

Otilräcklighetens diagnoser

Kvinnors upplevelser av att leva med stressrelaterad ohälsa

Martina Berggren

Magisteruppsats från Utbildningsprogrammet för Samhälls- och kulturanalys

ISRN: LiU-ISV/SKA-A--08/36--SE



Linköpings universitet

Linköpings universitet, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier - ISV
. 601 74 Norrköping

Otillräcklighetens diagnoser

- kvinnors upplevelser av att leva med stressrelaterad ohälsa

Martina Berggren

Handledare: Anita Andersson


D-uppsats år 2008

ISRN: LiU-ISV/SKA-A—08/36--SE



Linköpings universitet

Institutionen för samhälls-
och välfärdsstudier

	Institution, Avdelning Department, Division Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier Samhälls- och kulturanalys	Datum Date 2008 - 09 - 26
Språk Language <input checked="" type="checkbox"/> Svenska/Swedish <input type="checkbox"/> Engelska/English	Rapporttyp Report category <input type="checkbox"/> AB-uppsats <input type="checkbox"/> C-uppsats <input checked="" type="checkbox"/> D-uppsats <input type="checkbox"/> Examensarbete <input type="checkbox"/> Licentiatavhandling <input type="checkbox"/> Övrig rapport	ISRN LIU-ISV/SKA-A--08/36—SE Författare Author Martina Berggren Handledare: Anita Andersson
URL för elektronisk version http://www.ep.liu.se		
Titel Title Otillräcklighetens diagnoser – kvinnors upplevelser av att leva med stressrelaterad ohälsa.		
Sammanfattning Abstract <p>This essay discusses the problems with the high rate of long-term sickness leave among women in Sweden. It is based on interviews with six women suffering from stress-related illness. The results show that these women hardly ever received an explicit diagnosis and therefore did not feel that their illness was acknowledged. In the absence of measurable symptoms they were sometimes stigmatized and accused of simulating their problems. From this position they tried to legitimize their situation by presenting themselves as respectable women. They seemed to be trapped between two roles, taking an active part in the labour market and struggling to be a good mother and wife. The illness can therefore, I argue, be seen as a result of the subordination of women in the Swedish society.</p>		
Nyckelord Keywords Stressrelaterad ohälsa, feminism, stigma, osäkra sjukdomar, långtidssjukskrivning, utbrändhet, grundad teori Stress-related illness, feminism, stigma, uncertain illnesses, long-term sickness leave, burnout, grounded theory		

Författarens tack

Först och främst vill jag tacka de kvinnor som har deltagit i den här studien. Ni har låtit mig få ta del av era erfarenheter, och utan dessa hade denna studie inte varit möjlig att genomföra. Under våra möten fick jag inte bara ta del av era personliga upplevelser av att drabbas av stressrelaterad ohälsa, utan våra samtal väckte många gånger tankar om livet, samhället och människans begränsningar. De omfattade goda råd och värdefulla insikter som jag kommer att ta med mig. Stressrelaterad ohälsa är ett ämne som berör många människor, och jag vill därför passa på att slå ett slag för den stora kunskap som kvinnor som har erfarenhet av denna ohälsa besitter och som många av dem också vill förmedla till andra.

Tack också till Mats, Christina och Annika som har underlättat och uppmuntrat mitt arbete med den här studien.

Att skriva en magisteruppsats är ett mödosamt arbete, och för att jag nu efter många om och men har rott det i land vill jag rikta ett varmt tack till min handledare Anita Andersson för din entusiasm. Du har gjort allt som man någonsin kan hoppas på att en handledare ska göra; tagit dig tid, uppmuntrat mina idéer, hjälpt mig att strukturera upp arbetet och att reda ut mina resonemang, och framför allt har du fått mig att tro på mig själv.

Jag vill också tacka min familj och mina vänner för att ni har gjort att det ensamma arbetet framför datorn inte känts lika ensamt och hjälpt mig att koppla av från skolarbetet emellanåt.

Sist men inte minst vill jag tacka Tove för att du alltid har fått mig att tro att det kommer att ordna sig när jag har undrat hur det ska gå.

Innehåll

INLEDNING	1
DISPOSITION	2
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	2
TIDIGARE FORSKNING	3
OM UTBRÄNDHET, UTBRÄNNING OCH ANDRA OSÄKRA DIAGNOSER	3
BLIR MAN SJUK AV ATT VARA KVINNA?	4
METOD	6
INTERVJUER, URVAL OCH ETIK	6
MITT ARBETSSÄTT	8
SJÄLVREFLEKTION	9
PRESENTATION AV INFORMANTERNA	11
TEORETISK REFERENSRAM	11
KONSTRUKTIONEN AV KÖN OCH DIAGNOSER	11
HÄLSA, DISEASE OCH ILLNESS	12
MÖTET MED ANDRA OCH SYNEN PÅ SIG SJÄLV	12
ANALYS	14
MÅENDET OCH DESS BENÄMNINGAR	14
DEN GODA HÄLSAN; ETT NORMALTILLSTÅND	14
BENÄMNINGAR OCH FÖRSTÅELSE AV SJUKDOMAR	15
FÖRÄNDERLIGA DIAGNOSER OCH INNEBÖRDER	18
ATT BLI SEDD MED SINA OSYNLIGA SYMPTOM	20
ATT BLI TRODD	20
BEMÖTANDE	22
KAMPEN FÖR REHABILITERING	25
DEN MORALISKA KVINNLIHETEN	27
FÖRESTÄLLNINGAR OM KÖNSSPECIFIKA BETEENDEN	27
ANSVAR, OMSORG OCH ANPASSNING	29
DUBBELARBETETS DILEMMA	30
SJUKDOM SOM FÖRÄNDRING	32
AVSLUTANDE DISKUSSION	34
SAMMANFATTNING	37

REFERENSER **39**

OTRYCKTA KÄLLOR **40**

BILAGA **41**

INTERVJUGUIDE 41

Otillräcklighetens diagnoser

– kvinnors erfarenheter av att leva med stressrelaterad ohälsa

Inledning

Stressrelaterad ohälsa är något som jag tycker mig stöta på nästan dagligen, i medierna eller genom att någon jag känner har drabbats av magsår, sömnsvårigheter, huvudvärk eller ”gått in i väggen”. Överallt hör man att man ska vara duktig, engagerad, kompetent och hinna med, men samtidigt ska man värna om sin fritid, kunna säga nej, ta en paus, gå på avslappningsyoga och ge sig själv tid. Annars riskerar man att bli *utbränd*.

I utbrändhetens namn talas det i dag om massdepression, om välfärdssamhällets kollaps och om hotande ekonomisk ruin. Konsumtionssamhällets jäkt, arbetsplatsers produktionshets, socialdemokratis skattesystem, människors hopplöshetskänslor, kvinnors klimakteriebesvär, kvinnors godiskonsumtion och grönsakers mineralbrist är några exempel på utmattningstillståndets tänkbara orsaker så som de presenteras i medierna. [...] Det anordnas föreläsningsserier och seminarier på temat utbrändhet, på hyllorna i bokaffärerna trängs hjälp-dig-själ-handböcker för drabbade och fantasirika terapiformer utvecklas i rasande fart. Utbrändhet både är en metafor och brukas som metafor. (Lundén, 2004, s. 22-23)

Utbrändhet, utmattningsdepression och utmattningssyndrom är beteckningar på ett ohälsotillstånd som allt fler tycks drabbas av men som ingen riktigt vet hur man botar. Det tycks heller inte finnas någon enighet i begreppen, kanske är ”utbrändhet” mediernas ord, och ”utmattningsdepression” eller ”utmattningssyndrom” läkarkårens. Etnologen Mia Marie Lundén skriver att utbrändhetsbegreppet används som ett samlingsnamn för stressrelaterade åkommor, och då i synnerhet i media. (Lundén, 2004, s. 21)

Den bok som först väckte mitt intresse för diagnosers betydelser och tolkningar av sjukdom och ohälsa, och som på så vis ligger till grund för mitt ämnesval, är *Den mörka kontinenten* av idéhistorikern Karin Johannisson (1994). Boken är en idéhistorisk skildring av kvinnan och medicinen, där Johannisson visar hur diagnoser är konstruerade, och förståelsen av olika sjukdomar eller tillstånd varierar över tid. Boken fick mig att börja fundera på hur olika diagnoser skapas, gör karriär och vilken betydelse de får för individers identitet, i synnerhet när det handlar om sjukdomar som inte går att ”bevisa” objektivt med provtagningar och vars symptom är diffusa. Jag började fundera på hur personer som har fått en sådan diagnos upplever den och blir bemötta när den är ifrågasatt och ”på modet”.

Hösten 2005 utkom den statliga offentliga utredningen *Makt att forma samhället och sitt eget liv – jämställdhetspolitiken mot nya mål: slutbetänkande*. I denna konstateras att sjukskrivningsproblematiken är ett av de stora jämställdhetsproblemen idag, då två tredjedelar av alla som är sjukskrivna är kvinnor. Utredningen visar att det är viktigt att se vilka konsekvenser dessa sjukskrivningar får, både för samhället och för de enskilda individer som drabbas. Att kvinnor är sjukskrivna i större

utsträckning än män innebär att kvinnor inte har samma möjlighet till ekonomisk självständighet, vilket är ett av målen i den svenska jämställdhetspolitiken. I utredningen framkommer att kvinnors sjukfrånvaro till största delen kan hänföras till brister i jämställdheten, både på samhällsnivå och på individnivå. (SOU:2005:66, s 200) Ett liknande resonemang presenterar psykologen Heléne Thomsson, som har forskat om kvinnor och hälsa:

Mycket av den stress och arbetsbelastning, men också mycket av den ohälsa som kvinnor upplever skulle kunna förstås på ett annat sätt än tidigare om deras liv analyserades i ljuset av deras tendens att anpassa sej till och ta ansvar för människor nära dem. Men kanske framför allt, om vi var medvetna om könssystemets krav på kvinnor att visa upp en bild av att de klarar av att vara kvinnor. (Thomsson 1998, s. 56)

Att undersöka kvinnors erfarenhet och upplevelse av ohälsa har därmed samhällsrelevans både politiskt genom att denna kan anses skapas av och även skapa underordning, och ur ett samhälleekonomiskt perspektiv eftersom kostnaderna för sjukskrivningsproblematiken anses vara stora. Att sjukdomarna i sig, och de föreställningar som finns om dessa i samhället, kan få stora konsekvenser för de individer som drabbas är ytterligare en anledning till varför det är intressant att forska inom det här området. Jag ämnar därför i den här uppsatsen titta närmare på hur kvinnor som drabbats av stressrelaterad ohälsa upplever sin situation. Studien syftar till att undersöka erfarenhet av sjukdom och huruvida detta kan ha något samband med ett könskorrekt beteende.

Disposition

Jag kommer att börja med att presentera studiens syfte, och sedan redogöra för tidigare forskning. Därefter presenterar jag den metod jag har använt under mitt arbete, följt av etiska aspekter, mitt tillvägagångssätt, en reflektion över forskarrollen och en presentation av informanterna. Jag kommer sedan att redogöra för de teorier som varit relevanta för min studie. Därefter tar analysdelen vid, och denna är indelad i tre huvudavsnitt: *Måendet och dess benämningar*, *Att bli sedd med sina osynliga symptom* och *Den moraliska kvinnligheten*. Slutligen följer en diskussion där resultaten av min studie knyts samman och diskuteras.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att belysa hur kvinnor med stressrelaterade sjukdomar upplever sin situation. Valet att enbart undersöka kvinnors erfarenheter av detta är gjort utifrån statistik som visar att långtidssjukskrivningar är vanligare bland kvinnor än män. (SOU:2005:66) För att närma mig syftet har jag formulerat följande frågeställningar:

- Vilka diagnoser har kvinnorna fått? Vad har det betytt för dem?
- Hur upplever de bemötandet av myndigheter, vårdgivare och andra som de har kommit i kontakt med under sjukdomsperioden?
- Kan något samband mellan praktiserandet av ett könskorrekt beteende och upplevelser av sjukdom skönjas i intervjupersonernas berättelser?

Tidigare forskning

Jag kommer att börja med att redogöra för forskning om utbrändhet och andra osäkra sjukdomar, och fortsätter sedan med forskning om förhållandet mellan kvinnlighet och ohälsa.

Om utbrändhet, utbränning och andra osäkra diagnoser

Det finns en ansevärd mängd forskning kring utbrändhet och stressrelaterade sjukdomar. Den största delen utgår dock ifrån ett psykologiskt eller socialpsykologiskt perspektiv. En forskare inom detta område är den amerikanska psykologen Christina Maslach, som har skrivit flera böcker om orsakerna till och behandling av utbrändhet. (se till exempel Maslach, 1985) I den här genren ligger fokus ofta på att förklara hur utbrändhet uppstår och hur den bäst behandlas. Förklaringen som presenteras är ofta att en viss personlighetstyp, arbets- och livssituation orsakar utbrändhet, och att individen ska anpassa sig, sätta gränser och lära sig hantera stress. Det är emellertid inte det här perspektivet som intresserar mig, utan jag vill undersöka hur personer som fått dessa diagnoser har upplevt det.

Socialpsykologen Johan Asplund har i sin bok *Livets elementära former* undersökt utbränning, som han kallar det, utifrån en mer social kontext. Han kritiserar Maslachs syn, och menar att orsaken till utbränning står att finna i att vårt samhälle har kommit att bli en abstrakt socialitet, vilket innebär att människan har gått från att leva i ett sammanhang där hon får respons från omgivningen och livet är mer konkret, till att idag tvingas spela roller och därför blir uttryckslös, ”en abstrakt samhällsvarelse”, som Asplund uttrycker det. Utbränning uppstår enligt Asplund inte för att människor arbetar för mycket, utan bottnar istället i den abstrakta, tomma socialiteten som präglar vår tid. (Asplund, 1987, s. 178) Även jag tror att samhällsandan har betydelse för förståelsen av fenomenet, men vill undersöka utbrändheten mer på mikronivå, då risken med Asplunds perspektiv är att man hamnar i en väldigt pessimistisk syn på samhället och framtiden.

Pia Åsbring, som är medicine doktor, skriver i sin avhandling *Osäkra sjukdomar – dilemman och möjligheter* (2003) om hur kvinnor som fått diagnoserna kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi har upplevt sin sjukdomshistoria och bemötande av läkare och andra, samt hur läkare beskriver dem. Den här studien har varit till stor inspiration för mig då jag anser att diagnoserna kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi har stora likheter med de ohälsotillstånd som mina intervjupersoner har drabbats av. Alla är de osäkra, med diffusa symptom som det inte finns några objektiva bevis för, som läkarvetenskapen traditionellt sett har begärt för att kunna ställa en diagnos. De är också ”nya” diagnoser som främst tycks drabba kvinnor. Avhandlingen innehåller fyra olika artiklar, varav tre är författade tillsammans med Anna-Liisa Närvänen, som är docent i Samhälls- och kulturanalys. Åsbring kommer fram till att många av kvinnorna har upplevt ett biografiskt brott i sina identiteter på grund av de nya förutsättningarna som sjukdomarna har inneburit. Flera av kvinnorna upplevde att de riskerat att bli stigmatiserade på grund av sjukdomssymptomens diffusa karaktär. För att kontrollera situationen både i mötet med andra personer och med vårdgivare använde kvinnorna sig av olika strategier som exempelvis informationskontroll, kunskapsinhämtning, övertalning, och sorti. I den del av avhandlingen där

läkares syn på diagnoserna undersöktes framkom bland annat att läkarna kunde bedöma patienterna och sjukdomarna i moraliska termer.

Idéhistorikern Karin Johannisson har som jag nämnde i inledningen skrivit *Den mörka kontinenten* där hon undersöker föreställningar om kvinnan som nervsvag, en föreställning som hon menar lever kvar än idag. (Johannisson 1994, s. 7) Johannisson menar att sjukrollen har erbjudit kvinnor en fristad från de krav och förväntningar som de vanligtvis har haft på sig, men att sjukrollen samtidigt blir ett fängelse och den sjuka kvinnan blir fången i en ny, lika begränsande roll. Johannisson har även skrivit artikeln ”När otillräckligheten byter namn. Ett idéhistoriskt perspektiv på den nya ohälsan” i Rolf Ekman och Bengt Arnetz (red.) *Stress. Molekylerna – individen – organisationen – samhället* (2005). Även här skriver Johannisson om hur diagnoser speglar den tid människor lever i, både på individuell och kollektiv nivå. Sociala ångesttillstånd som yttrar sig genom stress, trötthet och rastlöshet tycks hänga samman med erfarenheten av att leva i en tid av förändring. Hon jämför diagnoserna neurasteni, som blomstrade i slutet av 1800-talet och i 1900-talets början med kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet som kom under slutet av 1900-talet, och finner att alla har trötthet och kraftlöshet som symptom, och att denna trötthet främst beskrivs som mental, inte fysisk, samt att de är relaterade till stress. Johannisson menar att vår tids stressrelaterade ohälsa inte är en ny företeelse, utan att den grundas i ett otillräcklighetstillstånd, och att varje samhälle skapar sina legitima sjukdomar och sätt att förstå ohälsa. Det innebär inte att det inte finns medicinska sjukdomar och biologiska faktorer, men att förståelsen av vad en sjukdom är förändras och skapas genom en process mellan patienter, läkare, sjukförsäkringssystem, massmedia och de kulturella koder som finns i samhällen, som definierar vad som är ”sjukt”.

Blir man sjuk av att vara kvinna?

