

Delade erfarenheter eller egen expertis. Att vara dialyspatient i Riga och Stockholm

Martin Gunnarson

Doktorand, Centrum för praktisk kunskap, Institutionen för kultur och kommunikation, Södertörns högskola, 141 89 Huddinge. E-post: martin.gunnarson@sh.se.

En majoritet av dem som lider av njursvikt besöker tre gånger i veckan en hemodialysavdelning. Här får de sitt blod renat med hjälp av en maskin. Under den vanligen fyra timmar långa behandlingen delar de utrymme med andra patienter. Artikeln bygger på observationer och intervjuer gjorda i anslutning till tre dialysavdelningar, en i Riga och två i Stockholm. Syftet är att undersöka de skilda betydelser som relationen mellan patienterna får i de två nationella kontexterna. Skillnaden undersöks genom två teman: rummet och patientrollen. Det visar sig att den sammanflätning av rum och patientroll som äger rum på dialysavdelningarna bidrar till de skilda betydelser som relationen mellan patienterna får i de två nationella kontexterna.

Haemodialysis is the most common treatment for persons diagnosed with renal failure. During the treatment the patients' blood is circulated through a dialysis machine. This process ordinarily takes four hours and is repeated three times a week. The article is based on observations and interviews conducted at three haemodialysis units, one in Riga and two in Stockholm. The aim is to examine the different significance given to the relation between patients in the two national contexts. This difference is studied through two themes: the spatiality of the unit and the role of the patient. The conclusion is that these two themes are inextricably linked and jointly produce the observed differences.

Inledning

I behov av dialys är den som har drabbats av njursvikt. Det vill säga en person vars njurar inte längre är kapabla att rena blodet från slaggprodukter och utsöndra urin. Det finns två former av dialysbehandling, hemodialys och peritonealdialys. I föreliggande artikel fokuseras den förra, den vanligare av de båda.¹ Vid denna form av dialys renas

den sjukes blod med hjälp av en maskin. Behandlingen är tidskrävande och sker vanligen i en sjukhusmiljö på en dialysavdelning. Här spenderar patienten normalt cirka fyra timmar tre dagar i veckan.

En dialysavdelning är en högteknologisk miljö. För en förstagångsbesö-

¹I artikeln använder jag fortsättningsvis endast det kortare "dialys" för att benämna behandlingen.

kare kan det, som dialyssjuksköterskan Anna uttrycker det, kännas som att man kommit till ”Månbas Alfa”. Dialysmaskinerna är inte bara många, de fångar också lätt både öga och öra med sina lysande knappar och displayer och tjutande larm. Bredvid eller framför dessa står vanligen en sjukhussäng men ibland en stol.

Under arbetet med min avhandling i etnologi har jag spenderat åtskilliga timmar i sådana miljöer.² Denna text bygger på observationer och djupintervjuer som jag har gjort i anslutning till tre dialysavdelningar.³ Två av dessa ligger i Stockholm och en i Riga. Fältstudien i Riga bygger på intervjuer med sjuutton patienter (nio kvinnor och åtta män), tre transplantationskirurger, två dialyssköterskor, två njurläkare, två socialarbetare och en jurist. Min fältstudie i Stockholm pågår fortfarande. Här har jag hittills intervjuat sex patienter (tre kvinnor och tre män) och en dialyssköterska.

I Riga, upptäckte jag snart, värderade man relationen till medpatienterna högt. Patienterna umgicks före, under och efter dialyspassen och diskuterade allt från hemrenovering till transplantation. Dessa samtal fyllde ett flertal funktioner. De fördrev tiden, innebar en välbehövlig social kontakt, fungerade stödjande och bidrog till en ökad kunskap. I Stockholm gavs inte detta utbyte samma betydelse. Samvaron beskrevs oftare i termer av kortvariga stunder av förhållandevis ytligt

umgänge.

