

Sjukdom, sjukroll och sjukdomsidentitet. Observationer från Lundbypopulationen.

Leif Öjesjö

Docent i psykiatri, särskilt social- och rättspsykiatri, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. E-post leif.oesjo @ stockholm.bonet.se Telefon 0732 009 903

Ett urval av 29 fall (14 män, 15 kvinnor) ur Lundbymaterialet har följts upp med intervjuer och registerdata från åren 1947 - 1997 för att studera sjukdom, sjukdomsupplevande och sjukdomsidentitet i ett livsloppsperspektiv. Fynden diskuteras i ett vidare teoretiskt och kritiskt sammanhang. Sjukdomsbegreppet kan konstateras ha flera dimensioner, medicinska, psykosociala och existentiella. Det rör sig i grunden om konkurrerande sjukdomsbegrepp, det snävare biomedicinska och det mer holistiska existentiella, där det förra vanligen har tolkningsföreträdet. Artikelförfattaren, som har tagit intryck av den franske filosofen Michel Foucault, ser det medicinska språket som en diskurs, som också har betydelse för den sjukes självbild, men som också har ideologiska effekter som ett styr- och maktmedel för sjukvård och försäkringskassa.

Michel Foucault's ideas about the medical language as discourse and Howard Waitzkin's pioneering paper about the latent functions of the sick role were models for understanding illness and illness identity in context. The study is qualitative and the life history data (N=29) were taken by purposeful sampling from the Lundby Community Cohort observed during the period 1947 - 1997. It is concluded that illness is a relative concept with several dimensions, medical, psychiatric, socio - psychological, existential (meaning-related) and cultural. Illness is also something that the sick person both adjusts and constantly relates to. Indeed, it not only impacts the relationship to one's own identity and to other people, but also to places and things in everyday life. Hence it is an important part of the making of identity in modern society, and open to both discursive and experiential interpretations. The findings have theoretical and practical implications, and for further interdisciplinary research as well as for the current Swedish debate about welfare and increasingly restricted health insurance policies.

Inledning

Den moderna högteknologiska medicinen har mestadels försummat att förstå sjukdom i en mångdimensionell biopsykosocial kontext. Med pågående snabb nedmontering av välfärden, riskerna för utanförskap och försäkringskassans alltmer restriktiva hållning till vad som räknas som ersättningsbar sjukdom är frågorna kring sjukdomsbegreppets sociala implikationer aktuella än någonsin (Hetzler et al. 2005, Thörn 2006, 2009).

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien har varit att studera sjukdom utifrån levnadsberättelser ur normalbefolkningen, den s.k. Lundbykohorten. Tidigare kunskaper har främst byggts på allmänmedicinska, beteendevetenskapliga och antropologiska studier. Det har däremot varit ovanligt med socialpsykiatriska populationsundersökningar och lång uppföljning. Ansatsen har varit tvärvetenskaplig och gränsöverskridande. Tveklöst behövs en breddning av kunskapsperspektiv och forskningsmetoder för att utforska och dokumentera olika sidor av den medicinska verkligheten, liksom för att förstå sammanhangen mellan betydelseskapande sociala och kulturella processer. Varje individs strävan efter mening måste här tillmätas betydelse för sjukdomsupplevandet (De Marinis 1995, 2003).

Studiens viktigaste frågeställningar har gällt hur förstå sjukdom och sjukdomsidentitet utifrån beskrivningar av sjukdomsförlopp och livshistoria och hur vi ska se på förhållandet mellan ”objektiv sjukdom” och ”sub-

jektiv ohälsa”; enkelt uttryckt: om skillnaden mellan att ha en sjukdom och att uppleva sig sjuk, och om hur sjukdomserfarenheten påverkar livet för den som drabbas. Fokus har varit på mera långvariga besvär, somatiska, psykosomatiska och psykiska, ofta utan klar orsak.