Etnologen Mia Marie Lundén har skrivit ”När kvinnor tar slut och män går in i väggen. Hur utbrändhet presenteras i medierna”, en artikel som bygger på hennes doktorsavhandling där hon gör en diskursanalys av mediebilderna av utbrändhet. Lundén skriver att det finns skillnader i hur mäns och kvinnors sjukdomsberättelser skildras. Berättelser om kvinnors utbrändhet är ofta dramatiska, innehåller beskrivningar av känslor och psykologiska självanalyser, medan männens framför allt förekommer betydligt mer sällan än kvinnornas, och att det fokuseras på deras fysiska krämpor. Den vanligaste berättelsen som förekommer i medierna när en utbränd person själv får komma till tals handlar om en relativt välutbildad, medelålders kvinna som framställs som altruistisk, självupppoffrande, vanlig, oskyldig och respektabel. (Lundén 2004) Mia Marie Lundén har sedan artikeln skrevs bytt efternamn till Hammarlin och publicerat sin avhandling *Att leva som utbränd* (2008). I avhandlingen undersöker hon hur några utbrända personer, (varav de flesta är kvinnor) förhåller sig till och försöker hantera sin sjukdom. Hon har genom deltagande observationer och samtal med utbrända personer i deras vardagsliv kommit fram till att de efter den värsta sjukdomskrisen genom sjukrollen utvecklas som personer då de till exempel reflekterar, skapar, vistas i naturen och ingår i gemenskaper med andra utbrända, och på

så vis hittar andra vägar i livet. Utbrändheten resulterar därmed inte bara i begränsningar utan kan även erbjuda nya möjligheter.

Helene Thomsson, som är fil. dr. i psykologi har skrivit boken *Anpassningens pris* (1998), en studie som syftar till att genom djupintervjuer och enkätundersökningar undersöka varför så många kvinnor upplever stress, trötthet och känner sig otillräckliga. Thomsson har ett feministiskt perspektiv och utgår därmed från att det föreligger en strukturell ojämlikhet mellan kvinnor och män, där kvinnor är underordnade. Denna underordning märks inom flera sfärer, men en tydlig sak är att kvinnor både förväntas förvärvsarbeta och ha huvudansvar för hem, familj och andra relationer, och därmed kan sägas vara dubbelarbetande. Thomsson menar att det finns bristande kunskaper om kvinnors komplexa arbetssituation, då arbetslivsforskningen främst har utgått från mäns situation, eller från kvinnor som mödrar. Alla kvinnor har inte barn, eller småbarn, vilket gör att den bilden blir missvisande. (Thomsson 1998, s. 39) Många kvinnor har en hög arbetsbelastning och upplever konflikter mellan sina olika roller i yrkesliv och privatliv, men det är inte mängden arbete som är det främsta problemet i deras liv, utan snarare upplevelsen av en kravfylld situation, enligt Thomsson. Hon diskuterar kvinnors stressupplevelser utifrån tre olika aspekter: *ansvarstagande*, *anpassning* och *självpresentation*. Den första aspekten, ansvarstagande utgår ifrån kvinnors inriktning mot omsorg om andra, som något som kvinnor fostras, inte föds till. Denna aspekt ses ofta som en naturlig personlig egenskap, och ett kvinnligt värde att vara stolt över. (Thomsson 1998, s. 52) Den andra aspekten, anpassning handlar om att kvinnor presenterar sina liv som att de till exempel arbetar deltid till förmån för att ta ansvar för hem och familj, för att det är ett personligt val. Enligt ett feministiskt perspektiv kan man dock se den här anpassningen som ett tecken på underordning, ett sätt för kvinnan att kunna tillfredsställa till exempel familjens behov, menar Thomsson. I den bild av "kvinnan" som dominerar i vårt samhälle är just den här anpassningen önskvärd, och tolkas som en positiv egenskap hos kvinnor. Ansvar för att bryta anpassningen anses ligga hos kvinnan själv, att hon måste lära sig att säga nej och baksidan av detta beteende är den stress och som Thomsson menar att anpassningen ger upphov till. Den tredje och sista aspekten som tas upp är självpresentation. Kvinnorna i Thomssons studie försökte alla att argumentera för att deras situation var ett resultat av deras självständiga val och personliga egenskaper, vilket hänger samman med vårt samhälles stora betoning av jämställdhet och frihet. Det är emellertid inte lätt, om ens möjligt att vara fri från de könsrelaterade normer som finns i samhället. Om en kvinna beter sig på ett sätt som inte stämmer överens med hennes kön finns det risk för att hon ses som en misslyckad kvinna. Kvinnor tenderar därför att framställa sig som "lyckade kvinnor", vars situationer är resultat av deras egna val. Thomsson skriver att det är svårt att erkänna att man inte lever upp till de krav som "kvinnligheten" den primära identiteten ställer på en. Men att ta på sig ansvaret för situationen och hänvisa till personliga val medför att kvinnors gemensamma erfarenheter av detta inte blir synliga, vilket skulle kunna utgöra en frigörande kraft. (Thomsson, 1998, s. 55)

Metod

Det finns alltid flera olika sätt att närma sig sitt forskningsområde på. Beroende på frågeställningen finns det olika metoder att välja mellan, som i sin tur genererar olika typer av information. Enligt Bengt Starrin som är professor i socialt arbete, är det forskningsfrågan som avgränsar och bestämmer forskningsprojektets inriktning. Han skriver att frågetypen i kvalitativ och kvantitativ analys skiljer sig åt. Genom kvalitativ forskning kan man ta reda på vad det till exempel innebär att leva med en viss sjukdom, medan en kvantitativ ansats syftar till att hitta samband mellan olika variabler. Frågetypen och analystypen hänger således ihop. (Starrin, 1994, s. 25) Eftersom jag ville komma åt hur kvinnor med stressrelaterad ohälsa *upplever* sin situation och hur de blir bemötta av andra, ansåg jag att en kvalitativ metod var mest lämplig för min uppsats. Valet att göra kvalitativa intervjuer föll sig naturligt eftersom jag vill få ta del av kvinnornas berättelser genom deras egna ord. Genom intervjuer kan man som forskare få ta del av människors tolkningar av händelser, och hur de skapar mening i den verklighet som de lever i. Etnologen Eva Fägerborg skriver att man genom intervjuer kan få ett material där individens personliga erfarenheter kan tas till vara, samtidigt som det även kan ge en bild av de större sammanhang som hon ingår i. (Fägerborg, 1999, s. 70)

Intervjuer, urval och etik

Till grund för denna uppsats ligger intervjuer med sex olika kvinnor. Jag har använt mig av ett öppet teoretiskt urval, vilket kan beskrivas som ett medvetet urval utifrån var fenomenet man vill undersöka kan tänkas förekomma. (Guvå & Hylander, 2003, s. 47) Grundkriteriet för urvalet av intervjupersoner var att de skulle vara kvinnor och ha varit sjukskrivna på grund av någon form av stressrelaterad ohälsa.

Kontakten med informanterna upprättades genom rehabiliteringssamordnaren på vårdcentralen i en liten kommun i Östergötland. Rehabiliteringssamordnaren hade ett register med namn på alla personer som var sjukskrivna i kommunen. Jag bestämde mig för att kontakta de sju personer som stod nederst på listan, och som stämde in på ovan nämnda kriterier. Rehabiliteringssamordnaren skickade ut ett informationsbrev till kvinnorna, där de uppmanades att kontakta henne om de *inte* ville att hon skulle lämna deras namn och telefonnummer till mig. Efter en vecka fick jag en lista med namn och telefonnummer till sju kvinnor. Jag ringde upp dem och presenterade kortfattat studiens syfte, och frågade om de skulle kunna tänka sig att medverka i en intervju. En kvinna avböjde från att delta då hon inte ville öppna sig för en främling, och en kvinna svarade aldrig i telefon under den period som intervjuerna genomfördes. De övriga fem kvinnorna var villiga att vara med i studien. Ytterligare en intervjuperson fick jag kontakt med genom en bekant som tipsade om personen. Intervjuerna kom att utföras i mars 2008, och tre av dem har ägt rum i informanternas hem, två på kommunkontoret på orten, och en på informantens arbetsplats. Jag lät intervjupersonerna välja plats och tidpunkt för intervjun för att de skulle känna sig mer bekväma.

I alla intervjusituationer, men i synnerhet sådana som ska handla om någonting så personligt som hälsa och sjukdom är det viktigt att försöka skapa en trygg stämning. Detta försökte jag göra genom att vara tydlig med att informera om vilka rättigheter intervjupersonerna hade, det vill säga Vetenskapsrådets forskningsetiska principer. Dessa består av *informationskravet* som innebär att deltagarna ska upplysas om studiens syfte, *samtyckeskravet*, som innebär att de som deltar i studien själva har rätt att bestämma över sin medverkan, *konfidentialitetskravet* som skyddar de deltagande personernas identiteter samt *nyttjandekravet* som innebär att det insamlade materialet endast får användas i forskningsändamål. (Vetenskapsrådet, *Forskningsetiska principer i humanistisk-sambällsvetenskaplig forskning*) Under intervjuerna hände det att informanterna berättade om känslomässigt svåra händelser och erfarenheter. Som forskare kan det vara svårt att ta ställning till när en intervjusituation övergår till ett samtal av mer terapeutisk karaktär men det är viktigt att forskaren är medveten om betydelsen av att inte driva sina frågor för långt. (Kvale 1997, s. 31) Jag försökte därför genomgående att vara lyhörd för de signaler som intervjupersonerna sände ut, om de till exempel svarade undvikande så frågade jag inte vidare. Jag har också varit noga med att upplysa intervjupersonerna om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan och att de inte behövde svara på frågor om de inte ville och min förhoppning är att ingen har känt sig pressad. Intervjupersonerna uttryckte ofta att de ville medverka för att de tyckte att det fanns för lite forskning i ämnet och därför gärna ville bidra med sina erfarenheter. Flera poängterade att de vid intervjutillfället hade kommit så pass långt i sin rehabiliteringsprocess att de inte tyckte att det var så jobbigt att prata om sjukdomstiden, men att de inte hade kunnat prata om sina upplevelser på det här viset för några månader sedan. Man bör därför ha i åtanke att kvinnorna som har medverkat i studien vid intervjutillfället ansåg sig vara på bättringsvägen och kunde blicka tillbaka på sin sjukdomstid med viss distans.

Jag har använt mig av semistrukturerade intervjuer, eftersom det från början kan vara svårt att veta vilka ämnen och frågor som blir intressanta att utveckla. I en semistrukturerad intervju har forskaren en intervjuguide, det vill säga en lista med teman som ska beröras, men det lämnas ett stort utrymme för intervjupersonen och intervjuaren att utforma samtalet fritt. Frågorna måste inte komma i samma ordning i alla intervjuer, det lämnas utrymme för följdfrågor och det finns möjlighet att lämna de förutbestämda frågeområdena och anpassa intervjun efter det som intervjupersonen framhäver som viktigt. (Bryman 2002, s. 301) Målet med intervjuerna var att få en bild av informanternas upplevelser och få ta del av deras erfarenheter av att leva med stressrelaterad ohälsa. Längden på intervjuerna har varierat mellan 50 minuter och cirka tre timmar, de flesta har varit runt två timmar. Den första intervjun tog kortast tid, och den sista längst, vilket främst beror på att jag var ovan vid situationen under den första intervjun, samt att jag har fyllt på med fler frågor allt eftersom det har dykt upp nya intressanta ämnen i materialet. Intervjuerna har spelats in på mp3-spelare och jag har transkriberat intervjuerna ordagrant, även skratt, gester (i den mån jag mindes dem efteråt) och ord som "eh" har tagits med för att fånga nyanserna i samtalet. Allt som allt resulterade det i cirka 120 sidor transkriberad text. Alla namn som nämns i texten är fingerade, och i de fall då en specifik yrkestitel har nämnts har jag ändrat det till "yrke" för att minska risken för igenkänning. Intervjupersonerna uttryckte emellertid inga

betänkligheter kring anonymiteten, utan deras inställning var snarare ”jaja, det är okej, jag skäms inte”. Det blev ibland påtagligt att de talade till en så kallad ”tredje närvarande” under intervjuerna. En ”tredje närvarande” innebär att hur intervjupersonen presenterar sig inte bara beror på hur den uppfattar intervjuaren, utan även förhåller sig till de förväntningar de *tror* att andra har om dem, och vad forskaren vill veta. Intervjuutsagor kan därför innehålla kommentarer till dessa föreställningar, och är alltså inte bara resultat av interaktionen mellan intervjuare och intervjuperson. (Pripp 1999, s. 43)

Mitt arbetssätt

När det handlar om undersökningar inom områden där det är ont om tidigare forskning är grundad teori ett bra metodval då den inte syftar till att bekräfta tidigare teorier eller teser, utan har som mål att utforska nya fält och skapa förståelse för dessa genom analys av empiriska data. (Guvå & Hylander, 2003, s. 16) Även om det visserligen finns en ansevärd mängd forskning om ”utbrändhet” och liknande sjukdomstillstånd, och ämnet inte kan anses vara utforskat, så har jag inte funnit någon studie som bygger just på de berördas egna berättelser om att ha drabbats av dessa sjukdomar, hur de har blivit bemötta och där dessa erfarenheter även undersöks utifrån ett feministiskt perspektiv. Därför bestämde jag mig för att använda grundad teori i min uppsats.

Grundad teori lanserades 1967 av sociologerna Barney Glaser och Anselm Strauss, och har sedan dess omarbetats av bland andra Strauss och Juliet Corbin, och på senare år även av Kathy Charmaz. Genom åren har metoden kommit att utvecklas i två olika grenar där Glasers variant kan sägas representera en objektivistisk, och Charmaz en konstruktivistisk grundad teori, medan Strauss och Corbin rör sig emellan dessa två poler. (Mills, Bonner & Francis, 2006) Skillnaderna består främst i synen på hur verkligheten är beskaffad och därmed också vilken typ av kunskap som kan frambringas. Enligt Glaser finns det en existerande verklighet som en neutral forskare kan upptäcka och nå kunskap om genom data, medan Strauss och Corbin menar att det förvisso finns en verklighet, men att denna alltid tolkas. Charmaz å sin sida menar att det finns en mängd olika verkligheter som forskaren och informanterna skapar tillsammans, och att data således konstrueras i interaktion mellan dessa. (Charmaz, 2001, s. 678) Utifrån detta synsätt är all kunskap relativ och kontextuellt bunden, och forskaren kan inte vara objektiv.

Det som är gemensamt för de olika typerna av grundad teori är bland annat att insamling och analys av materialet sker i växelverkan med varandra, och att forskaren kodar och kategoriserar materialet enligt vissa bestämda steg. (ibid. s. 677) Man kan tycka att de olika grundade teoriernas skiljer sig så pass mycket åt sinsemellan, och att det som förenar dem egentligen inte är så unikt jämfört med tillvägagångssätten i andra kvalitativa analysmetoder. Men det som fick mig att vilja använda mig av grundad teori var att den erbjuder relativt tydliga instruktioner för hur man kan gå tillväga i hanteringen av sitt empiriska material samt att den konstruktivistiska inriktningen i Charmaz grundade teori stämmer överens med min ontologiska övertygelse. Det är således den konstruktivistiska varianten av grundad teori som jag har använt.

Jag har inte haft för avsikt att genomföra en grundad teoristudie enligt konstens alla regler, utan har främst fokuserat på vissa delar av grundad teori som jag funnit relevanta för min studie.

Det som jag har tagit fasta på är att jag inte är ute efter att bekräfta eller motsäga olika teser utan är öppen för nya och oväntade saker och förklaringar i materialet samt vill försöka skapa en förståelse av upplevelsen av stressrelaterad ohälsa kan innebära. Även om jag i förhand hade valt ett problemområde och i viss mån utvecklat frågeställningar har jag arbetat enligt grundad teori så till vida att jag har känt av allt eftersom vilka teman som känts givande att arbeta vidare med. Jag har också systematiskt kodat och analyserat mitt insamlade material i enlighet med grundad teori. Det innebär att jag efter varje intervju har transkriberat det inspelade samtalet så fort som möjligt och därefter läst igenom intervjun för att få en första uppfattning om dess innehåll. Därefter gjorde jag en så kallad öppen kodning, där jag läste transkriptionerna mening för mening och satte etiketter på vad intervjupersonens berättelser skulle kunna betyda, och jag var i det här stadiet öppen för alla möjliga betydelser. De mönster jag kunde urskilja påverkade sedan frågorna i nästkommande intervju. Efter att ha etiketterat fenomenen i intervjuerna klippte jag ut och placerade dem i ett dokument och började där jämföra och koppla samman dem med varandra, vilket gav upphov till några olika teman. Jag kontrollerade också allt eftersom att det fanns stöd för dessa i materialet. Ytterligare ett sätt som jag har arbetat enligt grundad teori på är att det tredje temat i analysdelen, *Den moraliska kvinnligheten* inte var en del av mitt syfte från början utan växte fram helt ur intervjupersonernas berättelser och mina tolkningar av dessa.

Under hela processen har jag också skrivit så kallade memos, idéer och tankar som dykt upp under arbetet, både precis efter en intervju och även i kodningen, har skrivits ned och använts i analysarbetet. Det finns emellertid alltid flera sätt att ordna, tolka och förstå ett material på. Den analys som jag har gjort måste därmed ses som en av flera möjliga. Tidigare forskning och teorier har valts utifrån de teman som har skapats under analysarbetet. Jag kommer att redogöra för dessa teorier efter min självreflektion samt presentation av informanterna.