Syftet med artikeln är att undersöka de skilda betydelser man i Riga respektive Stockholm tillskriver relationen till medpatienterna. Jag frågar mig varför man värderar umgänget högre i Riga än i Stockholm. Denna skillnad studerar jag genom två teman som jag finner centrala: rummet och patientrollen.

Enligt antropologen Katharine Young kan medicinen betraktas som en kultur (Young 1997:2). I denna kultur får människor olika roller, eller för att tala med fenomenologen Sara Ahmed, olika orienteringar. Att vara orienterad i Ahmeds bemärkelse innebär att vara *med* snarare än i ett rumsligt sammanhang. Detta betyder att man som förkroppsligad person aldrig är avgränsad från det rumsliga sammanhang man befinner sig i. Istället är man alltid intimt sammanflätad med både rummet och de människor och ting som finns där. På så sätt formas person och rum i en ömsesidig process. Viktigt är också det *sätt* på vilket en person är orienterad i rummet. Detta eftersom det, enligt Ahmed, är de människor och ting som en person är närmast och som han eller hon är riktad mot som har störst betydelse. Som en följd av att vissa orienteringar förekommer mer än andra blir även rummet riktat. I ett specifikt rum är därför endast vissa sätt att orientera sig på möjliga (Ahmed 2006:25ff). Att vara patient på en dialysavdelning innebär som vi ska se att vara riktad mot vissa rum, ting och

²Mitt doktorandprojekt är finansierat av Östersjöstiftelsen och ingår i det mångvetenskapliga forskningsprojektet ”Kroppen som gåva, resurs och vara: organtransplantationer i östersjöområdet”. Projektet har sin bas på Södertörns högskola men engagerar även forskare vid Lunds universitet.

³Jag har även besökt en fjärde dialysavdelning, en så kallad självdialysavdelning. Denna är belägen i Stockholm. Eftersom jag än så länge bara intervjuat en person med anknytning till denna avdelning väljer jag att inte inkludera den i artikeln.

människor. Detta får konsekvenser för hur man lever både rummet och relationen till de andra patienterna.

Men de tre dialysavdelningar jag har besökt verkar inte i ett socialt och kulturellt vakuum (jfr Martin 1994:7). Dialysvården är en del av och får sin mening i en samhällelig kontext där vissa sätt att se på till exempel liv och död, hälsa och sjukdom samt kropp och själ råder. Samhället strömmar, skulle man kunna säga, genom dialysrummet och formar det som äger rum där.

Orienteringen mot medpatienterna

Trots dialysrummets högteknologiska karaktär är det, både i Stockholm och i Riga, människorna som tar störst plats i patienternas berättelser om det samma. När jag har frågat hur de ser på de många timmar de spenderar i miljön svarar de ofta med hänvisning till medpatienterna eller den medicinska personalen. Närvaron av de andra patienterna förser dock miljön med en dimension som inte finns i relationen till personalen. Denna dimension har sitt ursprung i den gemensamma orientering som patientrollen skapar. Att vistas i dialysmiljön har, menar Veronica som får sin behandling i Stockholm, gjort att hon ”tänker mera på att tänka på det som är bra och uppskatta det som jag har som är bra”. Detta eftersom “man ser [att] vissa lider jättemycket och har det väldigt svårt”. Även för Lidija, som får sin behandling på avdelningen i Riga, har närvaron av andra patienter med ett allvarligare tillstånd än henne gjort att hon förmår uppskatta sin egen

situation mer. ”Jag kan åtminstone krypa”, säger hon. Det är dock inte alltid som det delade utrymmet upplevs som odelat positivt. Att vistas tillsammans med människor sjukare än en själv kan påverka den egna hälsan negativt. Veronicas yttrande strax efter det jag ovan citerat illustrerar denna dubbelhet: ”det är kanske bra där på självdialysen där dom är mindre sjuka”.

