

# Sundhed – En ny semi-religiøs vækkelse i moderne samfund?

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 17, 2012

# Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 17: Sundhed - En ny semi-religiøs vækkelse i moderne samfund?

© 2012 forfatterne og udgiverne.

## Redaktion:

Mette Bech Risør (ansv.), Forskningsenheden for Almen Praksis, Universitetet i Tromsø  
Torsten Risør, Allmenmedisin, Institut for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø  
Gitte Wind, Afdeling for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet  
Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet  
Susanne Rewentlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet  
Rikke Sand Andersen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet  
Claus Bossen, Institut for Medie- og Informationsvidenskab, Aarhus Universitet

## Gæsteredaktør:

Nanna Mik-Meyer, CBS, Københavns Universitet  
Anne Roelsgaard Obling, CBS, Københavns Universitet

*Peer review:* Foretages af et tværvideenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer, politologer og sociologer.

*Proof:* Thomas Christian Mikkelsen

*Layout og prepress:* Thomas Christian Mikkelsen & Ea Rasmussen

*Tryk:* Werk Offset, Højbjerg.

## Udgiver:

Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum,  
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg.

## Bestilling, abonnement, henvendelser og hjemmeside:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund.  
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg  
Torsdag kl. 12-15, tlf. 87162063,  
Email: sygdomogsamfund@hum.au.dk  
Hjemmeside og artikler online:  
[ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sygdomogsamfund/index](http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sygdomogsamfund/index)

ISSN (tryk): 1604-3405

ISSN (online): 1904-7975

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation.

## Formål:

*Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* er et tværfagligt tidsskrift, der tager udgangspunkt i medicinsk antropologi. Tidsskriftet har til formål at fremme og udvikle den forskning, der ligger i grænsefeltet mellem sundhedsvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab. Tidsskriftets målsætning er at fungere som et forum, hvor disse fag kan mødes og inspirere hinanden – epistemologisk, metodisk og teoretisk – i forskellige forskningssammenhænge. Tidsskriftet formidler den debat og teoretiske udvikling, der foregår i de voksende faglige samarbejds- og forskningsinitiativer, der udspringer af dette grænsefelt. Tidsskriftet henvender sig til alle med interesse for forskning i sygdom og samfund og i særlig grad til sundhedsmedarbejdere i forsknings- og undervisningssammenhæng med forbindelse til tværfaglige miljøer.

## Aims and scopes

*The Journal for Research in Sickness and Society* is an interdisciplinary journal which has a theoretical background in medical anthropology. The aim and purpose of the journal is to promote and develop research in the borderland between the health sciences and the humanities/the social sciences. The goal of the journal is to function as a forum in which these disciplines may meet and inspire each other – epistemologically, methodologically and theoretically. The journal conveys the debate and theoretical development which takes place in the growing collaboration and research initiatives emerging from this borderland. The journal addresses all with an interest in research in sickness and society and especially health professionals working with education and/or research in interdisciplinary institutions.

# Indhold

*Nanna Mik-Meyer & Anne Roelsgaard Obling*

Introduktion 5-12

*Monica Greco*

Om livets kunst: en vitalistisk læsning af medicinsk humanisme 13-38

*Nanna Mik-Meyer*

Legitimt syg: klasse og køn i sygdomsfortællinger 39-58

*Anne Roelsgaard Obling*

Træning af kontrolleret empati i accelererede kræftbehandlingsforløb 59-78

*Anette Lykke Hindhede*

Normer, normalisering og det hørehæmmede subjekt 79-100

*Bjarke Oxlund*

At leve gennem tal: Brugen af måleapparater i håndteringen af livsstilssygdomme i Danmark 101-118

*Kaspar Villadsen & Kathrine Hoffman Pii*

Forebyggelse på tværs af det offentlige og private: Når patienter trodser myndiggørelse og efterspørger mere professionel involvering 119-142