Självreflektion

I grundad teori eftersträvar forskaren att först bli medveten om sin förförståelse, och sedan sätta den åt sidan. Förförståelsen ska inte presenteras från början, men när teorier eller erfarenheter gör sig påminda ska dessa användas. (Guvå & Hylander s. 15) Det låter ju bra, men det kan nog vara lättare sagt än gjort att inte låta sig styras av de kunskaper man tillägnat sig tidigare. Stressrelaterade sjukdomar med diffusa besvär är något som många i samhället har åsikter om och så även jag. Jag kan inte neka till att jag känner starkt för personer som drabbats av dessa sjukdomar, med tanke på att de förmodligen har mått väldigt dåligt och förlorat mycket genom sin sjukdom. En sjukdom vars orsaker enligt medierna ena dagen kan kopplas samman med dåliga matvanor eller alltför höga ambitioner och nästa dag anses orsakas av miljöförstöring eller informationsstress upplever nog de flesta som skrämmande. (jfr Lundén 2004, s. 22-23) Etnologerna Billy Ehn och Barbro Klein skriver att mycket forskning har med forskarens privatliv att göra men att detta inte behöver vara något problem så länge man försöker vara reflexiv. (1994, s. 78-81) Jag har under arbetet med den här studien försökt att bli medveten om min förförståelse och reflektera över hur jag själv förhåller mig till min forskning. Genom att använda grundad teori som metod har jag hela tiden analyserat mitt material på ett systematiskt

sätt, samt kunnat nedteckna mina tankegångar och idéer under arbetets gång för att sedan använda dessa i analysarbetet och därmed kunnat se dem som en tillgång. Jag har också medvetet valt att ta med många citat, dels för att jag vill lyfta mina intervjupersoners röster, men även för att möjliggöra för läsarna att göra alternativa tolkningar.

När man gör en kvalitativ studie måste man reflektera över sin egen roll. Hur uppfattas man av dem som man talar med, och hur mycket kommer de att berätta? Den här uppsatsen är utförd i samarbete med en avdelning av kommunen på en liten ort i Östergötland, vars namn jag på grund av konfidentialitetskravet valt att inte publicera. När jag träffade mina intervjupersoner kom jag både i egenskap av student och som någon slags företrädare för kommunen. Detta kan ha kommit att påverka vad intervjupersonerna har valt att berätta eftersom de kan anses befinna sig i en beroendesituation till kommunen, försäkringskassan och vården genom att de är sjukskrivna. Intervjupersonerna uttryckte emellertid både positiva och negativa åsikter om kommunen, så jag tror inte att de har retuscherat sina utsagor på grund av det, snarare var de kanske mer angelägna om att delta i studien och verkligen säga sin mening, i hopp om att kommunen då ska förändra deras situation till det bättre. Självklart undrar jag om jag hade fått fram andra uppgifter om jag hade varit någon annan. Kanske hade informanterna sagt mer till en student som var äldre, och vars liv verkade vara mer likt deras eget. Jag upplevde det dock som att informanterna uppskattade att jag intresserade mig för deras situation och att de var angelägna om att det skulle bli en bra och rättvisande studie och därför var öppna under intervjuerna.

När det handlar om sjukdomar av den här typen finns det i samhället olika bud om hur länge man bör vara sjukskriven och vilka behandlingsmetoder som är effektivast osv. Mitt syfte är emellertid inte att bedöma detta utan jag har i likhet med Åsbring försökt inta en öppen inställning till mina intervjupersoners problematik och utgått ifrån att de verkligen har haft besvär. (Åsbring 2003, s. 48)

Jag har valt att benämna intervjupersonernas hälsotillstånd både som *sjukdomar* och som *ohälsa* trots att det i samhället och inom läkarvetenskapen råder oenighet om besvärens egentliga sjukdomskaraktär, på vilka sätt dessa skiljer sig från varandra samt från andra måenden som berättigar eller inte berättigar till sjukskrivning. (Tengland 2006:1, s. 41) Att intervju personer som upplever sig ha ”sjukdomar”, och sedan benämna deras situation som ett ”ohälsotillstånd” anser jag å ena sidan kunna tolkas som ett uttryck för att jag inte riktigt har tagit deras berättelser på allvar, att deras egna definitioner av sitt mående inte är legitimt ens för mig vilket skulle kunna uppfattas som kränkande. Å andra sidan skulle det kunna fungera som ett sätt att lyfta fram den osäkerhet som mina intervjupersoners hälsotillstånd präglas av. Jag har därför valt att använda båda begreppen. Av stilistiska skäl använder jag även ordet *besvär* som liktydigt med symptom. Det har varit en djungel av diagnoser, begrepp och benämningar under arbetets gång, och jag har många gånger frågat mig vad de här personerna egentligen har gemensamt, om det är jag som pressar in dem i en och samma sjukdomskategori. Jag har därför avsiktligt valt att använda begreppen som synonymer i studien i syfte att belysa mina intervjupersoners erfarenheter och ge röst åt deras egna berättelser.

Presentation av informanterna

Kvinnorna som jag har pratat med är mellan 33 och 64 år gamla. Två av dem är ensamstående och fyra lever i heterosexuella relationer. Alla kvinnorna har ett eller flera barn och tre har barn som fortfarande bor hemma. Alla är av etnisk svensk härkomst. Intervjupersonernas arbetsförhållanden och utbildningsnivå skiljer sig åt, alla utom en har gått gymnasiet eller andra utbildningar på motsvarande nivå, och två har högskoleutbildning. De är anställda både inom den kommunala sektorn och i privata företag, hälften har arbetat inom socialt, pedagogiskt eller omvårdande arbete tiden före sin sjukskrivning, och två har arbetat inom administration och ekonomi, en arbetar med köksarbete och lokalvård.

De har alla varit sjukskrivna på grund av depression och de flesta även för en eller flera av följande orsaker: ångest, panikångest, paniksyndrom, stressreaktion, värk och fibromyalgi. De har haft minst tre av följande symptom: trötthet, orkeslöshet, sömnproblem, problem med att äta, ångest, minnesluckor, förvirring, koncentrationssvårigheter, yrsel, problem med att tala på grund av att de tappar ord, värk i musklerna, stelhet, svullnad, smärtor, huvudvärk, irritation, nedstämdhet, oro, svårigheter med att hantera tidspress, samt självmordstankar. De menar alla att deras sjukdomar är stressrelaterade, antingen genom att stress har orsakat besvären eller också genom att besvären förvärras av stress.

Kvinnorna har varit sjukskrivna för sina besvär i alltifrån 2 månader till 6 år. Två av dem har varit sjukskrivna för samma besvär tidigare, den ena för 6 år sedan och den andra för 14 år sedan. De har fått olika typer av rehabiliteringsåtgärder såsom sjukgymnastik, kognitiv beteendeterapi, samtalsterapi, olika typer av massage och avslappningstekniker samt medicinering med antidepressiva och lugnande läkemedel. En av kvinnorna var vid intervjutillfället tillbaka i arbete fullt ut, två arbetade deltid och tre var sjukskrivna på heltid, varav en arbetstränade på halvtid.

Teoretisk referensram

I föreliggande avsnitt kommer jag att redogöra för de teorier som jag har använt i arbetet med studien. Valet av teorier har styrts utifrån de teman som mina intervjupersoners berättelser gav upphov till.

Konstruktionen av kön och diagnoser

Jag har en konstruktivistisk utgångspunkt, vilket innebär att sjukdomar och diagnoser ses som konstruktioner, skapade av språket och föränderliga. Därmed inte sagt att individens sjukdom inte är verklig, men förståelsen av en diagnos eller en sjukdom och dess behandling skapas av kulturen (Johannisson 1994). Den konstruktivistiska utgångspunkten gäller även i synen på kön. Studien handlar om kvinnor men utgår ifrån att kategorin ”kvinna” är en konstruktion. Det innebär att jag inte anser att det finns någon naturlig eller biologisk grund till hur vi uppfattar kvinnor och män utan att eventuella skillnader mellan olika kön eller genus, som det också kallas är skapade av sociala och kulturella processer. Studien har också en feministisk utgångspunkt vilket innebär att den utgår ifrån att samhället präglas av en ojämlikhet mellan män och kvinnor,

där män som grupp har mer makt, och att detta förhållandet bör ändras. (Gemzöe 2003, s. 13) Detta innebär inte att varje enskild kvinna är förtryckt eller underordnad i alla situationer, men att det finns en strukturell ojämlikhet mellan kvinnor och män. Den här maktstrukturen syns i olika sfärer av samhället som till exempel genom att kvinnor generellt har lägre löner än män och utför mer obetalt hemarbete, i högre grad bedöms utifrån sitt utseende samt genom våld och sexuellt utnyttjande av kvinnor.

Hälsa, disease och illness

Filosofen Lennart Nordenfelt reder ut hälsobegreppet i sin bok *Livs kvalitet och hälsa* och han skriver att vi alla har en mängd föreställningar kring vad det betyder att vara frisk, men att begrepp som frisk, sjuk, hälsa och ohälsa är svåra att karaktärisera. (1991, s. 72) Nordenfelt presenterar en teori om hälsa som han kallar equilibriumteorin. Den innebär i korta drag att hälsa är när balans föreligger mellan en persons handlingsförmåga och hennes mål för handling. (Ibid., s. 82) Hälsan kopplas i den här modellen samman med lycka, och författaren menar att ha hälsan är ”att ha förmågan att åstadkomma det som är högprioriterat i ens liv” under standardomständigheterna som råder för individer i det sammanhang som individen befinner sig i. (Ibid., s. 86). Detta innebär att hälsobegreppet blir kulturelaterat, en och samma person, med samma uppsättning kroppsliga och mentala egenskaper kan anses vara frisk i en miljö och vid ohälsa i en annan.

Inom sociologisk forskning om hälsa och sjukdom skiljer man mellan begreppen *Disease* och *Illness*. *Disease* står för den biologiska, fysiologiska processen i en sjukdom, medan *Illness* står för en persons upplevda känsla av sjukdom. *Illness* kan, till skillnad från *Disease* bara nås genom personens egna beskrivningar. De båda tillstånden kan förekomma både tillsammans och var och en för sig. En person kan till exempel känna sig sjuk utan att något objektivt mätbart bevis kan hittas, och en annan person kan känna sig frisk trots att den har cancer som ej upptäckts ännu. (Ibid., s. 92) Man kan säga att *Illness* hör till den vardagliga upplevelsen av måendet, medan *Disease* hör till den professionella, medicinska sfären. Eftersom den medicinska vetenskapen ofta präglas av ett sökande efter mätbara symptom kan personer vars sjukdomar som är mer *Illness*-relaterade, och alltså inte visar några synliga tecken, komma att ifrågasättas.

Mötet med andra och synen på sig själv

För att förstå mötet mellan till exempel en patient och hennes läkare, kan ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv vara användbart. I symbolisk interaktionism ser man hela det sociala samspelet som en teaterföreställning där människor träder in i olika roller för att bevara och skapa sina jag. Människans identitet blir till i ett samspel med andra, där olika delar av ens jag bekräftas. Det innebär inte att människan är falsk, utan att hon lyfter fram olika sidor av sig själv i olika situationer. Människor befinner sig i ständig interaktion med sig själva och andra, och självet är således aldrig konstant. (Charon 2004)

Diagnoser och sjukdomar kan associeras med stigma beroende på människors uppfattningar om dem. Sociologen Erving Goffman använder begreppet stigma som en beteckning på

egenskaper som är djupt nedvärderande för en person. Det finns tre olika typer av stigma: kroppsliga missbildningar, fläckar på karaktären som till exempel psykisk sjukdom eller arbetslöshet, och stambetingade stigmat som till exempel etnicitet eller religion. (Goffman 1971, s. 14) När det handlar om stressrelaterad ohälsa är det således den andra typen av stigma som är aktuell. En stigmatiserad person anses inte vara lika mycket värd som andra, eftersom någonting hos personen avviker från de normer som råder i det samhälle som hon lever i. En person som har ett stigma kan vara antingen misskrediterad eller misskreditabel. Misskrediterad är hon när avvikelsen är synlig eller känd för andra, och misskreditabel innebär att personen inte är misskrediterad just nu, men riskerar att bli det om omgivningen får veta om hennes avvikelse. (Ibid., s. 50)

Analys

Vi är nu framme vid det kapitel där studiens resultat ska presenteras. Min analys av intervjupersonernas berättelser är indelad i tre huvudavsnitt som i sin tur har flera underrubriker för att underlätta läsningen. Analyskapitlet inleds med ett avsnitt om hur personerna har mått och hur de benämner sina hälsotillstånd. Därefter följer ett avsnitt som handlar om att lida av besvär som är mer eller mindre osynliga och hur man blir bemött när man söker hjälp för dessa. I det tredje och sista avsnittet visas förhållandet mellan könsroller och förståelsen av sjukdom.

Måendet och dess benämningar

Eftersom en god hälsa, eller frånvaron av densamma är av grundläggande betydelse för en persons tillvaro och identitet, är det intressant att titta på hur kvinnorna i min studies ohälsa har yttrat sig. Jag kommer att börja med att kort redogöra för hur de beskriver sitt normaltillstånd; den goda hälsan och sedan gå över till hur ohälsan har yttrat sig. Därefter beskriver jag hur de vårdgivare de har träffat har betecknat dessa besvär och vilka diagnoser kvinnorna har fått samt hur de talar om dessa.

Den goda hälsan; ett normaltillstånd

Vad en god hälsa innebär skiljer sig åt mellan mina olika intervjupersoner, men ett centralt inslag i deras berättelser är känslan av ”att orka med”. Det kan vara att orka med att utföra sitt ordinarie arbete, men även att kunna ta hand om det vardagliga utan större problem. Att ha energi att umgås med vänner och kunna göra saker som ”normala människor”, känna lust till aktiviteter nämns också som tecken på hälsa. Ofta beskriver de inte vad hälsa är (vilket naturligtvis beror på intervjusituationen, som fokuserade på erfarenheter av sjukdom), men den träder fram implicit i kontrast till hur det är att vara sjuk.

Susanne - Det är jättesvårt att förklara för nån som inte har varit utsatt så, det kan vara ett problem att bara ta sig upp ur sängen, hoppa in i duschen och göra sig i ordning så, det kan vara en heldagsprocess liksom, så att den här orken, att man inte orkar, fast man vill och att man har tappat den här geisten lite, att man inte orkar fullfölja, det har nog varit det jobbigaste, för jag är ju väldigt aktiv och social annars. Men jag hade ingen ork så jag drog mig undan kompisar och allting, för jag orkade inte, så att, det var nog det jobbigaste tror jag.

Ingela - Det är massor med småsaker som jag har haft massa problem med, och som jag har känt, ja som ett oöverstigligt hinder. Till exempel, jag har ju lite husdjur då, bara en sån sak som att hålla i lite nytt vatten i en vattenflaska till kaninerna, det har varit jättetufft, åh hur ska jag orka det?, och hur ska jag orka ge dem mat? Alltså bara såna saker, jag tänkte på det häromdan när jag bytte vatten åt dem, att det är ju en baggis nu, men förut har det varit ett jättestort hinder, och även då matlagning och såna saker. Och ju sämre man blev desto mer slarvade man, det var ju allting, hygien och allting förut var jag jättenoga med att duscha varje dag, det brydde man sig inte om tillslut.

För kvinnorna i studien är hälsa när de känner styrka och lust att ta sig an sina vardagsgöromål och sitt arbete, helt enkelt när livet fungerar ”som vanligt.” Att ha energi till att umgås med vänner och kunna göra saker som ”normala människor” nämns också som tecken på hälsa.

I citatet nedan berättar Monika om hur hon vill att det ska bli när hon har blivit frisk.

Monika - Den här gången så ska jag bli riktigt frisk, jag ska känna att jag har orken, jag har lusten, och alltså både den mentala och den fysiska styrkan, till att börja jobba igen. För jag ska ju jobba (x antal) år till, tills jag blir pensionär, och jag vill jag vill orka jobba de åren, jag vill tycka det är kul att jobba de åren. Jag vill känna att det är meningsfullt att jobba de åren. Jag vill göra nytta för mig, jag vill ha en bra pension när jag blir pensionär. Ja. Jag vill vara med i livet, jag vill påverka och ja, vill känna mig delaktig i hela livet.

Att ha ork, lust, styrka och energi att fullfölja sina vanliga aktiviteter är alltså genomgående det som hälsan innebär för intervjupersonerna, och som deras ohälsa kontrasteras emot. Sjukdom kan vara många olika saker, men ett framträdande mönster är att just vardagliga göromål känns tunga och att man tycker sig ha förändrats jämfört med hur man var förut. Lennart Nordenfelt skriver i sin bok *Livs kvalitét och Hälsa* att den goda hälsan ofta är sammankopplad med lycka, att vara vid god hälsa är att ha förmåga att förverkliga sin minimala lycka. (Nordenfelt 1991, s. 86) I Monikas fall ovan tolkar jag det som att hon i nuläget upplever ett utanförskap, eftersom hon säger sig vilja påverka och känna delaktighet när hon blivit frisk. Hennes upplevelse av hälsa hänger således samman med hennes upplevda förmåga att förverkliga saker som hon finner meningsfulla och att ”vara med i livet”.

Benämningar och förståelse av sjukdomar

Fyra av kvinnorna sökte till en början läkarhjälp för fysiska besvär. Två av dessa sökte för influensaliknande symptom, feber och sjukdomskänsla, två sökte för olika typer av smärta. En sökte för trötthet och en för ångest och nedstämdhet. Nedan berättar Gunnel om hur hennes sjukdom yttrade sig:

Gunnel - Det började faktiskt i mina fötter, utbrändheten.

Martina - Jaha.