Här blir den ömsesidiga process genom vilken både rum och patientroll tar form tydlig. Lidija och Veronica berättar att de ser andra patienter. Men detta seende är inte neutralt. Det gör någonting med dem. De börjar se på sig själva och sin situation på ett nytt sätt. Detta kan inte bara förklaras med hänvisning till rummet. Det är inte bara för att de befinner sig i samma rum som närvaron av de andra patienterna blir betydelsefull. Av avgörande betydelse är också hur de är orienterade i rummet. Här är rollen som patient central. Detta eftersom dialysavdelningen orienterar patienter på ett speciellt sätt. När de träder in i dialysmiljön hamnar deras övriga sociala tillhörigheter i bakgrunden och de blir först och främst några som lider av njursvikt och som är i behov av dialys (jfr Young 1997:14). Denna gemensamma orientering riktar dem mot varandra och tvingar dem att se sig själva i varandra.

I Lidijas och Veronicas upplevelse av närvaron av patienter sjukare än dem själva samverkar alltså rummet och rollen som patient. Skillnaden mellan Riga och Stockholm vad det gäller hur relationen till medpatienterna värderas måste därför sökas både i rummets

utformning och i de patientroller som där tar form.

Dialysrummet

”Som vi brukar skämta”, säger Indra, ”vi är som en familj; vi äter tillsammans [och] sover tillsammans”. I Indras ord blir det värde man i Riga ofta tillskriver relationen till de andra patienterna tydligt. För att förstå denna utsaga är det dock nödvändigt att förse den med en rumslig kontext. Dialysavdelningen i Riga består av flera utrymmen, till exempel väntrum, lunchrum och omklädningsrum. Men det är i dialyssalen Indra och hennes medpatienter spenderar mest tid. Här äger behandlingen rum. I dialyssalen ligger patienterna i rader längst det rektangulära rummets två långsidor. Under de fyra timmar de tillbringar där är det inte mer än en meter som skiljer dem åt. Behandlingen är för många mycket ansträngande och inte sällan somnar de en stund.

Eftersom Indra får dialys på eftermiddagen har hon ätit lunch innan. Maten serveras i lådor och intas i ett lunchrum som liksom dialyssalen är mycket trångbott. Här äter patienterna tillsammans innan de förflyttar sig till väntrummet.

Den familjära känsla som Indra beskriver i citatet ovan är alltså avhängig närheten till medpatienterna. Av betydelse är inte bara sysslornas sort utan att de utförs tillsammans. Patienterna känner sig som en familj eftersom de sover och äter i varandras närhet.

Men familjekänslan infinner sig inte för alla. Stanislav, till exempel, upple-

ver snarare närvaron av de andra patienterna som irriterande. Problemet, menar han, är att hans intresse för att läsa på om sjukdomen och behandlingarna inte delas av de andra patienterna. Därför har han inte heller något utbyte av att umgås med dem. För att göra de tolv timmar i veckan som han spenderar på avdelningen hanterliga försöker han sova bort så mycket som möjligt av tiden. Han berättar att han brukar stanna uppe hela natten före dialysdagarna så att han dagen efter är trött nog.

På de två dialysavdelningarna i Stockholm är rummet utformat på ett sådant sätt att känslan av att vara tillsammans under behandlingen inte är lika påtaglig. Så här svarar Veronica på frågan om hon tycker utbytet med andra patienter är viktigt:

”Veronica: – [...] ibland vill man bara prata för att man, man har legat där liksom och varit tyst och inte så mycket och...

Martin: – Nej, man vill bara småprata lite liksom?

Veronica: – Ja, bara småprata [...]. Jag kommer hem och dom också, tror jag, kommer hem och är ensamma. Det är också det att man är, man vet att dom dagarna blir ganska ensamma.

Martin: – Men var är det då ni pratar, är det i rummet här längst ut där ni sitter?

Veronica: – I korridoren eller i omklädningsrummet, eller ibland om jag slutar lite tidigare då tar jag lite kaffe och då brukar det alltid finnas någon där”.