Material & metod

Lundbypopulationen

Essen - Möller och medarbetare beskrev ursprungligen de 2550 personer (1312 män, 1238 kvinnor), som 1 juli 1947 var mantalsskrivna i ett sydsvenskt samhälle, här kallat Lundby. Hagnells uppföljning 1957 skedde oberoende av om personerna bodde kvar i området eller om de flyttat. Bortfallet kunde i såväl Essen - Möllers som Hagnells undersökningar hållas synnerligen lågt (ca 1 %). År 1972, d.v.s. 25 år efter den första och 15 år efter den andra undersökningen, intervjuade Hagnell och Öjesjö återigen samma personer, även nu med obetydligt bortfall. Den senaste uppföljningen gjordes 1997 med likartad metod och något större bortfall (Nettelbladt et al. 2005). Hälften bodde kvar i ursprungsområdet, hälften hade flyttat, därav cirka 1/5 till storstad (mer än 100 000 innevånare), övriga till andra tätorter.

Forskningsdesign

Urvalet för den aktuella studien består av 29 informanter i åldrarna 21 - 60 år (14 män, 15 kvinnor), som deltagit i 1972- års fältstudie (T1) och som levde vid uppföljningen 1997 (T2). Antalet var inte bestämt på förhand. Fall

valdes istället genom strategiskt urval (*purposeful sampling*) (Malterud 2009) för att de bedömdes ha relevans för frågeställningarna. Uppgifterna från hela befolkningen vid T1 har kompletterats med ny information, som framkommit vid uppföljningen T2 inklusive registerdata från försäkrings-

kassan och från medicinska journaler. Tabell 1.

Intervjuerna, som var halvstrukturerade, tog cirka en timme och var fokuserade på hälso-/sjukdomsanamnes och allmän livssituation samt på viktigare händelser över tiden. Det gällde

Tabell 1. Ålder, kön, yrke och diagnoser (N=29).

| Informanter (#) | Kön M / Kv | Ålder T1 / T2 | Yrke T1 / T2 | Diagnoser T1 / T2 |
|-----------------|------------|---------------|------------------------|-----------------------|
| 1 | Kv | 43 / 68 | f-pens | neuros / ibid. |
| 2 | M | 45 / 70 | grovarb. / pens | ryggont, alk/ ibid. |
| 3 | Kv | 52 / 77 | sjvbitr / pens | Smärtsyndrom/ - |
| 4 | Kv | 52 / 77 | lantbr./ pens | depression / - |
| 5 | M | 60 / 85 | lantbr. / pens | arthros / ibid. |
| 6 | Kv | 27 / 52 | hemarb. / f-pens | kris / smärtsyndrom |
| 7 | Kv | 46 / 71 | hemarb. / f-pens | trött / st.p. fraktur |
| 8 | M | 44 / 69 | fabr.arb. / pens | infektion / - |
| 9 | M | 25 / 50 | arb.lös / fabr.arb | alkproblem / - |
| 10 | M | 26 / 51 | chaufför | ryggproblem / - |
| 11 | M | 52 / 77 | serviceman / pens | sömnpblem / - |
| 12 | M | 30 / 55 | avd.chef | asteni / - |
| 13 | M | 40 / 65 | tj.man / pens | alk.kron / (ibid.) |
| 14 | Kv | 49 / 74 | sjv.bitr / f-pens | muskelvärk / ibid. |
| 15 | Kv | 26 / 51 | aff.bitr. / arb.ledare | kris / - |
| 16 | Kv | 59 / 84 | lantarb. / pens | magsår / - |
| 17 | M | 25 / 50 | serviceman / säljare | - / - |
| 18 | Kv | 28 / 53 | fabr.arb. / arb.lös | ryggvärk / stress |
| 19 | M | 45 / 70 | vaktmästare / pens | depression / - |
| 20 | Kv | 59 / 84 | aff.exp. / pens | - / - |
| 21 | M | 21 / 46 | arb.lös / företagare | - / - |
| 22 | M | 42 / 67 | vaktmästare / pens | org.syndr. / ibid. |
| 23 | Kv | 51 / 76 | arb.lös / pens | neurasteni / - |
| 24 | Kv | 21 / 46 | f-pens | depr., missbruk / - |
| 25 | M | 60 / 85 | byggn.arb. / pens | ryggskada / ibid. |
| 26 | M | 46 / 71 | div.arb. / pens | ryggvärk, alk / - |
| 27 | Kv | 46 / 71 | div.arb. / pens | magproblem/ - |
| 28 | Kv | 27 / 52 | aff.anst. / sjuksköt. | huvudvärk / - |
| 29 | Kv | 25 / 50 | fabr.arb. / sjukbidrag | - / ledvärk |