Gunnel - Och det hörde jag också en annan person som sa, att det började i hennes hälsenor. Det är jättekonstigt. Jag kunde inte, kunde knappt gå, förstår du. Jag hade så ont i min fot! Det var som om jag gick på bölder nästan, i foten. Och foten domnade och den svullnade och, ja det var jättekonstigt. (...) Det började alltså så, ja har jag inte vett här uppe (pekar mot huvudet) att säga ifrån att ”nu är det bra”, så var det mina fötter då som fick tala om det för mig. Ofta är det ju så med kroppen att det kan börja på nåt annat ställe. Och sen hade jag ju väldig värk i min kropp och det var ju det att, hjärnan visste egentligen att ”du orkar inte Gunnel”, men samtidigt så skulle jag ju orka. Och då, då var det ju min kropp som sa ifrån alltså, den sa att ”nu får du sakta ner”.

Att en pressad livssituation kan leda till att man sliter ut sig fysiskt och att mental press kan ta sig uttryck i kroppsliga symptom återkommer i flera av mina informanternas berättelser. Citatet ovan är kanske det mest talande för uppfattningen om att kroppen besitter en större insikt än vad medvetandet vill kännas vid. Stela axlar, onda ryggar, huvudvärk och som vi ser ovan, besvär med fötterna är enligt flera av intervjupersonerna resultat av en stressad livssituation.

Samtliga kvinnor som jag har talat med har som tidigare nämnts fått diagnosen ”depression” i sina läkarintyg, men när de talar om sina sjukdomar benämner de dem ofta på andra sätt. När jag frågar Monika vad hon föredrar att kalla det, svarar hon:

Monika - För mig spelar det ingen roll. Det är stress. Och långvarig stress ger utmattning, långvarig utmattning ger fysiska och psykiska besvär, som leder till depression och ångest. Så det är ju alltså en typ av utmattning som leder till depression tillslut, du får en utmattningsdepression. Så kalla det utmattningsdepression, kalla det utbränd, det är väl ett bra ord, för det säger egentligen hur du känner dig. Du har ingen energi, du har ingen ork, hjärnan fungerar inte. Eller kalla det hjärnstress.

Monikas uttalande ovan visar på den stora mängd olika begrepp som kan användas för att beskriva hennes sjukdom. Hon nämner flera olika ord, *stress* som beskriver vad som orsakat besvären, *utmattning* och *depression* som stressen ledde till, och *utbränd* eller *hjärnstress* som i sin tur beskriver hur det känns. Susanne reflekterar över sin diagnos på ett liknande sätt.

Martina - Vad föredrar du att kalla det?

Susanne - Jaa, utmattning skulle jag nog vilja säga. Utmattnings... ja jag vet inte, utbrändhet, det går nog med vilket som i och för sig. Jag tycker inte att någonting låter sämre än det andra, men som jag känner, i mitt fall så, utmattningssyndrom skulle jag vilja säga, istället för, som jag fick nu på papperet att det är depression. Sen är det ju en depression jag har haft självklart, en lindrig, så att. Men utmattning skulle jag nog vilja kalla det.

Citaten ovan visar några exempel på hur kvinnorna talar om sina diagnoser. Fyra av kvinnorna verkar hysa en motvilja att kalla sin sjukdom för depression, och anser att andra benämningar stämmer bättre in på hur de har upplevt sina besvär. Det ges olika förklaringar, en är att de inte anser sig ha drabbats av en egentlig depression, utan hellre identifierar sig med benämningar som ”utmattad” eller ”utbränd”. Några menar att depressionen är ett resultat av utmattning och andra menar att utmattning är ett resultat av depressionen, men i båda fallen anser de utmattningen vara det mest väsentliga. Andra benämningar som kvinnorna själva använder är ”gå i väggen”, ”bränna ut sig”, ”drabbas av stress”, ”krascha” eller helt enkelt att ”må dåligt”. Den främsta anledningen till varför deras sjukdom ändå kallas depression är enligt dem själva att den diagnosen är den enda som anses giltig för att ha rätt till sjukpenning:

Marie - Jag kallar det för depression, därför att det är det enda som Försäkringskassan godkänner. Och jag tycker egentligen inte att det är så viktigt vad man kallar det. (...) Att jag kallar det för depression handlar väldigt mycket om att jag i jobbet och även i min egen situation har förstått att Försäkringskassan bryr sig inte om utmattningar och de bryr sig inte om utbrändhet, men däremot om det står depression och om det står hur den depressionen yttrar sig, då tycker man att det är en sjukdom. (...) Och för mig, tänker jag, var jag läkare då, så skulle jag anpassa mig efter det. Och så skulle jag använda den diagnosen, oavsett hur jag pratade med min patient, ja då får jag väl förklara för patienten att jag skriver såhär därför att.

Monika har liknande erfarenheter av hur det går till när läkarintygen formuleras:

Martina - Vilken diagnos blev du sjukskriven för?

Monika - Det var depression och panikångestsymptom då. Och det skrev man väl egentligen också, det sa både läkaren på sjukhuset och min företagsläkare, att de tog i lite hårdare eftersom vi har haft problem, flera andra kollegor som varit stressade också, har inte fått betalt ifrån sjukkassan. För att stress är ingen sjukdom att vara sjukskriven för idag.

Marie, i det översta citatet berättar att hon har godtagit benämningen depression för sitt tillstånd, men poängterar att hon inte tycker att det är viktigt vad det kallas, något som jag tolkar som att

även om hon inte fäster så stor vikt vid diagnosen, så anser hon inte riktigt att depression är det mest passande namnet för hennes besvär. Kvinnan i det förra citatet, Monika, menar att hennes läkare har anpassat diagnosen i läkarintyget, och rentav ”tagit i lite hårdare”, för att undvika att hon ska bli utan pengar från Försäkringskassan, som inte anser stress vara ett tillräckligt starkt skäl för sjukskrivning. Detta är något som återkommer i flera av intervjuerna. En annan kvinna berättar om konsekvenserna som uppstod då hennes läkare formulerade sig vagt i läkarintyget. Försäkringskassan godkände inte hennes sjukskrivning och hon nekades ersättning trots att andra läkare intygade att hon inte kunde arbeta. Efter flera överklaganden fick hon slutligen rätt, men hon hade då varit nära att begå självmord och menar idag att processen har fördröjt hennes tillfrisknande. En annan intervjuperson, Eva, berättar om när hon hade varit sjukskriven på halvtid av sin 75-procentiga tjänst en tid, och läkaren ville att hon skulle börja arbeta mer:

Eva - Jag sa att jag kan inte gå upp i tid, jag klarar inte det, och jag vet att jag inte klarar det liksom. Det är ingen mening för jag klarar knappt de här tre timmarna. Jag visste att jag inte klarar mer utan att må sämre. Så då fick jag gå hem och lägga mig (efter att ha jobbat tre timmar), så det gick ju, det var ju så. Men då sa hon det att ”hon kan inte sjukskriva mig för jag har ingen sjukdom”. Då tänkte jag att ”vad har jag då för nåt?”. (skratt)

Martina - Hur kände du då, blev du liksom arg, eller blev du ledsen?

Eva - Nej jag blev ledsen för jag orkade inte, och jag, tyvärr är det så, jag kan ju känna såhär efteråt, flera gånger har jag tänkt att ”varför sa jag ingenting?” då, men då kände jag bara, då vart jag bara såhär (tyst) och det är likadant nu också att jag kan känna att när jag går till läkaren att jag har svårt att liksom ifrågasätta på nåt vis.

I citatet ovan ser vi hur läkaren uttryckte att Evas besvär inte var att räkna som sjukdom och att Eva kände sig kränkt men upplevde att det var svårt att ifrågasätta läkarens ord trots att hon själv kände att hon inte klarade av att öka i arbetstid.

Sjukskrivningstider och behandlingar tycks i mycket hög grad vara kopplade till den enskilda läkarens inställning till kvinnornas besvär. Läkarna har makt att skriva någonting annat i läkarintyget, ta i lite extra eller bedöma att besvären inte är att klassa som sjukdom, med allt vad det innebär för de drabbade individerna. Man kan fråga sig vilka konsekvenser detta får för patienternas uppfattningar om sin situation om rätten till sjukpenning tycks vara avhängig läkarnas goda vilja att formulera sig ”rätt”, eller att ”ta i lite extra”, samt vad det kan få för betydelse för kvinnornas känsla av legitimitet och trovärdighet i sin sjukdom, när man lider av besvär som inte anses vara giltiga, egentligen?

Merete Undeland och Kirsti Malterud, som har forskat om kvinnors upplevelse av att få en så kallad osäker diagnos, nämligen fibromyalgi, skriver att själva diagnostiseringen kan vara viktig då den erbjuder ett sätt för patienten att förstå och legitimera sina problem. Diagnosen fibromyalgi visar sig dock i deras studie vara mer komplex då den inte ger legitimitet i alla sammanhang, till exempel skrev en av läkarna vid ett tillfälle någonting annat än fibromyalgi i läkarintyget för att patienten skulle få rätt till sjukpenning. (Undeland & Malterud 2007, s. 254) Min studie visar att detta förekommer även bland kvinnor med olika typer av stressrelaterade sjukdomar. Diagnoserna ger inte full legitimitet då de visar sig vara resultat av en kompromiss och i princip instiftandet av en pakt med läkarna.

Föränderliga diagnoser och innebörder

Benämningen av sjukdomstillståndet har förändrats över tid, vilket illustreras i citatet nedan.

Martina - Vilken orsak fick du sjukskrivning för?

Susanne - Han (läkaren) sa ju det, att det kallas ju utbrändhetsdepression, men Försäkringskassan godtar ju inte det här med utbrändhet riktigt, så att man ska få ersättning, så han skrev depression i min sjukskrivning. Men förra gången hade jag utbrändhetsdepression, det hette det ju då, för 6 år sedan.

Susanne har varit sjukskriven vid två olika tillfällen för samma besvär, men själva beteckningen har förändrats. Det är därmed tydligt hur samma besvär har bytt namn över tid och enligt intervjupersonerna är det på grund av försäkringskassans regler. Karin Johannisson skriver att diagnoser och vad som anses vara en sjukdom skapas genom en kamp mellan olika röster i samhället. (Johannisson 2005, s. 28) I Susannes utsaga ovan kan man urskilja denna process. De som kämpar om tolkningsföreträdet är i detta fallet läkarna och Försäkringskassan, och där emellan hamnar individen som försöker skapa en egen förståelse av sitt tillstånd. Även om det bara är ”utbrändhets”-ordet som tagits bort i exemplet ovan, kan det få konsekvenser för hur man som drabbad skapar förståelse för sin sjukdom. I citatet nedan reflekterar Eva kring de olika benämningarna:

Eva - Man kan höra det, att folk säger det, att de har gjort det (gått in i väggen). Och att man kan säga det fast det inte är till ens bästa kompis, man kan säga det. Det är inte så fult på nåt vis. Fast det får ju inte heller vara, men jag vet inte, men i vilket fall så blir det ju lättare, för att en sån här sak måste vi ju prata om. Så på det sättet kan jag ju känna att det är bra. Men på nåt annat sätt så kan jag känna att ”jaha, vad menar han med det, vad är det jag har då?, liksom, och är det skillnad på det och det?” Så det blir väldigt mycket förvirrande också. Men just den grejen tänkte jag på, att man just inte kan säga, man säger liksom inte att ”jag hade ju en depression”, ja det kan väl finnas nån, det finns det väl i och för sig också, men inte lika lätt i alla fall som att folk nu säger att de har gått in i väggen eller så, att man lättare kan prata om det med de här nya orden eller vad man ska säga.

I citatet ovan uttrycker Eva att en positiv konsekvens av ”de här nya orden” är att det är lättare att prata om sjukdomen med utomstående, vilket hon anser att det är önskvärt att göra. Men samtidigt ger hon uttryck för att begreppen skapar förvirring kring den egna diagnosen då hon inte vet vad läkaren menar. Hon undrar vad hon själv egentligen har drabbats av och på vilket sätt det skiljer sig från alla de andra benämningarna.

Det är inte bara diagnoserna och sätten att benämna besvären som varierar, utan det gör även kvinnornas inställningar till själva sjukdomstypen. Många talar både om att det var skönt att få en diagnos, och att få veta att det inte var någon dödlig eller allvarligare sjukdom, samtidigt som de inte tycks anse att diagnosen som ställts riktigt stämmer in på dem. Varför det skulle vara fulare att ha drabbats av en depression än att ha ”gått in i väggen”, som Eva sa i citatet ovan, är en annan sak man kan fundera över. Flera av kvinnorna berättar om att andra personer har fördomar om människor som har drabbats av samma eller liknande besvär som de själva har. Sjukdomen förväxlas med mentalsjukdomar vilket de anser är en felaktig koppling:

Ingela - Det var ju liksom nåt skamligt och när det handlade om de här, mentalsjukhus och sädär. Och många vill inte höra talas om, att man mår dåligt, de ser ju det liksom som vad ska

man säga, det är ju psykiskt det handlar om, men det är ju inga, inga direkta, inga mentalsjukdomar. Men det är många som känner en skam.

Citatet ovan är ett exempel på hur kvinnorna gör motstånd mot det de uppfattar vara andras förutfattade meningar om sina besvär, själva är de noga med att skilja mellan sina egna besvär och psykiska sjukdomar. Mina informanter förhåller sig till negativa schablonbilder av psykiskt sjuka genom att de exempelvis säger att de själva visserligen har psykiska besvär och varit deprimerade men att det inte rör sig om riktiga mentalsjukdomar. Närvänen och Åsbring skriver att några av kvinnorna i deras studie har tagit illa vid sig när vårdgivare har tillskrivit dem psykologiska orsaker till sina problem, och då blivit tillskrivna en identitet som kopplas samman med negativa stereotyper om psykiskt sjuka. (*Socialvetenskaplig tidskrift* 2004, nr. 1 s. 49). Mina intervjupersoner har inte blivit tillskrivna psykologiska orsaker till sin sjukdom på ett negativt sätt av sina läkare. Jag tolkar dock deras utsagor som att de ändå förhåller sig till och försöker att minska risken att bli tillskrivna en identitet som psykiskt sjuk av andra genom att tala om sina besvär som i första hand stressrelaterade.

Flera av mina intervjupersoner gör aktivt motstånd mot föreställningar om att sjukdomen skulle vara skamlig, genom att prata om att det är en särskild personlighetstyp som drabbas:

Monika - Jag tror det är en stor del av de som drabbas som känner skam, på nåt sätt. Att man inte tillhör de här som orkar, man är nån slags B-människa. Och tyvärr finns det nog lite dålig attityd också ute i samhället, på det att de som går i väggen är lite B-människor. Men tyvärr är det väl så att det är tvärtom, att det är de som engagerar sig, och har hög empatisk förmåga, är tävlingsinriktade och så, det är de som går i väggen, enligt forskarna, stressforskarna. Det är inte de som tar livet med en klackspark som går i väggen. Utan det är de som är engagerade, lite för mycket. Att inte skämmas för att man går i väggen, det är nummer ett.

Utsagan ovan är ett tydligt exempel på hur sjukdomens betydelse och bilden av den sjuke kan fyllas med kvalitéer som engagemang, empati och höga ambitioner. Vi får veta att de drabbade inte har någon anledning att skämmas, tvärtom så det är de "bra" människorna som drabbas. Sjukdomen kan på så vis bli ett kännetecken för att man är en duglig och ambitiös person. Enligt Karin Johannisson har sjukdomar av den här typen associerats med olika personlighetsdrag under olika tider. Diagnosen neurasteni, vars symptombild stämmer överens med de som mina intervjupersoner uppger, sågs vid sekelskiftet som ett tecken för framgång och ansågs drabba högpresterande grupper i samhället. 1980-talets kroniska trötthetssyndrom, även kallat "yuppiesjuka" hade till en början samma status. Dessa sätt att se på sjukdomen gjorde att patienterna slapp undan andra diagnoser, så som depression eller neuros, som hade en mer negativ klang. (Johannisson 2005, s. 24)

Jag har i detta avsnitt visat att kvinnorna definierar en god hälsa som att orka med det vardagliga, och att de sökte läkarvård för fysiska krämpor som smärta och feber istället för mer känslomässiga eller psykiska besvär även om sådana också förelåg. Ändå fick de allihop diagnosen depression. Jag har också beskrivit hur kvinnorna själva föredrar att tala om sina besvär, hur de benämns av vårdgivare samt vad detta ger för effekter på kvinnornas känsla av legitimitet för sin sjukdom. Mina resultat visar att kvinnorna har fått en mängd olika diagnoser,

det tycks vara slumpartat hur sjukdomen benämns. Enligt intervjupersonerna är diagnoserna i första hand ett resultat av Försäkringskassans regelverk för vilka besvär som kan räknas som sjukdomar och därmed vara giltiga skäl för sjukpenning. I flera fall har sjukdomarna bytt namn över tid. Kvinnorna får inte legitimitet för sina egentliga besvär eftersom de ord de själva föredrar inte är giltiga enligt vårdgivarna eller Försäkringskassan, och de ord som vårdgivarna och försäkringskassan använder anser intervjupersonerna inte vara de mest passande för att beskriva deras sjukdomar. Flera av kvinnorna upplever diagnoserna som väldigt förvirrande. De gör också motstånd mot föreställningar om att deras sjukdom skulle kunna hänga samman med psykisk sjukdom genom att presentera föreställningar om att det är ambitiösa och dugliga personer som drabbas. Sjukdomen kan därmed laddas med olika innebörder, såväl negativa som positiva. Osäkerheten kring diagnosernas innebörder och sätten att tala om sjukdomarna skulle kunna hänga samman med sjukdomssymptomens diffusa karaktär, vilket jag kommer skriva om i nästa avsnitt.