Där Veronica får sin behandling,

liksom på den andra avdelningen i Stockholm, är det mer än två meter mellan varje behandlingsplats. I detta utrymme står dessutom alltid minst en, normalt två, dialysmaskiner. Dessa är vanligen placerade i höjd med sängens huvudända, vilket omöjliggör visuell kontakt mellan de patienter som ligger bredvid varandra. Inramade på detta vis får behandlingsplatserna karaktären av en privat zon där man som patient är avgränsad från medpatienterna (jfr Idvall 2008:72).

Varför dialysdagarna kan beskrivas som potentiellt ensamma får därför sin förklaring. Under de fyra timmar som behandlingen pågår är kontakten med andra människor begränsad till de stunder då en sköterska är i närheten. De sysslor som Veronica företar sig, som till exempel att titta på TV, läsa, lösa sudoku och sova, gör hon ensam. På dialysavdelningarna i Stockholm serveras dessutom fika under behandlingen. Så inte heller äter gör man tillsammans. Umgänget med medpatienter blir därför begränsat till före och efter behandlingarna och fungerar snarare som ett utlopp för behovet av social kontakt än som något som ger upphov till en familjekänsla.

Vissa värderar dock avskildheten högt, menar en sköterska jag pratar med. Hon berättar att de ibland har musikunderhållning på avdelningen. Denna får hon intrycket av uppskattas av några, medan andra helst önskar fortsätta med sitt eget TV-tittande eller musiklyssnande.

Känner man sig som Veronica ibland

ensam är korridorer, omklädningsrum och väntrum platser dit man kan söka sig. Här träffas man av en slump – om ”jag slutar lite tidigare”, som hon uttrycker det – eller mer regelbundet om man delar dialystid. I Stockholm införde man för en tid sedan individuella dialystider. Syftet med dessa var att jämna ut sköterskornas arbetsbörda och möjliggöra en start av behandlingen direkt vid patientens ankomst. Men reformen har också haft bieffekten att väntrummet som mötesplats har blivit mindre betydelsefullt. Rune berättar att han sedan de nya dialystiderna infördes har tappat kontakten med de patienter som inte ligger på samma sal. Den enda han har någorlunda kontakt med är Gunnar som han både delar sal och dialystid med. Även om han uppskattar den effektivisering som den nya ordningen har inneburit kan han sakna det tidigare umgänget i väntrummet.

I Riga har alla de femton patienter som under för- eller eftermiddagspassen delar sal samma dialystid. Innan behandlingsspasset börjar blir väntrummet fullt. De flesta sitter på stolarna som är placerade längs väggen. Många samtalar. Efter en stund öppnas dörarna och alla strömmar samtidigt in i dialyssalen.

Betydelsen av att tröskeln till dialyssalen överskrids kollektivt ska inte underskattas. I en text om en bussresa mellan Sverige och Kroatien visar etnologen Maja Povrzanovic Frykman hur en nationsgräns kan stärka gemenskapen bland passagerarna. När resenärerna vid gränsen ombads visa sina pass blev, menar Povrzanovic Frykman, deras

många tillhörigheter ”tillplattade” och de reduceras till sin nationella identitet. Men eftersom denna ”tillplattning” var en gemensam erfarenhet förstärkte den gemenskapen bland resenärerna (Povrzanovic Frykman 2003:57, 71). På ett liknande sätt utgör tröskeln in till dialyssalen en gräns av identitetsmässig betydelse. Över tröskeln tas det viktigaste steget i den njursjukets transformation från person till patient. Att träda in i patientrollen innebär, liksom överskridandet av en nationsgräns, en ”tillplattning” av de multipla identiteter genom vilka vardagslivet vanligen levs (jfr Young 1997:14). I Riga blir denna transformation påtagligt en gemensam erfarenhet eftersom den både rumsligt och tidsligt sker tillsammans med andra. På så sätt blir steget över dialyssalens tröskel ytterligare en bidragande orsak till samhörighetskänslan patienterna emellan.

