma, att vara på rätt plats, skapar en bekvämlighet som gör det svårt att känna var gränsen mellan den egna kroppen och världen går. Det omvända förhållandet däremot, att inte höra hemma, skapar en kroppslig upplevelse av varandet i rummet som obekvämt på ett sätt som skapar desorientering och upplevelser av att vara ”urspårad” (Ahmed 2007, s. 158, Ahmed 2006, s. 157f). Det här blir tydligt i exemplet ovan. Föräldrarna har orienterat sig mot de linjer som vården påbjudit, de har försökt ta plats i rummet som kompetenta och ansvarstagande, men känner sig ändå desorienterade. De känner sig obekväma även om de till synes passar in. Det är därför viktigt att vården fångar upp den här desorienteringen och inte bara uppmärksammar hur familjerna ”ser ut” att fungera, så som det kommer till uttryck i en serie blodsockervärden nedskrivna i en anteckningsbok.

Boteberättelser

Av observationerna framgår att när föräldrar berättar om framtiden är det ofta i form av en hoppfull fantasi som handlar om bot – om liv *utan* sjukdom snarare än liv *med* sjukdom. Här är

idén om det vetenskapliga framsteget en positiv beståndsdel i fantasierna. Det är forskningen som väcker hoppet om framtida bot (jfr Brown & Michael 2003). Väl hemma från sjukhuset samlar föräldrarna själva ofta information om var diabetesforskningen befinner sig som sedan presenteras i mötet med vården (jfr Fioretos et al. 2013). Hur ser personalen på de nya rönen? Vilket tidsperspektiv kan det handla om innan resultaten kan tillämpas? Denna typ av frågor verkar kunna väcka viss otålighet hos personalen genom att de pekar i en annan riktning än den önskvärda. Istället för att vara orienterade mot ett livsstilsperspektiv på diabetes avslöjar frågorna att föräldrarna fortfarande har ett sjukdomsperspektiv. Under en observation svarar en läkare irriterat på en pappas fråga om möjligheten att förebygga diabetes:

Det finns vissa studier på tvillingar som visar en ökad risk. Men även om vi vet i förväg så finns det ju ingen behandling att erbjuda. Vi har inget att erbjuda där! Det har gjorts så mycket forskning på diabetes, men vi har fortfarande inget nytt att erbjuda! Inget som kan användas i behandlingen!

I nästa exempel följer vi en diabetes-sköterskas möte med en familj där den 7-åriga dottern diagnostiserats med diabetes. I utdraget som återges är uppmärksamheten riktad mot dottern när sköterskan pedagogiskt försöker förklara vad diabetes är:

Sköterskan, vänd till barnet: Kroppen är som en fabrik som skickar ut insu-

linnycklar. Men din fabrik fungerar inte riktigt som den ska. Du måste ta dina nycklar själv.

Pappa, också vänd till barnet: Kanske kommer den att fungera i framtiden. Man kan aldrig veta.

Sköterskan, till pappa: Inte nu. Det är en kronisk sjukdom. Den kan inte botas.

Pappa: Jag menar i framtiden. Hon kan bli bättre.

*Sköterskan: Om du tänker på forskning-
en så görs det mycket...*

Pappa: Hon kan bli frisk.

Sköterskan: Inte nu!

Pappa: Jag menar inte nu. I framtiden. Jag hoppas.

Sköterskan: Jag hoppas också. Jag hoppas! Men jag har jobbat som diabetessköterska i många år nu. Jag har sett hur mycket bättre behandlingen har blivit. Insulinet är bättre.

Mamma: Ja, allt är bättre.

I det här citatet framstår dialogen mellan sköterskan och pappan, först riktad till dottern och sedan till varandra, närmast som en debatt där sköterskan bygger sin argumentation på medicinsk kunskap och yrkeserfarenhet och pappan sin på hopp om bot. Dialogen kan förstås som en förhandling vars utgång inte är given. Med fantasin om flickans kropp som en trasig nyckelfabrik presenterar sjuksköterskan den riktning hon vill att flickan ska orientera sig mot i sitt fortsatta liv med diabetes – en livsstil av ansvarsfull behandling. Här bryter pappan in och presenterar en fantasi som pekar i en helt annan riktning – en fantasi där fabriken kan lagas.

Pappans första utsaga, ”Kanske kommer den att fungera i framtiden.

Man kan aldrig veta”, framstår inte som en direkt utmaning av sköterskans berättelse, utan snarare som en uppmuntrande twist i slutet av en lite otäck saga. Men sköterskan låter sig inte nöja med ett slut som öppnar för flera möjliga riktningar. Inledningsvis förefaller hon bli ställd av inspelet och undrar vad pappan menar. Tänker han på forskningen? När pappan inte kan presentera ett, enligt henne, rimligt argument för varför han påstår att flickan kan bli frisk i framtiden, reagerar sköterskan med ett imperativ som närmast kan förstås som tvingande – ”Inte nu!” – i syfte att förmå pappan att orientera sig i rätt riktning. Sköterskans agerande måste förstås mot bakgrund av hennes barnperspektiv och professionella ansvar för barnets behandling, där det handlar om att inte skapa orimliga förhoppningar kring sjukdomen (jfr Nordmark & Hansson 2015). Pappan ger emellertid inte med sig. Han accepterar inte sköterskans förhållningssätt att sjukdomen framförallt måste hanteras i nuet. Istället berättar han att han hoppas att hon ska bli frisk i framtiden.