Att bli sedd med sina osynliga symptom

Vi har nu kommit fram till den andra huvuddelen av analyskapitlet. Avsnitten som följer här nedan kommer att visa hur kvinnorna i min studie har förhållit sig till sina besvär och hur de upplever sig ha blivit bemötta av andra.

Att bli trodd

Besvären som kvinnorna har haft har alla varit av sådana slag som inte går att se och som därför kan vara svåra att diagnosticera och behandla. Att känna sig sjuk utan att det finns några synliga bevis för att man verkligen är det har upplevts som frustrerande av kvinnorna som jag har talat med.

Monika - Det syns inte alltid utanpå hur man mår, Yrsel syns inte, huvudvärk syns inte, och jag menar trötthet syns inte heller alltid, det är svårt att se. Så man känner ju det att man blir inte riktigt trodd.

En del personer har även upplevt sina symptom som så diffusa att de har haft svårt för att uttrycka dem för läkare, och även att stå för dem inför sig själva.

Eva - Jag bara kände att det funkar inte, det kändes ungefär som att det fattas nåt i kroppen på nåt vis. Men det kan man ju inte komma och säga heller, det är det ju ingen som bryr sig om eller lyssnar på riktigt, liksom såhär konstiga saker. Och man kan ju inte stå för det riktigt själv heller, samtidigt, man bara tycker det såhär.

Läkarbesöken och mötena med personer från olika myndigheter kunde därför komma att utgöra ett orosmoment för flera av intervjupersonerna.

Gunnel - Jag fick ångest för jag tänkte "ska de tro mig idag", innan jag fick (min nuvarande läkare). För jag gick ju mycket innan med då, eller för då började det i mina fötter, och jag började känna mig sliten, att det var nåt som var fel. Jag fattade ju inte vad det var, och ingen trodde att nåt var fel. Jag trodde jag hade fått reumatism för det finns ju i släkten, och jag hade så ont i min kropp, men nej, det var det inte. Utan man känner såhär att "nej det är inbillning", och de tog ju prover men ingenting visade någonting.

Monika, Eva och Gunnel ger alla uttryck för att ha känt att andra har tvivlat på deras trovärdighet på grund av att det inte gått att hitta några synliga tecken på sjukdom. En av kvinnorna, Monika, talar mycket om att det visst finns metoder att mäta till exempel stresshormoner objektivt, men att läkarvetenskapen inte vill ta till sig dessa. Detta tolkar jag som ett uttryck för ett behov av att göra den ”osynliga” sjukdomen synlig och möjlig att bevisa. Hon har sökt sig till alternativmedicinen och där fått förklaringar och ”bevis” som till exempel att hennes stressade livssituation har orsakat en vitaminbrist som går att mäta.

Monika - Det skulle jag ju önska att man via ett prov då kunde se ”jamen herregud den här människan har så här höga stresshormoner!” så att det fanns ett fysiskt bevis på mig, för idag är det ju så flummigt. Du har en jättemassa symptom, men det är ”jaja”, det går inte att bevisa att du riktigt är utbränd. Och då känner man sig att man inte är riktigt trodd. Och då kan jag känna att, jamen det är väl samma sak om du tar ett blodprov eller sänkan och ser att men herregud den här har jättehögt blodtryck, då får du blodtrycksmedicin med detsamma. Eller man kan mäta om du har för höga sockernivåer så man ser att du är diabetiker exempelvis då. Men med stress är det svårare då, det finns inga bra metoder att mäta, hur pass utbränd är du?

Jag tolkar det här talet och sökandet efter synbara bevis som ett uttryck för frustration över att inte bli trodd eller kunna gradera hur pass sjuk man egentligen är. Inom sociologisk forskning om hälsa och sjukdom skiljer man mellan begreppen *Disease* och *Illness*. *Disease* står för den biologiska, fysiologiska processen i en sjukdom, medan *Illness* betecknar en persons upplevda känsla av sjukdom. *Illness* kan till skillnad från *Disease* bara nås genom personens egna beskrivningar. En person kan till exempel känna sig sjuk utan att något objektivt mätbart bevis kan hittas och en annan person kan känna sig frisk trots att den har cancer som inte upptäckts ännu. De båda tillstånden kan förekomma både tillsammans och var för sig. (Nordenfelt 1991, s. 92) Eftersom den medicinska vetenskapen ofta präglas av ett sökande efter mätbara symptom kan personer vars sjukdomar är mer *Illness*-relaterade komma att ifrågasättas. Kvinnornas berättelser kan ses som ett tecken på den föreställning om sjukdom som *Disease* som råder i samhället. Att andra tror att de inbillar sig, och att de inte ens själva riktigt kan stå för sina ”konstiga” symptom kan ses som ett uttryck för att de i mötet med sjukvården har erfärut att sjukdom som *Illness* inte har samma legitimitet som *Disease* har, samt att detta upplevts som frustrerande och ångestframkallande hos kvinnorna i den här studien.

Två av intervjupersonerna berättar dock att de har träffat läkare som kan se på dem att de är sjuka, vilket på sätt och vis motsäger föreställningen om att deras sjukdomar inte går att se. I ett av dessa fall är förmågan att se kopplad till att en särskilt skicklig läkare har insikt i hur en kvinnas situation kan se ut. Gunnel berättar nedan om när hon hade bytt till en läkare som hon blivit rekommenderad till av en bekant.

Gunnel - Och hon såg ju det direkt på mig, hon lärde känna mig. Hon är ett år äldre än mig, en kvinnlig läkare som vet att vi kvinnor, vi har ju ofta, vi går inte bara till jobbet utan vi ska tänka på hemmet också. Det gör inte en man, absolut inte, det är nog väldigt ovanligt. Men som kvinna när man är på jobbet, det är barn, och man har ett annat tänk, så man dubbeljobbar egentligen va. Och hon, ja hon förstår en kvinnas situation väldigt, jättebra. (...) Så hon såg ju på mig direkt, och sa ”idag ser du, fräsch ut”, sa hon, eller nåt sånt här, och så såg hon direkt när jag var down, när jag inte var bra, för i perioder så är det bättre och jag har mindre ont i knoppen och ibland är det mer såhär (visar nedåtrörelse med handen).

Citatet ovan tolkar jag som ett uttryck för ytterligare en dimension som har betydelse för förståelsen av dessa sjukdomar. Sjukdomen måste förstås utifrån sitt sammanhang, endast en person som har insikt i patientens livssituation kan enligt intervjupersonen tyda de tecken på sjukdom som finns. Det krävs således empati och livserfarenhet för att kunna bedöma och tolka symptomen, enligt Gunnel. I mötet med den här läkaren har Gunnel inte känt sig tvungen att bevisa någonting, utan läkaren har direkt själv kunnat se på henne hur det stått till mot bakgrund av att hon känner till hur patientens tillvaro ser ut.

Att kvinnorna talar så mycket om betydelsen av synbara tecken på sin sjukdom tolkar jag som att det här med synlighet och risken att inte bli trodd upptar en stor del av kvinnornas tankar om sin situation. De som inte har haft några synliga tecken på sjukdom uttrycker frustration över detta, och de som har upplevt att andra har kunnat se hur de har mått betonar detta starkt. Även de som inte har blivit ifrågasatta förhåller sig till en sorts allmän vetskap om att andra inte blivit trodda, och menar att de har haft tur och direkt kommit till *rätt sorts* läkare, som har förstått dem. Utsagorna om att det inom alternativmedicinen finns metoder för att mäta grader av stress, och att skickliga personer kan se hur det är fatt, motsäger uppfattningen om att stressrelaterade sjukdomar inte syns eller går att mäta. Man bör dock ha i åtanke att de sätt som de syns på inte är möjliga att visa upp som objektiva bevis, utan det är bara ett fåtal, enligt intervjupersonerna särskilt skickliga läkare som kan tyda dem, och att alternativmedicinska provresultat inte ges någon likvärdig status som medicinska provtagningar när det gäller behandlingar eller sjukskrivning. Kvinnorna kan således inte själva styra över eller visa upp sina symptom när de så önskar, utan är utelämnade till andras bedömning.

Bemötande

Det finns en stor spridning i upplevelserna av bemötandet av sjukvården och andra bland intervjupersonerna. Två av dem anser att de blivit bemötta på ett respektfullt sätt av i stort sett alla som de varit i kontakt med och jag ska börja med att låta en av dessa berätta om när hon gick till läkaren för att hon kände sig sjuk. Hon trodde att hon led av sviter efter en infektion men läkaren misstänkte att det kunde vara någonting annat.

Marie - Jag hade fått en ny läkare då och han frågade mig vad jag jobbade med och undrade om jag trodde att jag kunde vara utbränd så, nåt i den stilen. Men det slog jag ifrån mig, att nej det trodde jag inte så. Visst, det hade varit mycket på jobbet då en period men det var bättre nu, så att det trodde jag inte. Nej, så då sjukskrev han mig fjorton dagar, plus måndagen, alltså veckan därpå. Och jag tyckte det var jättekonstigt när jag upptäckte det när jag kom hem, varför sjukskrev han mig på måndagen, det tyckte jag var lite märkligt så. Jag vet fortfarande inte om det var med automatik att han sjukskrev mig ju då från tisdagen, för första dagen var ju karensdag, och då sjukskrev han mig från tisdagen, och jag vet inte om han valde att göra så eller om han tänkte redan då att "det här kommer inte att gå, hon kommer inte kunna jobba om fjorton dar, men hon har inte förstått det själv, än". (...) Och sen så träffade jag en jätteduktig läkare. Som väldigt lugnt hälsade på mig och vi gick in på hans rum och han sa "varsågod och sitt". Sen lutade han sig tillbaks bara i sin stol och väntade på att jag skulle berätta.

Martina - Mhmm.

Marie - Och så ställde han några frågor bara så. För att fylla i. Och när jag hade pratat så, säkert en halvtimme fyrtifem minuter, så konstaterade han bara helt lugnt så att ”ja du är deprimerad och du behöver få hjälp med det”.

I Maries fall ovan visas hur hon sökte hjälp för en allmän sjukdomskänsla, och att det var läkaren som först nämnde att hon kunde vara utbränd eller något liknande. Hon har inte själv behövt argumentera för vad som skulle kunna vara orsaken till hennes besvär, utan har fått sjukskrivning och hjälp helt på läkarens initiativ.

Det som de två kvinnorna som har fått ett bra bemötande lyfter fram är att läkaren har tagit sig tid, lyssnat och förstått. Kvinnorna har varit överens med läkaren i fråga om behandling och sjukskrivningstid. Och det är också tydligt att de upplever att läkaren har kompetens, och vet vad som är bäst för dem.

Marie - Jag känner att man har haft väldigt respekt för mig i det här arbetet. Att man har lyssnat av och man har inte försökt att trycka på mig. Snarare precis tvärtom. Och då har man nog läst av mig rätt bra.

Martina - Vad skönt.

Marie - Ja för jag är sån att jag behöver, jag är en sån person som mer behöver bromsas än pushas på.

Martina - Ja, okej. Hur kände du inför medicineringen, kändes det okej också?

Marie - Ja inte till att börja med, alltså då kände jag som så att jag ville inte äta medicin. Men ja okej, säger läkaren att jag ska göra det, då testar jag och ser vad som händer. Och det som gjorde att jag inte motsatte mig det mer än vad jag gjorde, det var att han var förtroendeingivande.

I uttalandet ovan kan vi också se hur en ”tredje närvarande” träder in som åhörare till intervjusamtalet, genom att Marie berättar att hon är ”en sån person som mer behöver bromsas än pushas på”. Detta uttalandet tolkar jag som en självpresentation som är riktad till en tänkt publik som riskerar att ifrågasätta Maries arbetsmoral. Dagspressen rapporterar då och då om att människor fuskar med sina sjukskrivningar, (se till exempel ”95 procent av svenskarna kringgår välfärdssystemen” i Dagens Nyheter 2007-10-17). Jag tolkar Maries uttalande som ett svar på dessa föreställningar som florerar i samhället. (Pripp 1999, s. 43) Att hon även har godtagit läkarens förslag på behandling, i detta fall medicinering med anti-depressiva preparat, trots att hon först var tveksam till den bidrar också till bilden av henne som en respektabel, oskyldig och ”duktig” patient. Sociologen Curt Edlund skriver att för att accepteras i samhället när man är sjukskriven ställs krav på personen att den ska godta all medicinsk behandling som erbjuds, och på så vis visa att den strävar efter att bli frisk. (Edlund 2001, s. 276) I mina intervjupersoners fall har det hänt att läkaren ställt kravet att ”vill du inte göra som jag säger så kan jag inte sjukskriva dig heller”. I flera av intervjupersonernas fall så har bemötandet fungerat bra så länge de har varit överens med läkaren, men när de inte varit det så har det uppstått problem.

Flera av kvinnorna framhåller vikten av att känna sig stöttade och förstådda av vårdgivare som avgörande för upplevelsen av bemötandet. Man skulle kunna säga att det krävs mer än att kunna bedöma det rent medicinska tillståndet hos patienterna när det handlar om den här typen

av sjukdomar. Som vi såg i Gunnels fall tidigare kunde en skicklig läkare med insikt i hennes livssituation förstå henne och se på hur hon mårde. Och i Maries fall ovan gick hon med på medicinering och ansåg sig ha fått ett bra bemötande på grund av att läkaren var förtroendeingivande och respekterade henne. I båda fallen tycks läkaren ha bekräftat deras egen självbild. I Gunnels fall genom att läkaren känner till hennes situation, och bekräftar henne som en ansvarsfull kvinna som pressat sig själv för hårt, och i Maries fall genom att läkaren läst av henne och sett att hon är en "sån person" man snarare behöver bromsa än pusha på, vilket skulle kunna ses som ett tecken på att hon är en aktiv person som inte är arbetskygg, något som andra personer känt sig anklagade för att vara.

I de fall då kvinnorna anser sig ha blivit illa behandlade har det, som vi sett exempel på i tidigare citat ofta handlat om att de inte blivit trodda av vårdgivare och att dessa inte har velat sjukskriva kvinnorna i den utsträckning som de själva ansett sig behöva. Nedan berättar Monika om ett sådant tillfälle:

Monika - Det tog jättelång tid att försöka komma tillbaka, innan jag kunde komma upp på fyra timmar och innan jag kunde komma upp på 75% och så, så det var jättejobbigt. Och jag verkligen kämpade, men ja, det var en sån läkare han tyckte att jag var en duktig skådespelerska, sa han.

Martina - Jaha.

Monika - Jaa, och jag var så, efteråt så tänkte jag att för fan jag skulle ha lappat till karln, tänkte jag. När man sitter där, man känner sig så maktlös, för där satt vi då på ett sånt här rehabmöte, med läkaren, med min chef, med personalansvarig, och så var det då hon rehabsamordnaren och så jag. Man känner sig så fruktansvärt utlämnad, man känner sig så fruktansvärt ensam, här är det fyra, de personerna som ska bedöma mig, om jag är arbetsför eller inte arbetsför, om jag ska vara sjukskriven eller inte, alltså usch. Så det är ingen som lyssnar på mig, hur jag mår, det är ingen som tar mig på allvar när jag säger att jag orkar inte riktigt ännu gå tillbaka till jobbet. "Jodå nu är det dags" säger läkarn. Och då känner jag men jamen är det inte läkare och patient som ska samarbeta? Vad har jag för intresse av att ljuga?

I fallet ovan har läkaren uttryckt rent ut att patientens upplevelse av sin situation är felaktig, och han har öppet ifrågasatt hennes trovärdighet inför de andra som närvarade vid mötet. Att bli anklagad för att hitta på eller överdriva sina besvär kan leda till att man känner sig maktlös och utlämnad och att man intar en försvarsposition istället för inleda ett samarbete med sina vårdgivare. Ofta har kvinnorna känt sig anklagade för att vara arbetskygga, något som de flera gånger under intervjuerna underströk att de inte är.

Gunnel - Det var ju många gånger att jag har varit lite sjuk och gått till jobbet ändå. Det har jag, och jag har varit jättelite hemma från mitt jobb, jättelite, i hela mitt liv! Även om jag känt lite så har jag gått till jobbet ändå, jag är en sån person. Och då känner man också lite att vadå, jag har jobbat, jag har inte varit sjuk någonting nästan, och nu när jag känner mig sjuk, då ska jag inte få hjälp någonting nästan, va. Så kändes det ju. Nu när jag verkligen behöver hjälpen, då ska jag inte få hjälpen, så kändes det ju. Man kände sig, ja, inte trodd och nertryckt som att "vadå, du är ju inte sjuk, gå och jobba med dig".

Martina - Blev du arg då eller ledsen?

Gunnel - Jag blev ledsen, och jag grät, åh vad jag grät i början. Jag grät så mycket! Ilskan kom nog senare sen, att jag fick lite. Först grät jag mest, det blir, man känner sig värdelös och "jaa, det är väl fel på mig, det är väl fel på mig då", men ändå känner man "ja, men jag orkar inte, jag orkar bara inte".