Patientrollen

Som jag har hävdad ovan är det inte tillräckligt att hänvisa till dialysrummets utformning för att förstå skillnaden mellan Riga och Stockholm vad det gäller relationen mellan patienterna. Det är också nödvändigt att ta hänsyn till hur de orienteras. I det följande kommer jag att argumentera för att de skilda patientroller som skapas i Riga och Stockholm kan bidra till en förståelse av detta.

I Sverige, liksom i stora delar av västvärlden, har under de senaste decennierna en ny patientroll vuxit fram. Detta är en patient som aktivt inhämtar kunskap om den egna sjukdomen, tar ansvar för sitt tillfrisknande och av

vården betraktas som en unik individ (Hansson 2006 och 2007:15f, Idvall och Lundin 2009:140, Rose 1996:57ff, Winroth 2004). I relation till den medicinska expertisen är denna patient inte passiv utan någon som engagerar sig i och ifrågasätter det som förefaller felaktigt. Sådana ideal är självfallet närvarande också i Lettland. Här har man emellertid att kämpa emot den långa historia av medicinsk auktoritet som, under sovjettiden, definierade patienter som ett kollektiv utan inflytande (Putnina 1999:94ff). Den aktiva, ansvarstagande och individuella patient som skisserats ovan har därför inte fått samma genomslag i Lettland. Något som antropologen Aivita Putnina menar dels har att göra med den auktoritet som bioteknologins företrädare åtnjuter och dels den ovana vid ett aktivt deltagande i vård och forskning som präglar rollen som patient. Följden av detta, hävdar Putnina, blir en ojämn fördelning av både kunskap och makt till förmån för läkare och forskare (Putnina 2007:24).

I mitt material blir denna ojämn fördelning av kunskap och auktoritet tydlig. Patienterna beskriver inte sällan läkarna som på samma gång oerhört kunniga och skickliga och alldeles för upptagna för och ointresserade av att dela med sig av sin kunskap. ”Det är typiskt läkare”, säger Ivan, och berättar att han aldrig blev informerad om att fisteln, som möjliggör en åtkomst till hans blodbana, en dag skulle sluta fungera. Indra, å sin sida, tycker att hon borde ha fått mer information om dialysbehandlingens natur. Första gången hon skulle behandlas trodde

hon att det rörde sig om någon slags röntgen. ”Men kanske är sådana saker så självklara för läkare”, säger hon.

Men genom att betvivla läkarnas förståelse till inlevelse i den egna situationen och värdera den erfarenhetsmässiga kunskap som medpatienterna besitter kan bristen på information hanteras. ”Läkaren”, säger Liouba, ”han har aldrig varit med om det själv. Den som har genomgått en [eller] två transplantationer förstår vad det betyder. Läkaren förstår teorin...”. Som en motstrategi mot den för henne otillgängliga teoretiska kunskapen gör Liouba här den erfarenhetsmässiga kunskapen otillgänglig för läkarna. Det är endast genom att orientera sig mot och fördjupa sig i andra patienters erfarenheter som en verklig förståelse av den egna situationen kan åstadkommas. Att vara patient innebär således att tillhöra ett kollektiv som hålls samman och avgränsas genom en unik form av kunskap (jfr Putnina 1999:94).

Förekomsten av en sådan kunskap kan skönjas även i de svenska patienternas berättelser. Carlos berättar till exempel att den djupa kris som han hamnade i när det visade sig att han inte kunde ta emot sin systems njure fick ett slut genom ett möte med en annan dialyspatient. I rummet bredvid honom på sjukhuset låg en kvinna som berättade att det går att leva ett bra liv med dialys. Hemligheten, menade hon, är att anpassa antalet dialysstimmar till den egna kroppens behov. Carlos tog fasta på detta och började kämpa för att få fler dialysstimmar. Det visade sig dock att hans enda möjlighet till mer dialys

var att börja med egenvård, vilket han vid intervjutillfället precis hade gjort. Carlos berättar att hans inställning till dialys nu har förändrats, och detta är mycket tack vare mötet med kvinnan i rummet bredvid.