*Morten Hulvej Rod & Tine Curtis*

At udskyde det uundgåelige: Om brugen af kausal viden i forebyggende tiltag 143-162

Abstracts in English 163

Forfatterliste 169

Skrivevejledning 171

Beskrivelse af nr. 18 174

# Legitimt syg: klasse og køn i sygdomsfortællinger<sup>1</sup>

Nanna Mik-Meyer

---

CBS, Københavns Universitet  
nmm.ioa@cbs.dk

Mik-Meyer, N. (2012). Legitimt syg: klasse og køn i sygdomsfortællinger. Tidsskrift for forskning i Sygdom og samfund, nr. 17, 39-58.

*I denne artikel udforskes krydsfeltet mellem køn og klasse i sygedagpengemodtagere med diffuse lidelsers fortællinger om deres sygdomsforløb. Undersøgelsen er udført i Danmark og er primært baseret på kvalitative interview med sagsbehandlere og sygedagpengemodtagere. Artiklens fokus er, hvordan køn og klasse intersekerer i klienter og sagsbehandlers forhandling af sygdom. Den gruppe af klienter, der her er tale om, består af personer, der defineres af deres manglende biomedicinske diagnose. Denne mangel-identitet tydeliggør, hvordan klasse og køn præger den kategoriseringsproces, der enten leder til at den syge person tolkes som syg i en biomedicinsk forstand eller som en person, der 'blot' lider af psykologiske problemer. Artiklen viser, at det hovedsageligt er ufaglærte eller lavtuddannede kvinder, der af sagsbehandlerne beskrives som personer, der lider af psykiske problemer, selvom kvinderne selv fokuserer på fysiske lidelser i deres sygdomsfortællinger. Derimod beskrives mænd og veluddannede kvinder af sagsbehandlerne som trætte og udmattede eller reelt stressede efter et langt arbejdsliv.*

Vurdering af sygdomsidentiteter er resultatet af en social proces der udspringer af ideer om normalitet, som Goffmans arbejde om stigma har vist (Goffman, 1965). Stigmateteorien og stemplingsteorien i sociologien sætter fokus på faktorer der ligger uden for den individuelle krop, og som har indflydelse på, hvad der skal til, for at en persons sygdomsfortælling bliver opfattet som legitim (Mik-Meyer & Ob-

ling 2012). Inden for dette perspektiv bliver det stigende antal personer, som lider af biomedicinsk udiagnosticerede lidelser, derfor særlig relevante, hvis man vil se nærmere på, hvordan patientidentiteter forhandles (Werner & Malterud, 2003; Ring et al., 2005; Brookes-Howell, 2006; Dumit, 2006; Nettleton, 2006). Min intention er at analysere hvordan køn, klasse og sygdom intersektorer, når sagsbehandlere diskuterer og beskriver klienter med diffuse lidelser (samt når klienterne selv diskuterer og beskriver deres situation). Jeg ser med andre ord på, hvordan kategorierne klasse og køn indgår i gensidigt forstærkende processer (Acker, 2006:442) i diskussionen af sygdom. Som analysen viser, har klienternes køn og uddannelsesmæssige baggrund betydning for, om sagsbehandlerne betragter klienternes smerter og sygdomsfortællinger som legitime (mænd og veluddannede kvinder) eller illegitime (lavtuddannede kvinder).

For at indfange dette køns- og klasseaspekt af sygdomsdiskussioner trækker jeg på teori der fokuserer på de institutionelle aspekter af identitetskonstruktion (fx Goffman, 1965, 1990; Gubrium & Holstein, 2001) og Bourdieus (fx 1996, 1998) begreber felt, kapital og habitus. På et mere overordnet niveau er mit studie formet af intersektionalitetsteori (fx Archer, 2006; Risman, 2004) og af tidligere organisationsforskning i identitet og organisationer. I 2003 bidrog Townsley (2003:624ff) desuden til diskussionen med sit fokus på køn som magtrelationer. Jeg ønsker at fortsætte denne diskussion, og jeg bringer desuden klasse spørgsmål ind i billedet.