Många av kvinnorna beskriver sig själva som ambitiösa och arbetsamma personer. De blir dock tillskrivna en identitet som lata eller arbetsskygga, att de bara låtsas vara sjuka, eller att de överdriver sina besvär och blir därmed sedda som oärliga människor. Exempelen ovan, då en person blir ifrågasatt på det viset kan ses som ett så kallat iscensatt stigma. När en persons trovärdighet ifrågasätts så ifrågasätts även en del av hennes moraliska karaktär, vilken enligt Goffman är nära kopplad till stigmatiseringsprocessen. (Goffman 1971) I citatet ovan ser vi också hur bemötandet som präglades av ett ifrågasättande gjorde att Gunnel efter hand började känna sig värdelös och tänka att hon hade fel, trots att hon själv visste att hon inte orkade arbeta och var en person som alltid varit lojal mot sitt arbete. Detta kan ses som ett uttryck för att den negativt laddade tillskrivningen började internaliseras i hennes identitet. Utifrån Goffmans teorier om stigma skulle det kunna vara ett tecken på stigmatisering, då stigmatisering skapas genom att personen införlivar de negativa tillskrivningarna som en del av sin självuppfattning. Kvinnorna förhåller sig dock till dessa negativa tillskrivningar på olika sätt. Trots att kvinnorna har blivit tillskrivna dessa egenskaper så var det ingen av dem som vid intervju tillfället verkade ha antagit dem som en del av sin identitet. Flera av dem berättade dock om att de periodvis hade känt sig värdelösa vilket kan kopplas samman med det bemötande de fått utstå.

För att undvika att bli utsatta för nedvärderande tillskrivningar och därmed riskera att skada sina identiteter använde sig kvinnorna av några olika makt- och motmaktstrategier, som exempelvis att försöka byta läkare, själv söka kunskap om sin sjukdom och föreslå behandlingar, vända sig till alternativvården, att bli tyst under ett möte och vägra att samarbeta med vårdgivaren alternativt bråka med vårdgivaren för att kunna känna att de varit sanna mot sig själva. De kunde också kompromissa med sina vårdgivare, genom att gå med på att pröva en medicin i några veckor mot att få sjukskrivning, men på vägen från vårdcentralen har det hänt att de har kastat receptet i papperskorgen. Liknande strategier har beskrivits i tidigare forskning på området. (Åsbring 2002, s. 42-43) Jag kommer att återkomma till kvinnornas agerande för kontroll i nedanstående stycke.

Kampen för rehabilitering

Ofta präglades kvinnornas berättelser om sin rehabilitering och mötena med olika vårdgivare av en upplevd slumpmässighet. Det kunde handla om att man hade tur och fick komma till en läkare som föreslog en särskild behandling, eller som helt enkelt lyssnade på och respekterade en. Oftare handlade det dock om att man hade otur och kom till en läkare som inte förstod alls, eller rentav uttryckte sig nedvärderande som vi sett exempel på ovan. När det gällde rehabiliteringen upplevde kvinnorna ofta att denna var avhängig deras egna idéer och engagemang. Nedan berättar Eva om hur hon upplever läkarbesöken och vilka rehabiliteringsåtgärder som blir aktuella:

Eva – Jag tänkte på det att om jag hade mycket pengar så skulle det vara mycket lättare, för då skulle man ju kunna gå till en sån här psykolog eller någonting själv. Det blir ju inte det att jag frågar läkaren ”varför får jag inte gå dit, eller varför får jag inte gå dit?”, man ifrågasätter det inte heller, jag vet inte varför, men man känner att man mår så dåligt så. Då kan jag tänka på det efteråt sen, att ja men då kunde jag väl ha frågat och sett till att jag fick en tid, men då, då

mår man ju inte så. Så därför är det ju det att man förlorar mycket på att man inte vill (föreslå). Jag kan ju känna det att jag går ofta såhär till läkarn, och jag har läst på såhär, så jag vet ungefär vad det är och om jag säger såhär att jag behöver det här, då får jag det, om det stämmer då. Ja men, att ”jag känner att jag vill ha, behöver byta till den här medicinen, för det här tror jag på” liksom. Om inte jag hade kommit och sagt, ja, så hade han kanske inte sagt att jag skulle byta över huvud taget liksom. Eller ja vilken jag ska byta till, typ. För det verkar de inte ha en aning om, allmänläkarna då.

Enligt Eva så hände det att om hon själv föreslog sjukgymnastik, massage, terapi eller någon medicin så hände det att hon kunde få det, men hade hon inte själva kommit med förslaget hade läkaren aldrig kommit på tanken att erbjuda henne det. Kvinnorna upplevde generellt att läkarna hade för lite kunskap om deras sjukdomar. Även om de fick gehör för sina förslag så upplevdes det som stressande då de på grund av sin sjukdom egentligen inte hade energi nog att ta reda på vilka möjligheter som fanns men ändå fick axla ansvaret för sin egen rehabilitering. Det egna engagemanget kunde också ge upphov till negativa reaktioner, som Monika berättar om här nedan:

Martina - Det låter som att du har fått driva på mycket själv?

Monika - Ja, mm, du måste vara frisk för att orka vara sjuk, så är det idag, tyvärr. Och jag kan ju se då på andra som inte vågar bråka som jag gör. Men det är också en nackdel då, att om jag inte hade bråkat, ja men då hade jag väl fått acceptera att jag kanske hade blivit sjukpensionär då eller någonting. Eh, men samtidigt då om du bråkar, så har jag ju märkt då att om jag har sagt saker till läkare, jamen det kanske kan bero på, det kanske kan vara det här, det kanske kan vara det här, felet, ja så ”är det du eller jag som är läkare?” (tyst). Ja, sa jag, men jag känner ju min kropp, jag har ju faktiskt levt med den i över femtio år och jag känner ju den, jag vet ju liksom att jag hittar inte på. Och jag tror också att det gör att vi är mer medvetna, vi har Internet, och, vi söker kunskap, men jag ser ju att som många av mina bekanta, de har haft något symptom och de har fått någon diagnos, jamen då går de in på Internet och kollar, ja men vad innebär den här sjukdomen, vad innebär de här symptomen? Vad kan jag själv göra för att må bättre? Man söker kunskap, man litar inte på, till hundratio procent på läkarna idag. Man vill veta mer, man vill veta vad kan jag själv göra?

Martina- Mm.

Monika - Och så är det ju. Men då är precis som att då kanske läkarna blir förnärmade då när vi kommer och vet och har kunskap själva. Jag tror, ja det är någon slags konflikt där på nåt sätt.

Enligt Curt Edlund förväntas den sjukskrivne i dagens samhälle aktivt försöka bli frisk och så snabbt som möjligt kunna återgå till sitt arbete. (Edlund 2001, s. 276) Min studie visar att flera av intervjupersonerna har tagit egna initiativ till rehabiliteringsåtgärder, och att dessa ibland får genomslag hos vårdgivarna, men att detta inte alltid är fallet. Några intervjupersoner menar att deras eget agerande har upplevts som hotande för läkarens auktoritet. Det tolkar jag som att det finns vissa gränser för hur långt individens egna engagemang ska sträcka sig, samtidigt som vikten av att ta egna initiativ betonas starkt i dagens samhälle. Liknande resultat angående det betungande i att känna sig tvungen att påverka vårdgivarnas utlåtanden och själv föreslå behandlingar och diagnoser, samt att läkare har använt negativa sanktioner mot patienter som ifrågasatt deras omdöme har beskrivits i tidigare studier. (Åsbring 2002, s. 43)

Flera av kvinnorna i den här studien hade också lagt ut stora summor pengar på behandlingar i form av massage, kiropraktor, terapi i privat regi och olika kosttillskott, medan andra hade fått

till exempel massage och samtalsterapi på vårdcentralen med högkostnadsskydd och reducerad taxa genom en remiss av sin läkare. Detta kan också ses som tecken på sjukdomens diffusa karaktär där behandlingar förefaller slumpartade då de till stor del är ett resultat av vad kvinnorna själva råkar höra talas om, har möjlighet att själva bekosta men kanske också av vilka symptom kvinnan lyfter fram i det specifika mötet med läkaren. De kvinnor som varit kommunanställda tiden före sin sjukskrivning har i regel haft möjlighet att få viss rehabilitering i form av yoga och stöd via samtalsgrupper för långtidssjukskrivna som anordnas av kommunen. De kvinnor som varit anställda inom den privata sektorn eller arbetslösa tiden före sjukskrivningen har inte haft möjlighet till detta. Det görs därmed en skillnad mellan de personer som är anställda av kommunen och de som inte är det, en skillnad som är till de kommunanställdas fördel.

Jag har i denna del av analysen visat hur kvinnorna har upplevt sig bli bemötta när de sökt hjälp för sina besvär. Flera av kvinnorna har upplevt att då inga synliga bevis för sjukdom har kunnat upptäckas har sanningshalten i deras utsagor ifrågasatts. Detta har upplevts som djupt kränkande och kan anses utgöra en risk för stigmatisering. Jag har också visat hur upplevelserna av bemötandet till stor del grundas i om vårdgivaren bekräftar patienternas självbild eller ej. Flera av kvinnorna betonar nödvändigheten av att själva söka information och föreslå behandlingar, byta läkare eller kompromissa med sina vårdgivare för att driva igenom insatser som de själva tror ska kunna hjälpa dem. Man kan säga att kvinnorna använder olika strategier för att undvika stigma och för att täcka upp för den slumpmässighet som de upplever präglar den ordinarie sjukvården och på så vis få kontroll över sin situation.

Den moraliska kvinnligheten

I intervjupersonernas berättelser har det ofta funnits två tolkningsnivåer varav den ena stundtals har varit svår att sätta fingret på. De har både berättat om sin upplevelse av sjukdom, ett möte med en läkare eller sina tankar om sjukdomens orsaker, men också under samtalets gång skapat ytterligare en berättelse utöver dessa mer konkreta skildringar. Denna berättelse tolkar jag som en slags självpresentation som präglas av föreställningar om moral, som jag delvis har berört tidigare i uppsatsen i samband med den ”tredje närvarande”, skam och arbetsmoral. Då kvinnor är överrepresenterade bland de som är sjukskrivna (se till exempel *Makt att forma sambället och sitt eget liv. Jämställhetspolitiken mot nya mål. Slutbetänkande*. SOU:2005:66) är det intressant att titta på hur intervjupersonerna talar om sig själva och sin sjukdom utifrån ett genusperspektiv. I föreliggande avsnitt kommer jag därför att ytterligare lyfta fram och diskutera hur intervjupersonerna talar om sig själva och sin sjukdom i förhållande till dessa aspekter.

Föreställningar om könsspecifika beteenden

Jag ska börja med att visa hur Marie lite skämtsamt berättar om skillnaden mellan män och kvinnor:

Marie - Alltså vi, män och kvinnor, vi fungerar ju olika det är ju, det vet vi ju, det har man ju forskat på, det finns genetiska skillnader. Sen är det ju väldigt mycket som är socialt också så,

inlärt beteende. Men, för män har ju en förmåga att de kan ju sätta sig ner och koppla av, och inte tänka på någonting annat. Och sitter de och dricker en öl framför teven och de ska gå på toaletten och ölburken är tom, så går de på toaletten, för det var det de skulle göra, och ölburken står kvar. (skratt) Vi kvinnor skulle ofelbart ta med oss ölburken, och sen skulle vi säkert hitta någonting annat på vägen som vi också, så vi skulle säkert göra tre moment innan vi slutligen hamnar på toaletten.

Martina - Mm.

Marie - Och det är lite där förklaringen ligger, att vi blir röriga. Att vi gör, att vi tänker på för mycket på en gång.

Även om uttalandet ovan är gjort med glimten i ögat så beskriver det en föreställning om mäns och kvinnors respektive särart, och ger en enligt Marie möjlig förklaring till varför kvinnor drabbas av stressrelaterade sjukdomar i högre grad än vad män gör. Eva presenterar ytterligare en föreställning om hur kvinnor ”är”:

Eva - Och sen så är vi de som, mer än karlar så är vi födda sådana att vi är mer ”ta hand om-iga”, så vi gör gärna mycket saker. Tar på oss mycket, om det är någon som ber, så gör vi gärna det.

Genom Evas uttalande kan man utläsa att kvinnor är mer omvårdande än män och gärna ställer upp för andra, och att detta är något som är medfött. Ofta kom berättelserna om deras eget beteende och livssituation att jämföras med deras mödrars, som i de allra flesta fall varit hemmafruar, åtminstone så länge barnen var små.

Gunnel - Det var ju det att jag skulle ju ha, min mamma var pedant, min mormor var pedant, och det där har följt mig också. Allting skulle vara tipp topp fastän jag jobbade åtta timmar så skulle allt vara tipp topp. Så det är klart, jag brände ju ut min kropp.

Susanne - Kraven har blivit större från alla håll och kanter tycker jag. Man ska vara på jobbet och man ska hinna med barnen och det är ju inte som förr i tiden, eller ja förr i tiden, men om man tittar när jag var liten, min mamma jobbade ju inte då. Hon började jobba när jag var några år gammal, men hon var ju hemma med mig, och alla andra var ju hemma, mammor, som man träffade, då var inte dagis och så, så vanligt heller. Men nu är det helt annat, att kvinnorna ska också jobba. Och det är väl bra i och för sig, för det vill jag. För jag tycker om att jobba. Så att jag vet inte, det är svårt.

I uttalandena ovan säger sig Gunnel ha ärvt sitt beteende och kraven på sig själv från sin mamma och mormor, och Susanne jämför sin egen situation med jobb och barn med sin mammas tillvaro som hemmafru när hon själv växte upp. Jag anser att dessa uttalanden kan tolkas på olika sätt. Gunnels uttalande ovan skulle på ett sätt kunna ses som att hennes strävan efter att leva upp till de höga kraven är en medfödd kvinnlig egenskap, nedärvd i generationer eftersom hennes mamma och mormor hade samma beteende. På ett annat sätt kan det tolkas som att den sociala situationen, att man vuxit upp med krav på perfektionism har gjort att man kommit att internalisera dessa i sin egen person. I Susannes fall kan man se det som att det är livssituationen där hon försöker kombinera heltidsarbete och omsorg om hem och barn som blir alltför påfrestande. Hur som helst är det tydligt att kvinnorna till stor del identifierar sig med och jämför sig med sina mödrar. Det är ingen av intervjupersonerna som exempelvis berättar att hennes pappa arbetade mycket under hennes uppväxt och att det skulle ha präglat henne i hennes eget arbetsliv. Samtidigt är det inte heller någon som ger uttryck för att vilja dra sig tillbaka från

yrkeslivet till förmån för ett liv som hemmafru. De vill med andra ord inte gå i sina mödrars fotspår, utan de talar oftast om sitt arbete som något som är viktigt för dem, men de verkar ändå vara påverkade av det som deras mödrar, och tidigare generationer av kvinnor har presterat och eftersträvat inom hemmets sfär. Kvinnorna tycks därmed ha hamnat i ett dilemma genom att deras ideal vad gäller hemmets skötsel kolliderar med kraven som ställs i arbetslivet. Jag återkommer till detta i nästa stycke.

Ansvar, omsorg och anpassning

När kvinnorna reflekterar över orsakerna till sina sjukdomar hänvisar de ofta till flera olika sfärer. Ohälsan ansågs förutom dagens höga krav på kvinnor som jag redogjorde för ovan, bland annat kunna härledas till en kombination av två eller flera av följande saker: informationsstress i samhället, ett grubblande och känsligt sinnelag, en svår infektion som utlöste en depression, en hög arbetsbelastning eller konflikter på jobbet, problem och sjukdomsfall i familjen och en jobbig barndom. Dessa aspekter kan även de ha ett samband med den kvinnliga könsrollen, även om det inte uttalas explicit. Att ta ansvar för sjuka släktingar eller andra personers problem, ha svårt att sätta gränser på jobbet och i privatlivet kan mycket väl vara beteenden som kvinnor generellt fostras till. I flera av dessa berättelser framstod dessutom kvinnan i fråga som mycket ansvarsfull, som vi ska se i exemplet nedan:

Martina - Är det några särskilda händelser som du tror ledde fram till att du blev sjuk, var det bara arbetet eller tror du att det kan ha varit andra saker?

Marie - Det är jättesvårt att veta. Alltså jag tror att det handlar om ett sammelsurium utav både arbete och privatliv säkert, alltså det är jättesvårt att veta. Men alltså det som i mitt fall var utlösande var ju att det var en väldigt jobbig period på jobbet, det var helt klart det som var utlösande, tillslut hade jag ingen energi kvar, den var bara borta. Sen kan inte jag, alltså det vore konstigt tänker jag om det bara vore jobbet. Eh, alltså som, det är jobbigt att vara människa ibland, så är det ju för oss alla. För att, det var inga stora konstigheter eller så, men ja, bara en sån sak till exempel att helt plötsligt inse att ens föräldrar håller på att bli gamla och ha det framför sig och helt plötsligt veta att "ojoj" de kanske behöver mer och mer hjälp framöver och hur ska jag reda ut det, och så. Bor sju mil bort och jobbar heltid och är trött när man kommer hem, var ska man hitta? Alltså det är lite livet så, som är lika för oss alla, det är uppförs- och nedförsbackars så, och det ser olika ut under olika perioder. Och sen att jag själv alltså har den personligheten att jag driver mig själv för hårt. Att jag har för höga krav på mig själv.

I citatet ovan berättar Marie om olika faktorer som hon tror kan ha påverkat hennes sjukdom. Hon rör sig som vi ser mellan flera olika sfärer, arbetslivet med en tuff period på jobbet, privatlivet med ansvar för sina åldrande föräldrar, som hon dock anser är naturliga inslag i livet och slutligen sina egna alltför höga krav på sig själv. Vi får i citatet ovan veta att hon känner ansvar och stress över hur hon ska kunna finnas där för sina föräldrar, något som man kan se som en självpresentation av en ansvarsfull och omvårdande dotter. Senare i intervjun berättar hon att när hon började bli sjuk så dolde hon det för sin partner och ansträngde sig för att inte låta sitt eget mående påverka honom:

Marie - Det som jag skulle göra själv, som inte berörde min man, det kunde jag välja bort, och så kunde jag hitta orsaker till att jag skulle slippa gå bort en kväll, eller, förstår du så, att "det

går inte, då är jag upptagen”, och så. Då backade jag. Men om det gällde oss båda, då backade jag inte, för det hade påverkat honom också. Så då tänkte jag att ”okej, det gör vi väl då”.