Det som skiljer de två nationella kontexterna åt är inte förekomsten av berättelser som Carlos ovan, utan den funktion de får. I Riga förefaller inhämtandet av medpatienternas kunskap vara mer medvetet. Dessutom kontrasteras denna erfarenhetsmässiga kunskap tydligare än vad som är fallet i Stockholm mot läkarnas medicinska kunskap. Att så är fallet kan förstås med hänvisning till den patientroll som jag ovan argumenterat för har tagit form i Sverige.

Ett tydligt uttryck för denna patientroll är förekomsten av självdialys. Enligt sjuksköterskan Anna upplever vanligen en patient som sköter sin dialys själv en ökad känsla av kontroll, trygghet och motivation i förhållande till sin behandling. Veronica, som till viss del sköter sin egen behandling, beskriver i liknande ordalag vad detta ger henne. Men hon betonar också att hennes aktivitet bidrar till att underlätta personalens stressiga arbetssituation.

Rune känner inte likadant. Han har länge fått utstå påtryckningar för att han ska börja sköta dialysen själv. Eftersom han förutom njursvikten är förhållandevis frisk anses han vara en kandidat till egenvård. Rune är dock av den bestämda uppfattningen att han inte har något att vinna på detta. Istället, menar han, kommer det extraar-

bete som egenvården innebär att leda till att ännu mer av hans tid går åt till dialys. Rune är inte ointresserad av behandlingen, utan berättar att han lägger ner mycket tid på att studera sina provresultat. ”Det är för mig viktigare än att gifta mig med maskinen”, säger han.

I denna sarkasm blir det tydligt att de ideal som medföljer den nya patientrollen inte är neutrala. Att vara aktiv, ansvarstagande och kunnig har specifika innebörder. Lever man inte upp till dessa kan det, som i Runes fall, innebära att man får utstå upprepade påtryckningar från den medicinska personalen.

Tydlig är också den individualiseringsprocess som den nya patientrollen ger upphov till. I tanken om att en ökad kunnighet och aktivitet går hand i hand med en känsla av kontroll och trygghet finns implicit en idé om att den sjuke känner sin kropp bättre än någon annan (jfr Idvall och Lundin 2009:148, Rose 1996:59). Det är således naturligt att han eller hon tar ett ökat ansvar för sin egen behandling. Snarare än en orientering gentemot de andra patienterna är det, i denna patientroll, alltså behandlingen och dess relation till den egna hälsan som primärt bör fokuseras.

Patientroll och rum flätas samman

Vare sig man bor i Riga eller i Stockholm är dialys en mycket påfrestande behandling. Den tränger in i både kroppen och vardagen. Den inkräktar på livet samtidigt som den förlänger det. Minst tolv timmar i veckan tar den i anspråk, tid som spenderas i en hög-

teknologisk miljö. Men i de njursjukas berättelser är det är inte teknologin utan närvaron av andra människor som framträder starkast. Här har medpatienterna en speciell betydelse. Likt dessa befinner man sig i dialysrummet i egenskap av en patient som lider av njursvikt. Man delar utrymme med människor vars identitet är tillplattad på samma sätt. På så vis orienteras man att se sig själv i medpatienterna.

Men att vara dialyspatient i Stockholm respektive Riga innebär olika saker. I Stockholm kommer man till en behandlingsplats som är tydligt avgränsad från medpatienterna. Här möter man sköterskor som uppmuntrar en att lära sig om, vara deltagande i och, om möjligt, själv ansvara för sin behandling. I Riga däremot tillåter det nära avståndet patienterna emellan att de samtal som har påbörjats i lunch- och väntrum kan fortsätta under behandlingen. Dessa samtal är viktiga eftersom de förmedlar den erfarenhetsmässiga kunskap som i bristen på en teoretisk är oundgänglig för en förståelse av den egna situationen.