att skapa god kontakt och vara en god lyssnare, samtidigt som informanterna inte skulle förväxla intervju-situationen med en klinisk eller terapeutisk intervju.

Analysen har varit kvalitativ och förståelseinriktad med tematisering av ”meningsbärande enheter” inom ett begränsat antal teman ur det ökade arbetsmaterialet, främst utsagor om sjukdomssymptom, sjukdomsupplevelse och sjukdomsidentitet. Tolkningarna har gjorts så förutsättningslöst som möjligt. Samma meningsbärande enhet kunde dessutom kodas under flera koder. Malteruds checklista för kvalitativa studier har här visat sig användbar (Malterud, *ibid.*, sidan 214-216). Metoden utgår också från diskursperspektivet, som är ett analytiskt begrepp som innebär särskilt fokus på hur språket är strukturerat i olika mönster - man talar exempelvis om en ”medicinsk diskurs”. ”Diskurs” kan definieras som ett bestämt sätt att tolka världen (eller delar av världen). ”Diskursanalys” är sedan på motsvarande sätt analys av dessa mönster. Genom att analysera en text, t.ex. ett intervjuutdrag eller en medicinsk journal, begränsar vi oss inte till vad som finns i själva texten, utan söker även analysera den i relation till dess kontext (Winther Jørgensen & Phillips 2000, Foucault 2008).

Forskningsetiska regler

Vid såväl T1 som T2 skickades ett informationsbrev hem till hela befolkningen för att de i förväg skulle veta vad som skulle samlas in. Principen om informerat samtycke har

varit viktig. Vid T2 lämnade de överlevande dessutom skriftligt samtycke (ett krav från etiska kommitté'n). Ur forskningsetisk synpunkt har det varit en grannlaga uppgift att ge beskrivningarna och resultatredovisningen önskad konkretion med bibehållande av anonymiteten.

Resultat

De 29 informanterna har beskrivit sina besvär utifrån den ”tolkningsrepertoar”, som de hade tillgång till. Vanligt var värk i rörelseapparaten, huvudvärk eller diffust i hela kroppen och i regel en nedsatt funktionsförmåga (11 av 29). En del hade också andra somatiska besvär t.ex. gynekologiska eller från mag-tarmkanalen eller så kunde det röra sig om långdragna förkylningar och psykosomatiska blandtillstånd (6 av 29). Ändå vanligare var trötthet, sömnproblem, stress och allmän ”krasslighet” liksom psykiska besvär med ångest, olust och depression (12 av 29). Samsjuklighet (komorbiditet) mellan psykisk störning, somatisk sjukdom och missbruk förekom också (5 av 29).

Utdrag ur rapporterna

Här följer några utdrag ur rapporterna. Informanten #6 gick hemma med småbarn och blev ”multipelsjuk” efter en skilsmässokris. Det var här lätt att utläsa ett samband mellan stress, inre spänning, uppdämd aggressivitet och somatiska besvär. När hon långt senare hade funnit sig tillrätta i ett arbete och plötsligt blev uppsagd kom en ny kris, som tillsammans med knäbesvär och gångsvårigheter ledde till sjukpension. # 19 fick en depressiv re-

aktion i samband med arbetsträning, troligen ett försämringstillstånd efter tidigare bilolycka. Hos #24 fanns en kombination av utagerande beteende och "somatiseringar" i förening med en lättare utvecklingsstörning. #2 hade alltid haft tunga jobb, som slitit på ryggen. Han hade emellertid också en alkoholism, som bidrog till sjukfrånvaron. Det fanns fler sådana fall med mer eller mindre dolda missbruksproblem.