Uttalandet ovan är ett av många exempel på hur kvinnorna sätter andras behov framför sina egna. Marie berättar senare i intervjun att det i det här fallet berodde på att hon själv inte förstod att hon var sjuk, och att hon inte ville att det skulle drabba någon annan. Enligt Heléne Thomsson ses förmågan att anpassa sig efter andras önskemål som en positiv egenskap hos kvinnor och även som ett personligt val av dem själva. (Thomsson 1998, s. 53-54) I Maries fall ovan kan vi se hur hon både anpassar sig efter sin man – hon ville inte låta sitt eget mående påverka honom, och även efter sina föräldrar som hon måste hjälpa, trots att hon själv är trött när hon kommer hem ifrån jobbet. Hon säger också att det är inslag i livet som alla människor måste gå igenom vilket dels skulle kunna ses som ett sätt att normalisera situationen, om det är någonting som alla gör/går igenom så är det inte så allvarligt och inte heller ett tecken på underordning, men även ett sätt att framställa sig själv som en moralisk person. Utifrån Thomssons teori om ansvar, anpassning och självpresentation kan man se Maries uttalande ovan som präglad av ett könsskorrekt beteende. Enligt Thomssons studie är det vanligt att detta beteende leder till stressupplevelser hos kvinnor. (Thomsson 1998, s. 54)

Dubbelarbetets dilemma

Fördelningen av betalt och obetalt arbete mellan könen har förändrats under det senaste seklet. Den tid som kvinnor ägnar åt att förvärvsarbeta idag har ökat markant och den tid som män arbetar obetalt i hemmet har även den ökat, dock inte i samma utsträckning. Detta innebär att kvinnor fortfarande utför mer obetalt arbete i hemmet, samtidigt som de förvärvsarbetar. (Nordenmark 2004, s. 185) Enligt Nordenmarks studie är det vanligt kvinnor upplever stress som kommer sig av att de känner behov av att ägna mer tid åt sina barn och sitt hem. (Nordenmark 2004, s. 194) Vi har nog alla stött på föreställningen om att kvinnor idag har höga krav på sig att ro både arbets- och familjelivet i land, och denna var också vanligt förekommande i mina intervjupersoners berättelser. Jag ska nu redogöra för hur de talar om detta.

Susanne - Jag tror att kvinnor i det stora hela ställer mycket högre krav på sig. Att de ska hinna med både jobb och barn och hem. Nu talar jag bara utifrån mig själv för jag har haft väldigt höga krav på mig själv, och det är väl därför jag har hamnat där jag har hamnat också. Att hemmet ska vara tipp topp, och jag ska jobba över och så ska jag hinna med barnen nästan också, och så ska sambon klämmas in nästan och det ska vara matlådor och tvätt. Och det finns ingenting som säger att jag ska göra det här själv för jag har en sambo som är väldigt hjälpsam på sånt, men jag har ställt väldigt höga krav på mig själv.

Flera av kvinnorna som jag har talat med presenterade sig själva och en möjlig orsak till sin sjukdom på ett liknande sätt som Susanne gör här ovan. När hon räknar upp krav som hon har försökt leva upp till är det dock endast en sak som kan relateras till hennes arbete, nämligen att jobba över, medan de övriga sakerna: att tvätta, göra matlådor, ägna sig åt barnen, sambon och ha ett prydligt hem mer kan ses som förväntningar på en traditionell husmodersroll. I citatet ovan ryms även en aspekt som rör jämställdhet, genom att Susanne berättar att hennes sambo är väldigt hjälpsam och att hon inte behöver utföra alla sysslorna i hemmet själv. Senare i intervjun

berättar hon att hon har gått ner i arbetstid från heltid till 80% för att ha mer tid med sina barn. Detta var en vanlig beskrivning av hur arbetsdelningen av hushållssysslorna såg ut hemmavid i de fall då kvinnorna levde i parförhållanden: deras män stöttade dem och ”hjälpte till” men det var kvinnorna som hade huvudansvaret för att de blev gjorda. Mia Marie Hammarlin skriver att utbrändhet har presenterats på olika sätt i medierna de senaste åren. Huvudpersonen i en typ av dessa berättelser, som i det närmaste kan sägas ha blivit en vandrings sägen, är en medelålders kvinna som har ett utvecklat känsloliv och som arbetar hårt. Berättelsen präglas ofta av altruism, att det är vanliga, oskyldiga, omvårdande kvinnor som har drabbats av en skrämmande sjukdom och ofta innehåller berättelsen vardagliga attiraljer såsom hembakat bröd och barnvisor. Enligt Sociologen Beverley Skeggs har arbete som går ut på att se till familjens väl och att hålla hemmet i ordning en omedelbar koppling till kvinnors heder och moral. (Skeggs 1999, s. 77) Hammarlin har använt sig av Skeggs teorier och menar att dessa framställningar syftar till att skapa trovärdighet och övertyga läsaren om att de drabbade är riktiga, moraliska kvinnor som arbetar heltid och samtidigt lever enligt goda husmodersideal. Framställningen har också en stark symbolisk laddning som handlar om den moderna förvärvsarbetande kvinnan, och därmed också om jämställdhet. (Hammarlin 2008, s. 60-63) I Susannes uttalande ovan finns flera av dessa ingredienser med, nämligen omsorg om hem, barn och sambo liksom matlådor och tvätt. Jag tolkar därför hennes uttalande som att hon har anammat dessa framställningar och använder dem för att skapa förståelse och trovärdighet för sin egen person, också inför sig själv.

Kvinnorna var i regel kritiska mot den rådande normen om vad en ”duktig” kvinna ska leva upp till, genom att hävda att dessa förväntningar och beteenden på sätt och vis varit en bidragande orsak till deras sjukdom, samtidigt som de tycktes omfamna samma norm genom att presentera och uppvärdera sig själva som varandes just kvinnor med typiskt omvårdande, ansvarstagande och drivande personligheter.

Denna komplexitet blir förstaelig genom Heléne Thomssons teori om ansvarstagande, anpassning och självpresentation. Hon menar att kvinnor ända från uppväxten fostras till att ta ansvar för andra, och att detta ses som en god, personlig egenskap hos dem själva. De fostras också till att anpassa sig efter andras behov men att detta inte ses som en form av underordning av kvinnor. Generellt ser de sin anpassning som självvald, men vid närmare granskning framkommer att det inte finns några andra alternativ. Detta kan ur ett feministiskt perspektiv ses som ett osynliggörande av sin egen underordning både inför sig själva och andra. Vad gäller självpresentationerna menar Thomsson att vårt samhälles starka betoning på jämställdhet och fria val gör att människor helst tolkar och framställer sina liv som ett resultat av deras egna personligheter, inte deras kön. (Thomsson 1998, s. 51-56) Könsroller är dock inte något som man kan stiga in och ut ur hur som helst. I samtalen med mina intervjupersoner framkom att många var medvetna om att deras könskorrekta beteende, och även andra beteenden som till exempel negativa tankemönster var ohälsosamma och att de försökte förändra detta men att det var svårt.

Eva - Har man ett beteende så är det fruktansvärt svårt att ändra på det, det är lite konstigt, men så är det. Så det är liksom inte bara att säga, eller tänka att man har kunskapen bara sådär

och göra det, för det är som att på nåt vis så ramlar man bara tillbaka och så har man på nåt sätt glömt bort vad man vet, för att man är vanedjur eller vad det nu är. Det är jättesvårt att göra om sig. Och just det, att då måste man också vara frisk för att kunna ändra på saker, det kan jag också känna. Att det krävs ju mycket av en för att ändra ett beteende, och är man då inte heller frisk och ska ändra ett beteende, så är det ju ännu svårare, för jag menar, det är ju svårt för en som är frisk som t ex vet att den inte ska äta så mycket godis, jag menar, det är ju svåra saker så.

Att ändra sitt beteende är svårt och enligt Eva är det ännu svårare när man inte heller är frisk. Samhällets normsystem gör det också svårt att förändra sitt beteende. Varje individ skapar ett ”jag” som är rätt och riktigt i det samhälle hon lever i. Att inte bete sig i enlighet med sitt kön får konsekvenser i mötet med andra. Könroller handlar således inte om gamla vanor som det är upp till var och en att ändra på, utan om identiteter som ständigt återskapas och som talar om vad som är önskvärt och normalt beteende. (Thomsson 1998, s. 25)

Sjukdom som förändring

Enligt Karin Johannisson har en sjukdom och den roll den drabbade träder in i historiskt sett erbjudit en sorts fristad, åtminstone för människor ur de bättre bemedlade klasserna. En sjukdom kan därmed förstås som ett sätt för människor att göra motstånd mot de krav och förväntningar som ställs. (Johannisson 1994, s. 8) Sjukrollen visar sig dock enligt Johannisson inte enbart ge möjligheter. Det leder visserligen till en förändring, men till lika begränsande roll. Å ena sidan tillåts man vila och befrias från vissa av de gängse förväntningarna, å andra sidan finns det stränga regler för hur man får uppföra sig som sjuk.

Att drabbas av en sjukdom och på så vis få en annan roll kunde enligt intervjupersonerna göra att deras självbilder förändrades:

Martina - Du sa innan att du hade varit så duktig innan och så.

Gunnel - Ja.

Martina- Hur kändes det för dig när du inte klarade av att vara det?

Gunnel - Vara så duktig nej, Det är också ett dilemma, det är ju också en sorg. Att jag inte orkar prestera det jag vill kanske. Ja, det är också ett sorgearbete när man hela tiden, alltid där jag har jobbat så har jag fått en lite mer framträdande roll i mitt yrke, det har jag alltid fått, vart jag än har varit va, det har alltid varit att ”ja men det tar du Gunnel, det fixar du” och du tar hand om det här. (...) Alltså man är ju missnöjd med sig själv va. Att ”jag orkar inte, jag klarar inte, jag orkar inte att stressa” och jag får ont om jag stressar och det här med tider att passa och... Ja då blir man om man har varit en sån människa ska vara plikttrogen, då blir man ju missnöjd med sig själv att, nej nu klarar du inte det där.

I Gunnels uttalande kan vi se hur identiteten som en duktig kvinna får sig en törn genom att hon inte kan leva upp till sina egna förväntningar. Erfarenheten av sjukdom har dock även kunnat få positiva konsekvenser för identiteten. Nedan berättar Ingela, som har bytt jobb efter sjukskrivningen om dessa:

Martina - Men vad är det som hjälper dig att klara av det här?

Ingela - Ja det är ju att jag älskar ju så mycket det här jobbet. Jag ångrar så mycket att jag utbildade mig till (yrke) jag skulle ha utbildat mig inom det här. Det var ju sånt här jag har tyckt

varit kul ända sen jag var liten. Men det har på nåt vis försvunnit under årens lopp. (...) Och nu känns det som att jag känner att jag, jag blir bättre och bättre på det, för jag försöker att läsa, jag läser massor (om det). Så att jag hoppas ju att jag får fortsätta jobbet.

Martina - Ja. Nu när du har gått igenom allt det här, tycker du att det har medfört några positiva saker?

Ingela - Ja, jag tror att jag tycker mer om mig själv. Det kanske är ett ålderstecken också, jag vet inte. Men, saker och ting, det är inte så svårt, jag tar mer lätt på saker och ting, jag kan bjuda på att man gör bort sig ibland, går inte och grubblar på såna saker. Jag tycker, jag börjar tycka mer om mig själv i alla fall. Och sen just att jag har hittat tillbaka till det här intresset då. Så det är inte bara nackdelar. Och i och med att, man ser ju också, man får mer förståelse för när folk mår dåligt. Det kanske inte är så roligt att bli utsatt för det, men då kan man ofta tänka så efteråt att ja han den där, han mår nog ganska dåligt. (skratt).

Bland mina andra intervjupersoner har det oftast framkommit båda typerna av berättelser som här ovan. Sjukdomen har tvingat dem att förändra sina liv i flera avseenden. Några har skiljt sig eller blivit lämnade av sina partners, varit tvungna att ge upp fritidsintressen och framtidsplaner eller varit sjukskrivna länge vilket orsakat förlust av arbetskamrater, förändrad ekonomi, och yrkesidentitet. Detta har gett upphov till sorger och förluster i form av förändrade självbilder, förlorad kontakt med vänner, arbetskamrater och familjemedlemmar. Men de upplever sig också genom sin sjukdom trots all smärta även ha kommit till insikt om vad de anser är viktigt i livet och fått en närmare relation till vissa personer, nya intressen och en ökad förståelse för andra som inte mår bra. Hammarlin har genom att undersöka hur tillvaron ser ut för några personer som varit sjukskrivna för utbrändhet kommit fram till att sjukdomen och sjukskrivningstiden innebär många begränsningar och sorger, men att det också gav personerna möjlighet till att reflektera över sig själva och förändra sin syn på livet. (Hammarlin 2008, s. 229) Det ligger i linje med resultaten i den här studien. Kvinnorna kan trots sina förluster på sätt och vis sägas ha kommit ut som rikare personer ”på andra sidan väggen”.

I det här sista avsnittet av analysdelen har jag visat hur kvinnorna i studien talar om kön. Det visade sig att de ansåg att kvinnor och män hade olika egenskaper och att kvinnor var mer omvårdande till sin natur än vad män var. Ofta identifierade sig kvinnorna med sina egna mödrar men inte sina fäder, vilket skulle kunna ses som att deras syn på kvinnorollen är präglad av traditionella könsroller. Kvinnorna presenterade sig själva som omvårdande, ambitiösa och ansvarsfulla personer och det visade sig att de ofta hade en medvetenhet om att detta beteende kunde vara en möjlig orsak till deras sjukdom. Även om sjukdomen inneburit sorger och förluster har den även kunnat ge positiva konsekvenser i form av att de upplever sig ha kommit till olika insikter och förändrat sina liv. I deras berättelser fanns ofta en självpresentation präglad av ideal om en respektabel kvinna närvarande, något som jag tolkar som att även om de är kritiska mot kvinnorollen så omfamnar de samma roll genom att gång på gång framställa sig själva som varandes just moraliska, ansvarsfulla och omvårdande kvinnor.

Avslutande diskussion

Jag gav mig ut i arbetet med den här uppsatsen med ett ospecificerat intresse för kvinnors erfarenheter av en sjukdom som jag trodde hette utbrändhet. Denna diagnos visade sig snabbt inte riktigt existera, utan jag blev varse att sjukdomstillståndet var svårt att benämna och att dess gränser var flytande och innebörder skiftande. När jag beskrev min uppsatsidé för vänner, klasskamrater och lärare fanns det emellertid inga frågetecken kring vad det var jag ville utforska. Rehabiliteringssamordnaren på vårdcentralen som hjälpte mig att få kontakt med mina intervjupersoner tycktes också vara på det klara med vilka av hennes patienter jag borde träffa. Denna första iakttagelse tolkar jag så här i efterhand som att även om diagnoserna och sätten att benämna sjukdomen förändras och byter namn, så är fenomenet med utmattade, trötta kvinnor i högsta grad bekant för de flesta.

Syftet med den här uppsatsen avgränsades så småningom till att undersöka och belysa hur kvinnor med stressrelaterad ohälsa upplever sin situation, och jag närmade mig detta genom frågeställningar om hur ohälsan yttrat sig, diagnoser och benämningar, hur kvinnorna upplever sig ha blivit bemötta av andra samt sambandet mellan könsroller och sjukdom. Det har nu blivit dags att knyta samman och lyfta fram de resultat som har framkommit i studien.

Alla kvinnorna som jag har talat med hade fått diagnosen depression i sina läkarintyg. Denna diagnos var det dock ingen som ansåg riktigt stämde in på sina besvär. Kvinnorna ansåg att då deras sjukdom hade stressrelaterade orsaker så var det detta som var det primära, depressionen var bara en effekt av en utmattning. Anledningen till att det ändå stod depression i deras läkarintyg var enligt kvinnorna att det var en nödvändighet för att beviljas sjukpenning.

Diagnoserna visade sig vara föränderliga, de kunde byta namn över tid, och utfallet kunde variera beroende på vilken läkare man kom till. Detta kunde ge upphov till osäkerhetskänslor hos kvinnorna, då de inte förstod skillnaden mellan deras egen sjukdom och andra liknande tillstånd, men de många olika orden kunde också göra att det blev lättare att tala om sjukdomen. Även om diagnosen i sig egentligen bara är ett ord så har diagnosticeringen visat sig ha stor betydelse för patienters förståelse av och känsla av legitimitet i sin sjukdom, enligt tidigare forskning. (Åsbring, 2008 s. 54) För kvinnorna i min studie har avsaknaden av en i deras ögon godtagbar diagnos gjort att de inte upplever sin sjukdom vara riktigt legitim. Flera av kvinnorna lever därför med en ständig oro för att bli ifrågasatta och anklagade för att simulera sina besvär. Då deras besvär ofta har varit illness-relaterade har kvinnorna upplevt frustration över att ingen annan har kunnat se att de verkligen är så sjuka som de känner sig. Det finns emellertid ett avvikande mönster i dessa utsagor, då några av kvinnorna berättar om att särskilt empatiska eller skickliga vårdgivare har kunnat se på dem hur de har mått. Denna förmåga har grundats i att vårdgivaren har känt till deras sociala situation och genom sin egen livserfarenhet kunnat tyda de tecken på sjukdom som funnits. Detta visar på en aspekt som jag anser är viktig i förståelsen av sjukdomen, nämligen att den bör förstås utifrån sitt sammanhang.