Här blir sammanflätningen av patientroll och rum tydlig. Att man i Riga orienteras mot sina medpatienter i högre grad än i Stockholm kan inte förklaras enbart med hänvisning till antingen patientroll eller rum. Det sätt på vilket man blir till patient är avhängigt rummet. Samtidigt skulle inte rummet skapas på samma sätt om det inte togs i anspråk av en viss sorts patient. Att utbilda någon i självdialys skulle vara mer eller mindre omöjligt om det, som i Riga, bara var en meter mellan patienterna. Men det är också lätt att se

att möjligheten till ett utbyte av erfarenhetsmässig kunskap skulle minska betydligt om lokalerna i Riga utformades i stil med dem i Stockholm. På samma gång skapas i och med de skilda patientrollerna orienteringar som ger rummen vissa innebörder. I Stockholm är väntrummet ett rum som ofta bara passeras medan det i Riga får betydelsen av en mötesplats. De olika patientrollernas orienteringar får på så sätt fäste i och reproducerar de praktiker som fyller dialysavdelningarnas rum.

Referenser

- Ahmed, Sara 2006: *Queer Phenomenology. Orientations, Objects, Others*. Durham/London: Duke University Press.
- Hansson, Kristofer 2006: Introduktion: Etiska utmaningar i en föränderlig hälso- och sjukvård. I: Hansson, Kristofer (red.) *Etiska utmaningar i hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansson, Kristofer 2007: *I ett andetag. En kulturanalys av astma som begränsning och möjlighet*. Stockholm: Critical Ethnography Press.
- Idvall, Markus 2008: Emoscapes and Emotional Skills in Medical Care. I: *ETN. Etnologisk skriftserie* nr. 5. www.etn.lu.se/etn
- Idvall, Markus and Lundin, Susanne 2009: Riskpatienter med ansvar. Att välja mellan en marginell och en fullgod donator. I: Lindgren, Kajsa och Blomgren, Maria (red.) *Mellan offentligt och privat: om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Santérus Academic Press.
- Martin, Emily 1994: *Flexible Bodies. Tracking Immunity in American Culture – From the Days of Polio to the Age of AIDS*. Boston: Beacon Press.
- Povrzanovic Frykman, Maja 2003: Bodily Experience and Community-Creating Implications of Transnational Travel. I: Frykman, Jonas och Gilje, Nils (red.) *Being There. New Perspectives on Phenomenology and the Analysis of Culture*. Lund: Nordic Academic Press.
- Putnina, Aivita 1999: *Maternity Services and Agency in Post-Soviet Latvia*. Opublicerat manuskript.
- Putnina, Aivita 2007: Latvia. I: Schickel, S., Amelang, K., Anastasiadou, V., Beck, S., Chavot, Ph., Constantinou, C., den Dikken, A., Düwell, M., Felt, U., Fochler, M., Masseran, A., Putnina, A., Quinche, Fl., Schweda, M. och Shickle, D. *Biomedicine as a Socio-cultural and Ethical Challenge: Final Points to Consider and Recommendations for European and National Policy Makers and European Research*. <http://www.egmed.uni-goettingen.de/index.php?id=134> (2010-12-07)
- Rose, Nikolas 1996: Governing 'advanced' liberal democracies. I: Barry, Andrew, Osborne, Thomas och Nikolas, Rose (red.) *Foucault and Political Reason – Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Winroth, AnnCristin 2004: *Boteberättelser: En etnologisk studie av boteprocesser och det omprövade patientskapet*. Umeå universitet: Institutionen för kultur och medier.
- Young, Katharine 1997: *Presence in the Flesh: The Body in Medicine*. Harvard: Harvard University Press.