I sjukrollsbegreppet ligger att den sjuke befrias från krav och istället får förmåner och vinster av sin sjukdom. Ett exempel från Lundbymaterialet är informanten #21, som hade en ryggåkomma och som därför befriades från värnplikten. #1 var sjukpensionerad av psykiatrin för diagnosen neuros och kunde vara hemma tack vare en "förstående" make. #6 gick sjukskriven i samband med en uppslitande skilsmässa och hade också sökt psykiatrisk vård. Samma person reagerade så krisartat, när hon senare blev uppsagd från arbetet att det ledde till ny lång sjukskrivning och så småningom förtidspension för kroniskt smärtsyndrom. Småbarnsmamman #7 hade aldrig kunnat ta semester. Hon stannade helt enkelt i sängen, när hon kände sig överansträngd. Vaktmästaren #22, som hade en ökad uttrötthet, beskrev något liknande. Arbetslösa städerskan #23 "ville inte ta fler skitjobb." Hon ville hellre ha förtidspension, men visade sig sedan kunna fungera i ett skyddat arbete inom Samhall. Alla klarar dock inte att vara föremål för rehabilitering och omskolning. Byggnadsarbetaren # 25,

som varit med om ett arbetsolycksfall, kan vara typisk. Han fick istället förtidspension.

Det fanns flera exempel på att beteendet kunde variera efter omständigheterna och över tid - som vid T1 arbetslöse # 21. Informant # 20, som varit egen företagare, ansåg inte att hon då "hade tid" att vara sjuk - först som anställd lät hos sig opereras för den höftledsarthros hon gått med länge. # 12 var vid T1 en ung man i karriären. Han ville inte bli sjukskriven utan återgick i arbete för tidigt efter influensa och utvecklade sedan vad man närmast skulle kalla ett utmattningssyndrom. # 28 var dubbelarbetande småbarnsmor. Hon var trött och gick med ständig huvudvärk, men blev inte sjukskriven, eftersom läkarna på vårdcentralen inte hittade något kroppsligt fel. Istället tog hon tjänstledigt och åkte hem till mamma i perioder för att få vila. Fabriksarbetaren # 8 blev sjuk i en kall och dragig arbetsmiljö och sökte företagshälsovården. Han blev inte heller sjukskriven. Istället var också han nödsakad att ta tjänstledigt - trodde de kanske att han simulerade?

Informanten #1 var en kvinna, som förmedlade kanske den mest påtagliga "sjukdomsidentiteten". Hon hade inte någon yrkesutbildning och hade aldrig förvärvsarbetat och fått någon yrkesidentitet, så där var inget som kunde konkurrera med hennes identitet som sjuk. Sjukvårdsbiträdet # 3 hade gått sjukskriven mer än ett år och kände sig inte arbetsför. Det handlade om sjukdomar som astma och huvudvärk

mm, men vid intervjun framkom att egentligen var det *"hela allmäntillståndet"*. # 6 hade blivit sjukpensionerad för ett kroniskt smärtsyndrom efter en krisreaktion. För tjänstemannen # 13 innebar sjukdomsidentiteten som "nykter alkoholist" däremot en positiv vändpunkt. Hos # 18, som gått arbetslös och sjukskriven för många krämpor och symptom, komplicerades bilden av en förmodad tidig personlighetsstörning. # 19 hade haft svårt att återgå till sitt tidigare arbete som tjänsteman efter en bilolycka och hade fått sjukpension. Han ansågs av försäkringskassan vara *"för sjuk för att besöka arbetsvärden"*. Städerskan # 23 blev arbetslös, när hon blivit sjuk. Det rörde sig om trötthet, koncentrations-svårigheter och huvudvärk: *"Orkade inte mer!.."* #24 hade bara haft sporadiska jobb (*"Har ingen utbildning, ingenting!"*) och fick tidig pension. Här var dock bilden ännu mera komplex med en kombination av lindrig utvecklingsstörning, psykiska besvär och missbruk.