Forholdet mellem identitetsprocesser og krop i en organisationskontekst er selvfølgelig studeret tidligere. Eksempelvis har kønsstudier fokuseret på kønsidentiteter og hvordan de skabes i organisationer (fx Adkins, 1995; Wilson, 1996; Townsley, 2003), ligesom etnisk herkomst og seksualitet har fået opmærksomhed i organisationsforskningen (fx Deitch et al., 2003; Ward & Winstanley, 2003). Det skærpede fokus på menneskelige relationer i organisationer, som vi har oplevet i den seneste tid, har ansporet en ny organisationsforskning, som fokuserer på identitetsarbejde og magtforhold (fx Casey, 1999; Trethewey, 1999; Alvesson & Willmott, 2002; Merilainen et al., 2004; Ball, 2005; Hoobler, 2005; Mik-Meyer, 2009, 2010a/b; Mik-Meyer & Villadsen 2012). Den legitime syge persons identitet (Mik-Meyer & Obling 2012) konstrueres således på måder, der er sammenlignelige med konstruktionen af andre sociale identiteter såsom etnicitet, klasse og alder, som alle er blevet udlagt som kønskonstruerede kategorier (Acker, 1988; Spelman, 1990; Ainsworth, 2002).

## Teoretiske og analytiske præmisser

Når man fokuserer på den fysiske krop i en analyse kræves der et par kommentarer om kroppen. Analysen i denne artikel er inspireret af forskning der betragter kroppen som et sted magt viser sig, hvilket er årsagen til, at specifikke typer af kroppe i nogle tidsperioder defineres som 'normale' og andre som 'unormale' (Blaikie et al., 2004). En central pointe i konstruktivistisk forskning omhandler relationen mellem krop og samfund er at kroppen betragtes som en 'ufærdig enhed' (Shilling, 1994) samt at forskning, eksempelvis i sygdomsfortællinger som ikke kan konceptualiseres i en medicinsk diskurs, må inddrage centrale sociologiske kategorier såsom køn og klasse, når en krops tilstand som hhv. syg eller rask bliver forhandlet.

Man har længe i forskningen problematiseret dikotomien mellem lidelse og sygdom (illness and disease) i et sociologisk perspektiv (Jutel, 2009; Mol, 2002:9ff) og eksempelvis sat spørgsmålstejn ved det givtige ved at evaluere sygdomsfortællinger som enten "fakta" eller "fiktion" (Bury, 1991). Denne tankegang inspirerer også denne analyse idet jeg fokuserer på, hvordan personers sygdomsfortællinger blive legitime, uden at jeg tager udgangspunkt i en dualistisk tilgang, der stiller (faktisk) sygdom i modsætning til en persons (fiktive) sygdomsfortællinger. Vi har at gøre med personer, hvis smerter ikke stemmer overens med en streng biomedicinsk forståelse, men snarere skal relateres til en alternativ/holistisk medicinsk tilgang (Fries, 2008; Baer & Coutler, 2008; Hollenberg & Muzzin, 2010). For få år siden blev klienter med diffuse lidelser oftere betragtet som havende fibromyalgi, mens de i dag primært anses for at have stress og depression (Mik-Meyer, 2004; Mik-Meyer & Johansen, 2009). Navne og betegnelser forandres, selvom symptomerne forbliver de samme.