Avslutning

Filosofen Insoo Hyun menar att hoppet alltid finns med som en realistisk förväntan på hur livet med sjukdom, i vårt fall barnens liv, skulle kunna utvecklas (Hyun 2013, jfr Andersen 2014). Likaså har forskningen beskrivits som en framtidsinriktad praktik med hoppet som central utgångspunkt (Brown & Michael 2003). På ett sätt kan hoppet alltså förstås som något som sammanbinder fors-

kare och patienter, men som möjligen utestänger vårdpersonalen eftersom deras arbetsuppgifter handlar om att agera utifrån den verklighet som finns här och nu. I exemplet ovan bekräftar sköterskan pappans rätt till hopp genom att själv säga sig hoppas, men i samma mening återvänder hon till nuet genom att ställa förr och framtid mot varandra som lika bristfälliga alternativ. I hennes arbete är hoppet om bot i framtiden helt enkelt inte konstruktivt. Genom en referens till hur dålig diabetesvården var förr, samtidigt som hon agerar med auktoritet i form av professionell erfarenhet i ”många år”, skapar hon en åtminstone tillfällig tillslutning i berättelsen, vilken accepteras av mamman. Problemet är löst, hotet är avvärjt och berättelsen kan återgå till ursprungläget, till den trasiga fabriken och nycklarna som flickan själv måste ta. Men exemplet synliggör även hur fantasier kan fungera subversivt genom att erbjuda motberättelser. Att föräldrar, trots vårdens erfarenheter av att möta barn med diabetes, fantiserar om bot i framtiden visar hur viktig dikotomin sjuk/frisk är i människors förståelse av ett gott liv. Hur mycket vårdpersonalen än frammanar fantasier om ett friskt liv med sjukdom, så kan föräldrarna, och sannolikt även barnen, genomskåda den här fantasin. Livet med en kronisk sjukdom är ett liv med sjukdom, vilken livsstil de än väljer.

Referenser

- Ahmed, S. (2006). *Queer phenomenology. Orientations, objects, others*. Durham/London: Duke University Press.
- Ahmed, S. (2007). A phenomenology of whiteness. *Feminist theory*, Volume 8, Issue 2, 149-168.
- Andersen, M. (2014). *A Question of Location – Life with Fatigue after Stroke*. Copenhagen: Det Humanistiske Fakultet, University of Copenhagen.
- Bremer, S. (2011). *Kroppslinjer. Kön, transsexualism och kropp i berättelser om könskonstituering*. Göteborg/Stockholm: Makadam.
- Brown, N. & Michael, M. (2003). A Sociology of Expectations: Retrospecting Prospects and Prospecting Retrospects. *Technology Analysis and Strategic Management*, Volume 15, Issue 1, 3-18.
- Fioretos, I., Hansson, K. & Nilsson, G. (2013). *Vårdmöten. Kulturanalytiska perspektiv på möten inom vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Glynos, J. (2001). The grip of ideology: A Lacanian approach to the theory of ideology. *Journal of Political Ideologies*, Volume 6, Issue 2, 191–214.
- Gunnarsson, M. (2016). *Please be patient. A cultural phenomenological study of haemodialysis and kidney transplantation care*. Lund: Lund Studies in Arts and Cultural Sciences 7.
- Gustafsson, A. (2014). *Stärkande samtal. Fyra fallstudier av invandrarfamiljers läkarbesök i barndiabetesvården*. Nordlund, 33. Lunds universitet, Institutionen för nordiska språk.
- Howarth, D. (2010). Power, discourse and policy: Articulating a hegemony approach to critical policy studies. *Critical Policy Studies*, Volume 3, Issue 3–4, 309–335.
- Hyun, I. (2013). Therapeutic Hope, Spiritual Distress, and the Problem of Stem Cell Tourism. *Cell Stem Cell*, Volume 12, Issue 5, 505–507.

tema

- Nordmark, E. & Hansson, K. (2015). Hur blir delaktighet en helhet för barn och unga? I: Hansson, K. & Nordmark, E. (red.) Att arbeta med delaktighet inom habilitering. Lund: Studentlitteratur.
- Sjöstedt Landén, A. (2011). Exploring Ideological fantasies on the Move. I: Egan Sjölander, A. & Gunnarsson, P. (red.) Tracking Discourses. Politics, Identity and Social Change. Lund: Nordic Academic Press.
- Sjöstedt Landén, A. (2012). Fantasi som diskurs-teoretiskt begrepp och etnologiskt blickfång. Kulturella perspektiv, Volym 21, Nummer 3-4, 77-83.
- Tiberg, I. (2012). The initial care when a child is diagnosed with type 1 diabetes. Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series.
- Wallach Scott, J. (2011). The Fantasy of Feminist History. Durham: Duke University Press.

Prenumerera på smt

SMT erbjuder möjligheten att prenumerera på den tryckta upplagan av tidskriften som utkommer 6 gånger per år och skickas direkt till dig per post. Intäkterna från samtliga prenumerationer används för att täcka kostnaderna för det redaktionella arbetet med bland annat skapande och utgivning av nya temanummer.

Prenumerationerna löper per helår med start från årsskiftet och priserna är:

Helår inom Sverige	600 kr (SEK)
Helår student/doktorand inom Sverige	395 kr (SEK)
Helår inom Europa	750 kr (SEK)
Helår sjukhus/företag/bibliotek	900 kr (SEK)
Helår myndigheter/universitetsbibliotek/landsting/kommuner	1 500 kr (SEK)
Medlemmar i SSF	540 kr (SEK)

Önskar du prenumerera på den tryckta tidskriften – kontakta Redaktionen (redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se) och uppge följande i e-postmeddelandet:

- Vilken typ av prenumeration som önskas
- Prenumerantens namn
- Leverans- och fakturaadress
- E-postadress