KASAM

Det fanns i materialet en glidande skala alltifrån beskrivningar av olust, vantrivsel och meningslöshet till en vid tillfrisknandet uppnådd ny mening och hopp om framtiden. Antonowskis metod att via ett frågeformulär låta personerna beskriva sin känsla av sammanhang (KASAM) vid T2 kunde i flera fall validera denna existentiella dimension. Här ges några illustrationer:

Förtidspensionerade #1 gick hemma med sin ångest och hon vantrivdes med livet som pensionär. KASAM indikerade en upplevd stark meningslöshet och leda vid livet. Sjukvårdsbiträdet #3, som led av värk och trötthet, hade rekommenderats att söka läkare "för nerverna". Hon beskrev vid T1 att hon hade velat studera, men tyckte att hon alltid blivit bromsad. Livet upplevdes som bittert - det var som om "Ödet" varit emot henne. Lantbrukarhustrun #4 var ofta deprimerad. Hon fann ingen mening i att gå och slita med arbetet på gården och såg pessimistiskt på framtiden med tanke på den redan vid T1 kärva arbetsmarknaden. Den unge chauffören # 10 gick ofta sjukskriven "för ryggen". Han tyckte jobbet som åkare var meningslöst, men hade inga andra framtidsplaner.

Ett positivt exempel utgjorde däremot informanten # 11. Han hade vantrivts som bonde och hade plågats av sömnsvårigheter. Problemen försvann när han bytte jobb till att bli serviceman. KASAM-testet, som gjordes vid T2 indikerade hög känsla av sammanhang, upplevelse av mål och mening och god allmän anpassning. #20 hade sålt sin lanthandel, när konkurrensen från stormarknaden blivit för svår, och istället blivit affärsexpedit. Vid uppföljningen hade hon blivit ålderspensionär, mår bra, umgicks med barn och barnbarn och vistades på sin koloni om sommaren. Hennes livssyn var närmast fatalistisk: *"Det finns en mening med allt! Man får leva på hoppet!.."* Vaktmästaren #22 hade det betydligt svårare att organisera sin

dag som pensionär. Han kände sig missnöjd med livet, var alltid trött och saknade sina tidigare arbetskamrater.

Diskussion

Informanterna har själva beskrivit den första dimensionen, sjukdomsupplevandet, som försämrat välbefinnande - de kände sig sjuka. Långvariga smärtproblem fick psykologiska konsekvenser. Å andra sidan medförde stress, ångest och depression att förmågan att hantera smärta ytterligare försämrades. Många kunde dessutom vittna om en successiv social isolering och en känsla av att vara *utlämnade* - till den egna kroppen och till sjukvården. Sjukdomsbegreppet var således lika relevant för Lundby-populationen som för patienter och läkare i den kliniska vardagen. För att uppfattas som sjukdom av sjukvårdens utövare krävs utöver det upplevda subjektiva obehaget dessutom en anamnes, medicinska observationer, specifika kliniska bilder, helst också objektiva tecken som t.ex. röntgenbilder och patologiska laboratorievården. Om man från sjukvårdens sida inte kunde påvisa något säkert patologiskt eller eljest kunde sätta en somatisk diagnos låg det nära till hands att kalla besvären ”klimakteriella”, ”förslitningar” och ”ålderskrämpor” eller så ville man remittera patienten till den psykiatriska vården.