I Stigma (1965) er Goffmans argument at enhver identitet afslører information om relationen mellem dominerende normer i samfundet og en gruppes specifikke karakteristika. Det at forstå individer med diffuse lidelser som mennesker der har problematiske psyker, gør det eksempelvis 'naturligt' at arbejde med deres psykologiske situation. Ifølge Goffman er det dog at rette opmærksomheden mod den forkerte enhed, idet han argumenterede for, at betydningen af en hvilken som helst identitet, fx 'en der har smerter i sin krop', må findes i relationen mellem denne særlige gruppe og den sociale kontekst. Den sociale kontekst kan være udgjort af strukturelle elementer i samfundet (lovgivning, professioner, klasser etc.) og dominante forståelser af centrale kategorier såsom køn, sygdomme (og sundhed), hvilket ekskluderer visse grupper i samfundet ved at opretholde deres

status som mindre raske og dermed mindre normale. Ifølge Goffman (1965:51) "er stigma management en udløber af noget basalt i samfundet, nemlig stereotypisering eller profilering af vores normative forventninger til handling og karakter". Det er centralt for argumentet (Goffman, 1990:24), at enhver organisatorisk ramme bevirker, at aktører positioneres som særlige typer, dvs. tilskrives specifikke moralske karakterer, der reflekterer den specifikke organisatoriske ramme eller "definition af en situation" (Mik-Meyer & Villadsen 2012).

Andre forskere har beskrevet denne proces, hvor personer kategoriseres som særlige typer, med begrebet "institutionel identitet" (Gubrium & Hostein, 2001). Pointen er at der i ethvert samfund, til enhver tid, vil udvikles og understøttes særlige forståelser af symptomer som, i det pågældende samfund og på den pågældende tid, synes meningsfulde i forhold til at forstå visse sygdomme og herigennem visse personer (Foucault, 1983, 1990). Det er således sygdomsidentitetens dobbelte natur, som både indbefatter en krop og en social struktur, der her er i fokus (Mead, 1959; Goffman, 1965, 1990). Sygdomsidentiteten forstås som social og relationel, det vil sige, at den er formet og forhandlet i samspil med andre sociale aktører og i specifikke organisatoriske kontekster (Holvino, 2008:15). Jeg undersøger hvordan socialrådgivere (Meads "specific others") (re)producerer dominante diskurser om køn, klasse og sundhed/sygdom i deres beskrivelse af personer med der beretter om smerter, der ikke kan diagnosticeres biomedicinsk. Sygdomsidentitet bliver derved til "en intersektion mellem det lokale og det globale" (Emslie & Hunt, 2009:153). For at analysere de lokale forståelser af hvad der skal til for at skabe en legitim sygdomsfortælling, inddrager jeg globale forhold såsom kønsdiskurser, dominerende professionsforståelser af sygdom og strukturelle forhold såsom klasse.

Adskillige forskere (fx Alvesson & Billig, 1997; Adid & Guerrier, 2003) har fokuseret på kønnede organisationspraksisser. Det er blevet vist, at køn også indgår som et vigtigt element i den måde man differentierer mellem individer på. Køn ordner og denne orden "påtvinger sig som værende selvindlysende, universel", som Bourdieu (1996:171) formulerer det. Køn er derfor ikke blot en analysekategori, men skal også opfattes som en "social struktur" (Risman, 2004); en "social dominansrelation som er historisk skabt og altid specifik" (Holvino, 2008:11). Kategorien 'kvinde' ordner fx den sociale verden ved at gøre det naturligt og normalt, at en kvinde er feminin, lille og svag i modsætning til kategorien 'mand', som fremmaner maskulinitet, robusthed og styrke. Bourdieu (1996:171) beskriver den dominerende relation mellem mænd og kvinder med begrebsparrene "høj/lav, stor/lille, indeni /udenpå, lige/skæv etc.". Når køn intersekterer med særlige

lidelser, fremkommer der en særlig forståelse af den syge person. Som analysen vil vise, intersekterer diffuse lidelser og køn eksempelvis forskelligt afhængigt af, om personen er en mand eller en (lavtuddannet) kvinde.