Vilken rehabilitering och hjälp kvinnorna fick föreföll slumpartat, allt beroende på vilken läkare de blev tilldelade och vad den förslog. Flera av kvinnorna beskrev att de fick axla ett tungt ansvar för sin egen rehabilitering genom att söka kunskap och själva föreslå behandlingar för läkaren, byta läkare, söka sig till alternativvården, bråka eller förhandla med vårdgivaren. Det skulle vara intressant att undersöka om strategierna lönar sig, det vill säga om de som byter läkare, bråkar eller föreslår behandlingar i slutändan rehabiliteras snabbare och bättre än de som godtar det läkaren föreskriver eller inte törs ifrågasätta. Jag har emellertid inte kunnat skönja några sådana mönster i den här studien.

Flera av kvinnorna hade blivit utsatta för iscensatt stigma, det vill säga att andra personer, främst vårdgivare, öppet ifrågasatt sanningshalten i deras utsagor, och därmed deras moral. En sådan behandling kan enligt Goffman (1971) skada identiteten och leda till att man känner sig mindre värd. Som människa är man beroende av att bli bemött så som man själv uppfattar sig vara för att bibehålla sin identitet och sin självbild. Kvinnorna uppfattade sig som ambitiösa och ansvarsfulla, ärliga människor och de blev djupt kränkta när andra tillskrev dem negativa egenskaper så som att vara arbetskygga. Att kvinnorna presenterade sig själva som moraliska personer med traditionellt kvinnliga egenskaper, och på flera sätt härledde sin sjukdom just till de krav och förväntningar som ställs på kvinnor skulle kunna ses som ett sätt att försöka göra motstånd mot de negativa tillskrivningarna i form av anklagelser om ovillighet att arbeta eller att bara inbilla sig sina besvär och på så vis göra sjukdomen mindre skamlig. Ifall sjukdomen ses som ett resultat av att man varit ambitiös, omvårdande och engagerad blir den drabbade kvinnan per automatik en respektabel, moralisk sådan, vars enda misstag är att hon velat alltför väl. Jag anser det vara en stor brist att man i forskning om stressrelaterad ohälsa ofta inte tar hänsyn till hur rådande maktstrukturer påverkar upplevelser av sjukdom. I min studie har det framkommit att kvinnorna presenterar sina sjukdomar som ett möjligt resultat av att de har levt i enlighet med rådande könsnormer. Det har inte varit mitt syfte att presentera ”sanningen” om sjukdomens orsaker, men de sätt som kvinnorna presenterar sig själva och sin sjukdom på anser jag vara viktiga att lyfta fram. Jag tolkar det som att deras tal om sjukdomens orsaker och deras eget beteende är ett desperat rop efter legitimitet. De förefaller befinna sig i ett underläge i bristen på en diagnos, och försöker med alla medel värja sig mot föreställningar om att de skulle vara odugliga, arbetsovilliga, oambitiösa personer.

Kan man se sjukdomen som en revolt mot de krav som ställs på kvinnor idag, med förväntningar på att vara både förvärsarbetande och presterar som en traditionell husmor i hemmets sfär? På sätt och vis kanske, fast ändå inte. Mia Marie Hammarlin tar inte ställning till huruvida utbrändhet som fenomen skulle kunna ses som ett negativt frihetsprojekt, ett sätt att dra sig undan och göra avslappningsövningar istället för att opponera sig och förändra världen. (Hammarlin 2008, s. 228) Självt skulle jag inte vilja kalla kvinnornas sjukdom för ett frihetsprojekt, då jag anser att ett projekt innebär planering, mål och medvetenhet om sitt agerande. Jag vill därför framhålla att jag inte på något sätt har fått intrycket av att mina intervjupersoner varit medvetna och kalkylerat över eventuella sjukdomsvinster och förluster, utan det handlar om samhällsstrukturer, identitet och könsroller som vi inte alltid är medvetna om. Det de försöker att

ta avstånd ifrån – det könskorrekta beteendet vars krav orsakar känslor av otillräcklighet, försöker de samtidigt ändå att leva upp till i kampen för legitimitet.

Kvinnornas livssituationer i form av positioner på arbetsmarknaden, familjekonstellationer och arbetsuppgifter i hemmet är på intet sätt unika, utan har visat sig stämma väl överens med tidigare forskning om kvinnors situation i dagens Sverige. Bristen på jämställdhet i hemmet, är inte enbart ett privat eller personligt problem, utan i högsta grad ett politiskt och allmänt sådant. Är kontentan av mina resultat att kvinnor bör arbeta deltid för att kunna ”återgå till spisen” för att få leva enligt sina ideal om en god husmor i fred? Nej, den lösningen känns föga aktuell i dagens samhälle. Detta skulle innebära att man tog för givet att alla kvinnor lever i parförhållanden där den andra parten kan försörja henne medan hon utför det obetalda arbetet i hemmet. Det skulle också leda till en ekonomisk beroendeställning i relationen. Då kvinnor redan arbetar deltid i hög grad och ändå är överrepresenterade bland de sjukskrivna så framstår det alternativet inte som en lösning. Ett bättre alternativ anser jag vore politiska initiativ för att öka mäns arbetsinsats och engagemang i hemmet och i de andra ansvarsområden som idag anses vara kvinnans. Detta skulle på sikt förhoppningsvis kunna förändra de djupt rotade föreställningar om kvinnliga och manliga egenskaper och ideal om ansvarsområden som florerar i samhället. Ett exempel på ett sådant politiskt initiativ skulle kunna vara att individualisera föräldraförsäkringen. (Nordenmark 2004, s 200) Samtidigt är ju stressrelaterade sjukdomar egentligen inte ett fenomen som enbart präglar vår tid. Det drabbar inte heller bara kvinnor, även om de är överrepresenterade bland de drabbade. Det skulle vara intressant att undersöka var män har förupplevelser av dessa sjukdomar. Klass, etnicitet, sexualitet och ålder är också faktorer som säkerligen har betydelse för hur sjukdomen tolkas eftersom de har betydelse för identiteten. Detta skulle vara intressant att utforska i vidare forskning. Enligt Johannisson har samma sjukdomstillstånd funnits i över hundra år, även under tider då kvinnors liv inte präglades av dubbelarbete på det sättet som det gör idag. (Johannisson 2005) Detta tolkar jag emellertid inte som ett problem för resonemanget om behovet av att arbeta för jämställdhet i dag. Då dessa sjukdomar idag syns i statistiken och påverkar samhällsekonomin på ett annat sätt än vad de gjorde förr, eftersom kvinnor då inte förvärvsarbetade och blev synliga som frånvarande från arbetsplatsen, är det min förhoppning att åtgärder för att förändra situationen får en större prioritet än vad det har haft innan.

Sammanfattning

I syfte att belysa och undersöka hur kvinnor med stressrelaterad ohälsa upplever sin situation har studien baserats på djupintervjuer med sex kvinnor som vid intervjutillfället var, eller nyligen hade varit sjukskrivna på grund av stressrelaterade besvär. Studien syftade till att undersöka vilka diagnoser kvinnorna hade fått, hur de blivit bemötta av andra och huruvida deras upplevelse och tolkning av sin sjukdom kunde ha något samband med föreställningar om kön. Som metod valdes grundad teori eftersom detta område befanns vara förhållandevis outforskat utifrån de frågeställningar som här formulerades. Analysen har utgått ifrån det som framkommit i intervjuerna med studiens deltagare, och tidigare forskning och teorier har valts utifrån de teman som vuxit fram ur intervjumaterialet.

I den första delen av analysen, *Måendet och dess benämningar* visas att intervjupersonerna alla har fått diagnosen depression i sina läkarintyg trots att ingen av dem ansåg att denna diagnos riktigt stämde överens med deras besvär. De föredrog begrepp som ”utmattning”, ”utbrändhet” eller ”stress” och menade att depressionen var en effekt av utmattning. Att det ändå stod depression på pappret förklarades med att läkarna anpassat sina utlåtanden efter Försäkringskassans regelverk, för att de skulle beviljas sjukpenning. Detta innebär att kvinnorna inte får legitimitet för det som de upplever vara sina egentliga besvär. De kunde därför känna sig osäkra på vad de egentligen drabbats av och hur detta skulle tolkas. I den andra delen av analysen *Att bli sedd med sina osynliga symptom* diskuteras hur kvinnorna upplevt sig bli bemötta när de sökt hjälp för sina besvär. Flera av kvinnorna har upplevt att då inga synliga bevis för sjukdom har kunnat upptäckas har sanningshalten i deras utsagor ifrågasatts. Detta har upplevts som djupt kränkande och kan anses utgöra en risk för stigmatisering. Upplevelserna av bemötandet till stor del grundas i om vårdgivaren bekräftar patienternas självbild eller ej. Kvinnorna använde olika strategier för att undvika stigma och för att täcka upp för den slumpmässighet som de upplever präglar den ordinarie sjukvården och på så vis få kontroll över sin situation. I den tredje och sista delen av analysen, *Den moraliska kvinnligheten* visar jag hur kvinnorna i studien ansåg att de var omvårdande och ansvarsfulla till sin natur, och ha svårare att koppla av än vad män hade. Ofta identifierade sig kvinnorna med sina egna mödrar vilket kan som att deras syn på kvinnorollen präglas av traditionella könsroller. I deras berättelser fanns ofta en självpresentation präglad av ideal om en respektabel kvinna närvarande, och det visade sig att de ofta hade en medvetenhet om att detta beteende kunde vara en möjlig orsak till deras sjukdom. Även om sjukdomen inneburit sorger och förluster har den även kunnat ge positiva konsekvenser i form av att de upplever sig ha kommit till olika insikter och förändrat sina liv. Idealet om den ansvarsfulla kvinnan står dock orubbat.

I avsaknad av en accepterad och i deras egna ögon rättvisande diagnos med symptom som går att mäta, upplever sig kvinnorna bli misstänkliggjorda och anklagade för att vara arbetsskygga och omoraliska. De säger själva att det är en kvinnosjukdom som hänger samman med de krav som ställs på kvinnor idag. Utifrån detta underläge söker de legitimitet genom att framställa sig

om moraliska och ansvarsfulla kvinnor, vilket dock visar sig leda tillbaka till just de krav som den moderna, yrkesarbetande men ändå husmoderliga kvinnan förväntas leva upp till.

Referenser

Litteratur

- Bryman, Alan. (2002) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB
- Charon, Joel M. (2004) *Symbolic interactionism. An introduction, an Interpretation, An Integration. Eight Edition* New Jersey: Pearson Education
- Charmaz, Kathy (2001) "Qualitative interviewing and grounded theory analysis" i Gubrium, Jaber, F. & Holstein, James, A. (editors) *Handbook of interview research. Context & method*. Sage.
- Forskningsetiska principer (1990) Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Fägerborg, Eva (1999) "Intervjuer" i *Etnologiskt fältarbete*. Kaijser, Lars & Öhlander, Magnus. (red.) Lund: Studentlitteratur
- Guvå Gunilla och Hylander, Ingrid. (2003) *Grundad teori ett teorigenererande forskningsperspektiv*. Stockholm: Liber
- Hammarlin, Mia Marie (2008) *Att leva som utbränd. En etnologisk studie av långtidsjukskrivna*. Stockholm: Symposion
- Hilte, Mats. (1996) *Avvikande beteende. En sociologisk introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Johannisson, Karin (1994) *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Nordstedts
- Johannisson, Karin (2005) "Den moderna tröttheten: Historiska perspektiv" i Ekman, Rolf och Arnetz, Bengt (red.) *Stress. Molekylerna – individen – organisationen – samhället*. 2:a upplagan. Stockholm: Liber
- Jämställdhetspolitiska utredningen (2005) *Makt att forma samhället och sitt eget liv. Jämställdhetspolitiken mot nya mål. Slutbetänkande*. (SOU:2005:66) Stockholm: Fritzes offentliga publikationer
- Lundén Mia Marie (2004) "När kvinnor tar slut och män går in i väggen. Hur utbrändhet presenteras i medierna." i *Kulturella perspektiv*. Nr. 4
- Mills, Jane, Bonner, Anne & Francis, Karen (2006) "The Development of Constructivist Grounded Theory" i *International Journal of Qualitative Methods* 5 (1) Article 3.
- Nordenfelt Lennart (2004) *Livsqualität och hälsa. Teori & kritik*. Linköping: Linköpings Universitet, Institutionen för hälsa och samhälle.
- Närvänen, Anna-Liisa & Åsbring, Pia (2004) "Kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi och risken att bli stigmatiserad" i *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 1
- Pripp, Oscar (1999) "Reflektion och etik" i *Etnologiskt fältarbete*. Kaijser, Lars & Öhlander, Magnus. (red.) Lund: Studentlitteratur
- Skeggs, Beverley (1997) *Att bli respektabel. Konstruktioner av klass och kön*. Göteborg: Diadalos
- Tengland, Per-Anders (2006) *Begreppet arbetsförmåga*. IHS Rapport 2006:1. Linköping: Linköpings Universitet, Institutionen för hälsa och samhälle.
- Thomsson, Heléne (1998) *Anpassningens pris. Kvinnors liv i vård och vardag*. Stockholm: Gothia
- Undeland, Merete & Malterud, Kirsti (2007) "The fibromyalgia diagnosis - hardly helpful for the

patients?" i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2007;25.

Åsbring, Pia (2003) *Osäkra sjukdomar – dilemman och möjligheter. Kvinnliga patienters och läkares erfarenheter av kroniskt trötthetsyndrom och fibromyalgi*. Stockholm: Karolinska institutet.

Otryckta källor

Tidningsartiklar:

"95 procent av svenskarna kringgår välfärdssystemen" i *Dagens Nyheter* 2007-10-17

I författarens ägo:

Inspelningar av intervjuer med 6 kvinnor.

Bilaga

Intervjuguide

Inledande frågor

Berätta lite om dig själv, vart är du född, hur gammal är du?

Hur länge har du bott här? Trivs du här? Vilka för- och nackdelar finns det med att bo här tycker du?

Hur skulle du beskriva den här orten, livet och människorna här?

Hur ser din situation ut nu, är du sjukskriven, jobbar deltid, arbetstränar? Vart jobbar du i så fall?

Familjesituation?

Intressen?

Arbetslivet

Vad jobbar/jobgade dina föräldrar med? Vilken syn har de haft på arbete? Hade de några förväntningar på dig vad gällde studier eller arbetsliv? (Var det viktigt med utbildning, att vara arbetsam eller göra rätt för sig osv?)

Vad har du för utbildning?

Vad har du jobbat med innan, yrkesbana?

Sjukdomens påverkan på tillvaron

Hur såg ditt liv ut innan sjukdomen? Hur skulle du beskriva dig själv som person innan det här hände?

När upptäckte du först att något var fel? Hur gick det till när du märkte att du var sjuk?

Hur kände/tänkte du då?

Kände du till den här sjukdomen innan du själv fick din diagnos? Vad visste du om den?

Vad hände när du blev sjuk? Hur fick du kontakt med sjukvården, arbetsgivare? Sjukskrivning?

Var det några särskilda händelser som ledde till att du blev sjuk? Kan du beskriva dem i så fall?

Hur kände och tänkte du när du fick diagnosen? (Vad hade det varit för skillnad om du t ex haft en mer mätbar sjukdom, som t ex reumatism eller cancer tror du?)

Vad föredrar du att kalla sjukdomen? Varför då?

Vilka var involverade när du blev sjuk? Familj, vänner, arbetskamrater, arbetsgivare, vårdpersonal? (Hur reagerade de?)

Hur var det att bo just i den här staden under den här perioden i ditt liv? Tror du att det hade varit någon skillnad om du hade bott någon annanstans? För- och nackdelar?

Kan du beskriva en vanlig dag i ditt liv, hur ser den ut?

Kan du beskriva den personen som du är nu, har du förändrats något jämfört med innan, på vilket sätt i så fall?

Vilka problem upplever du att sjukdomen orsakar i din vardag? Vad har varit den största förlusten med sjukdomen?

Vad hjälper dig att klara av det här?

Mötet med andra

Vilka myndigheter och vårdinstanser har du haft kontakt med under sjukdomstiden, t ex försäkringskassan, arbetsförmedlingen, vårdcentralen, terapeut mm?

Beskriv hur kontakten med var och en av dessa har sett ut, hur du har upplevt bemötandet?

Vad har varit bra, vad har varit mindre bra? Kan du ge några exempel på händelser?

Vilken hjälp har du fått?

Har du kontakt med andra med samma eller liknande diagnoser? Vad gör ni? Vad ger det i så fall?

Hur har andra, utomstående personer reagerat när de har fått höra om din situation?

Vem eller vilka har varit de mest hjälpande eller viktiga personerna under den här tiden? På vilket sätt har de varit viktiga?

Det sägs att det är fler kvinnor än män som drabbas av den här typen av ohälsa, tror du att det är så, och varför då i så fall?

Avslutande frågor

Har sjukdomen medfört några positiva saker? Har du lärt dig något genom sjukdomen?

Vart ser du dig själv om två år, om fem år, om tio år?

Har din syn på arbete förändrats någonting sedan du blev sjuk? Hur i så fall?

Vad värdesätter du hos dig själv? Vad tror du att andra uppskattar hos dig?

Vilka tror du är de viktigaste sakerna att tänka på när man träffar personer med den här typen av sjukdomar?

Nu när du har den här erfarenheten, vilka råd skulle du vilja ge till andra som just har fått samma sjukdom som du har?

Är det något mer som du vill berätta?

Har du några frågor till mig, är det någonting som du undrar över?