Sjukrollens latenta funktioner

Från litteraturen vet vi att en människas återgång i arbete efter sjukdom har relativt svaga samband med biomedicinska faktorer som diagnosen eller sjukdomsförloppets art och grad, men desto starkare med personlighet och

attityder och med socio-ekonomiska och kulturella faktorer (Sachs 1996, Beland 2004, Josephsson & Heijbel 2009). ”När livet gått i baklås kan sjukdom vara det minst onda och minst smärtsamma alternativet” (Qvarseell 1995). Denna andra dimension av sjuklighet kallas ibland ”sickness”, med det menas den sjukroll som sanktioneras av omgivningen (Lundin 2008). En sjukdom leder vanligen till att den sjuke hänvisas till sjukvården, behandlas och kanske sjukskrivs och vid varaktiga fall eventuellt beviljas sjukpension. En viktig utgångspunkt för den här aktuella studien har därför varit Harvardforskaren Howard Waitzkin, som i en tidig artikel har pekat på sjukrollens funktioner i familjen, i arbetslivet, på fängelser och inom sjukvården m fl institutioner (Waitzkin 1971).

Det medicinska betecknandet

Diagnostiken av en sjukdom har traditionellt varit läkarnas privilegium. Det medicinska språket eller diskursen för att tala med Foucault (ibid. 2008) rymmer både symptombeskrivningar och WHO- och DSM- diagnoser enligt preciserade kriterier. Det som för människor i kontakt med sjukvården är kanske inte primärt sjukdomar (*diseases*) utan oftast besvär eller symptom (*illnesses*) - att de inte mår bra helt enkelt (Lundin ibid.). I sista hand ges tolkningsföreträdet åt ”den medicinska blicken” och de olika medicinska specialisterna; för att citera Michel Foucault: ”Det medicinska ordet kan inte uttalas av vem som helst”. Det ligger således en *makt* i det medicinska språket, särskilt det diagnostiska be-

tecknandet (Hallerstedt 2006). I någon mening innebär det att begreppen skapar det som det beskriver. I enlighet med Foucaults tes att namngivning skapar verklighet, kan man säga att diagnosen gör sjukdomen verklig (Johannisson 2006).

Sjukdomsidentiteten

Skapandet av en identitet - som person, som yrkesutövare, som sjuk - blir allt viktigare i det moderna samhället (Frykman *et.al.* 1998, Kovarsky & Bokhour 2007). Bengt Jangfelt har i sin biografi över Axel Munthe framhållit att detta att vara sjuk kan vara ett sätt att bli sedd, där *"sjukdomen blir en identitet, nästan ett yrke."* Vid förra seklets början gällde det kanske främst lungsjukdomar, vilkas utdragna förlopp har ansetts vara starkt identitetsskapande - inte minst gällde det Munthe själv, som gärna föll in i rollen som "tuberkulös" (Jangfelt 2003). Lundaetnologen Mia-Marie Hammarlin har i sin avhandling, som bygger på intervjuer med långtidssjuka, kunnat ge informanternas egen uppfattning av vad det kan handla om: *"...man blir liksom själva sjukdomen och så fastnar man där. Och så fortsätter man att vara sjuk... (Det blir) som en ond cirkel..."* (Hammarlin 2008).

Medicinshistorikern Karin Johannisson har framhållit att den sårbara individen befinner sig i ständig förhandling mellan å ena sidan kroppens erfarenheter, å den andra sidan arbetsstrukturer, samhälle och de kulturella koder, som tillåter/bekräftar sjukdomskänslan. Det handlar om upplevda hotbilder, utanförskap, känslor

av förlust och otillräcklighet, behovet av vila, protest och flykt - ibland till och med om den förbjudna drömmen om arbetsfrihet (Johannisson 2008). "Diagnosen" kan också bli identitetsskapande liksom tillhörighet till patientorganisationer (Beland *ibid.*). I en intressant ny rapport, som baseras på en kvalitativ intervjuundersökning av 16 kvinnor, som har fått en bentätthetsmätning, redovisas att deltagarna uttryckte förändrade kroppsliga erfarenheter efter mötet med medicinsk teknologi och att den nya kroppsuppfattning, som de utvecklade genom bentätthetsmätningen, inverkade på, faktiskt *rekonstruerade*, deras kroppsliga identitet. Inbyggt i dessa beskrivningar av diagnos och behandling finns således konstruktionen av en ny identitet: "... bara vetenskapen om att de hade sänkt bentätthet och en risk för benskörhet gjorde dem osäkra på känslorna i kroppen" (Rewentlow *et al.* 2009). Våra egna fynd var inte lika entydiga. Observationerna är tentativa och inbjuder inte till några snabba slutledningar eller stereotyper. I själva verket visade sig denna tredje dimension (sjukdomsidentiteten) vara den mest snåriga och svårfångade, vars betydelse inte kunde slutgiltigt fixeras. Hur föränderlig är egentligen identiteten? Kanske borde perspektivet breddas mot fler områden som skönlitteratur, film och konst? Frågan om varför människor exempelvis väljer (identifierar sig med) vissa diskurser och inte med andra liksom frågan hur låst man är i sina val överlättes åt kommande ämnesöverskridande forskning att besvara.

Avslutande kommentarer

Utsagor framförs alltid - och det är viktigt - i en konkret verklighet med snäva gränser för vad som kan accepteras som meningsfullt och meningslöst, sant och falskt. Genom att skapa en mångperspektivisk ram kan man i högre grad ta hänsyn till ett områdes komplexitet och se det ur olika synvinklar. Av allt att döma finns ett ökande intresse för sådana ”reflekterande perspektivbyten” (Hunt 2009). Diskursanalysen kan då vara till hjälp när man vill studera vad som faktiskt har sagts eller har skrivits - och vilka konsekvenser som olika diskursiva framställningar av verkligheten får. En viktig poäng är dessutom att man kan granska kritiskt hur vissa diskurser blir dominerande (hegemoniska) och trycker undan andra. På så sätt kan man påvisa en mer konfliktfylld bild, där olika diskurser existerar parallellt eller alternativt kämpar om rätten att avgöra sanningen. Läkarvetenskapen kan då sägas vara ”den diskursordning vari olika diskurser strider om att monopolisera sanningproduktionen” (Winther Jörgensen & Phillips *ibid.*). Carl-Magnus Stolt, professor i humanistisk medicin, Karolinska Institutet, har framhållit att medicinens postmoderna utmaning är att återskapa befolkningens förtroende trots att man inte tummar på patientens rätt att bestämma över sig själv (Stolt 2001). På senare år har också kommit *motherättelser* exempelvis inom handikapprörelsen, bland psykiatriska patienter, inom gayrörelsen och bland etniska grupper. Genom framväxten av olika former av identitetspolitik har människor kunnat formulera nya

berättelser om sig själva, sina liv och livsvillkor (Hydén 2006).

Till sist något om studiens begränsningar och styrka. En begränsning är givetvis att den undersökta populationen är liten och att den främst speglar landsbygdsbefolkningens tidigare villkor - inte dagens urbaniserade samhälle med ökande andel invandrare, arbetslösa, narkomaner och annan storstadsproblematik. Styrkan med studien är livslopps-perspektivet och bredden i materialet med lika delar kvinnor och män i olika åldrar och yrken. En fördel är också tillgången till register- och journaldata. Kategorierna i resultatdelen har kommit från teoriunderlaget. Tillgången till olika och varierande texter och relativt detaljerad rapportering av data har därmed kunnat bidra till alternativa tolkningar av komplexa problem i skärningspunkten mellan medicin och beteendevetenskap (Malterud *ibid.*, Winther Jörgensen & Phillips *ibid.*).

Anslag till Lundbyprojektet har genom åren utgått från Riksbankens Jubileumsfond, MFR, FRN, Sjöbringfonden, Skånelandstinget m fl. Tack slutligen till forskningsassistent Anders Odensten, som varit behjälplig med att ta fram data ur Lundbyprojektets databas till den här redovisade specialstudien.

Referenser

- Beland M 2003. Kultursjukdomar med högt pris. *Läkartidningen* 48, 100, 3998 - 4001
- De Marinis V (1995). Meningssystemet och kulturell konstruktion av hälsa och ohälsa. I: Novakova V & Rose'n AS (red) Hälsa och existentiella frågor. Forskningsrådsnämnden rapport 1995, 95:8, 64-66
- De Marinis V 2003. Pastoral Care, Existential Health and Existential Epidemiology. A Swedish postmodern case study. Stockholm, Verbum
- Foucault M 2008. Diskursernas kamp. Stockholm, Östlings Bokförlag.
- Frykman, J, Seremetakis N & Ewert S (red) 1998. *Identities in Pain*. Lund Nordic Academic Press
- Hallerstedt, G (2006). Förord. I: Hallerstedt G (red). *Diagnosens makt*. Göteborg, Daidalos, 2006: 7-9
- Hammarlin MM 2008. Att leva som utbränd. En etnologisk studie av långtidssjukskrivna. Stockholm, Östlings Bokförlag
- Hetzler A, Melén D & Bjerstedt S 2005. Sjuk-Sverige. Försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden. Stockholm, Östlings Bokförlag
- Hunt G 2009. Medicin - en mänskligt riktad vetenskap. *Läkartidningen* 44, 106, 2870.
- Hydén L-C (2006). Berättelsernas kamp. I: Kyllhammar M & Battail J F (red) *Det vanställda ordet*. Stockholm, Carlssons, 2006: 286-297
- Jangfelt B 2003. En osalig ande. Berättelsen om Axel Munthe. Stockholm, Wahlström & Widstrand
- Johannisson K (2006). Hur skapas en diagnos? I: Hallerstedt G (red) *Diagnosens makt*. Göteborg, Daidalos, 2006: 29 - 41
- Johannisson K 2008. Om begreppet kultursjukdom. *Läkartidningen* 44, 105, 3129 -3127
- Josephsson M & Hejbel B 2009. Återgång i arbete efter längre sjukskrivning. *SMT* 86,4, 245-255
- Kovarsky D & Bokhour BG 2007. The construction of identity in discourses of illness. *Communication & Medicine*, 4(1), 51-52
- Lundin A 2008. Kultursjukdomarna - den subjektiva ohälsans olika ansikten. *Läkartidningen* 44,105, 3123 - 3127
- Malterud K 2009. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund, Studentlitteratur
- Nettelbladt P, Bogren M, Mattisson C, Öjesjö L, Hagnell, O et al. 2005. Does it make sense to do repeated surveys? - the Lundby Study 1947 - 1997. *Acta Psychiatr Scand* 111, 1-9
- Qvarsell R (1995). Om nyttan av att vara sjuk - några tankar kring ett möjligt forskningstema. I: Novakova V & Rosén AS (red). Hälsa och existentiella frågor. Forskningsrådsnämndens rapport 1995, 95, 8, 81-82
- Rewentlow S, Hvas L & Malterud K (2009). När det osynliga i kroppen görs synligt - kvinnors erfarenheter av bentätthetsmätning. I: Brodersen J, Hovelius B & Hvas L (red). *Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflektioner*. Lund, Studentlitteratur 2009: 215 - 225
- Sachs L (1996) Patologi eller ej, det är frågan - om de sjuka i välfärdsamhället. I: Lagercrantz R (red). *Andens kraft? Skriftserien Välfärdsprojektet*. Stockholm, Norstedts 1996: 63-87
- Stolt C M 2001. Läkaren och medicinen i det postmoderna samhället. *Läkartidningen* 45, 98, 5006 - 5010
- Thörn Å 2006. Människan som maskin eller sjukdom som process. Vad har hänt med sjukdomsbegreppet? *Tidsignal* 4, 41 - 53
- Thörn Å 2009. Det "renodlade" medicinska arbetsförmågebegreppet är fejk! *Läkartidningen* 17, 106, 1191 - 1192
- Waitzkin H 1971. Latent functions of the sick role in various institutional settings. *Soc. Sci & Med.* 5: 45-75
- Winter Jörgensen, M & Phillips L 2000. *Diskursanalys som teori och metod*. Lund, Studentlitteratur