Bourdieu (1998) argumenterer for at studier af dominans og ulighed følger uddannelsesmæssige strukturer (som også relaterer til køn): jo længere uddannelser og jo højere status en uddannelsesinstitution har, jo mere kapital har en person, der er tilknyttet denne uddannelsesinstitution, og jo mere magt vil han eller hun være i stand til at udøve i forskellige kontekster. I dette tilfælde sættes betingelserne for vurdering af legitim sygdom blandt andre af sagsbehandlernes status som selvforsørgende, en status som står i stærk kontrast til klienternes manglende evne til at forsørge sig selv. Denne strukturelle ulighed mellem de to grupper forstærkes yderligere af, at sagsbehandlerne har en længere uddannelsesmæssig baggrund end klienterne, som i dette forskningsprojekt viste sig typisk at have kort eller ingen uddannelse (Mik-Meyer & Johansen, 2009). Den strukturelle ulighed forstærkes desuden af, at sagsbehandlerne har retten til at bevillige ydelser til klienterne (samt til at nægte dem disse ydelser) – sagsbehandlerne har med andre ord retten til at afgøre om klienterne kan modtage sygedagpenge eller andre sociale ydelser (Mik-Meyer 2010b). Man kan således argumentere for at sagsbehandlernes magtfulde position strukturelt set også er defineret af mere traditionelle kontrol- og undertrykkelsesmekanismer (fx Lukes, 1974). Bestemmelsen af sygeidentiteten er således (også) indrammet af denne form for strukturel ulighed, der har indflydelse på, hvorvidt klienter betragtes som legitimt syge eller som 'klynkere', som sagsbehandlerne selv betegner dem som i visse situationer.

Med Goffmans begreb kan denne "ramme" betragtes som skabt af både økonomisk, kulturel og social kapital (jf. Bourdieu), der giver aktører (gennem deres forskellige former for kapital) forskellige betingelser for at handle i verden. Argumentet at sagsbehandlere har en kollektiv habitus, som er en slags "spontanitet uden bevidsthed eller vilje" (Bourdieu, 1999:56), når de beskriver klienter med diffuse lidelser, relaterer til disse strukturelle forhold og diskursive elementer i samfundet. Begreberne felt, kapital og habitus er derfor anvendelige, hvis man ønsker at fokusere på hvordan det lokale og det globale skaber identitetsarbejde i organisationer (Emslie & Hunt, 2009), eller hvis man ønsker at vise identitetsprocessernes gensidigt forstærkende processer, der reproducerer uligheder (Acker, 2006).

Det moderne samfund kan betragtes som opdelt i et antal felter, der har sine egne ressourcer (kapital) og regler for normal adfærd (indlejret habitus). (Velfærds) staten er ikke en hvilken som helst aktør, idet den har monopol på tvangsrelatere-



de midler, og den repræsenterer et magtcenter, som har vigtige konsekvenser for sagsbehandlerens situation. I denne kontekst udøves statsmagten ikke blot mod mennesker i samfundet som har lav status (eksempelvis kvindelige klienter i velfærdsstaten), vi reproducerer alle – klienter inkluderet – dominansstrukturerne (skønt nogle gange på usynlige måder), hver gang vi opfatter og skaber den sociale verden ud fra kognitive kategorier, der er indlejret i os – i vores habitus – gennem vores opvækst i særlige sociale miljøer (skoler etc.). "Idet vi fødes ind i en social verden, accepterer vi en lang række postulater, aksiomer, som er selvfølgelige og ikke kræver indprentning" (Bourdieu, 1996:168).

## Metode

Den danske velfærdsstat har indtil for nylig oplevet en lang periode med økonomisk vækst og derved også lav arbejdsløshed, ligesom det har været tilfældet i mange andre vestlige lande. I Danmark var kun 3,5 % af befolkningen arbejdsløse i 2008 (sammenlignet med 8,7% i EU) (OECD, 2009). Men som i andre EU-lande har antallet af sygedagpengemodtagere også været stigende i årene med økonomisk vækst, og det har dermed været et område med politisk bevågenhed. De danske udgifter til sygedagpenge er steget fra 11,3 milliarder kroner i 2002 til 13,8 milliarder kroner i 2007 (Beskæftigelsesministeriet, 2008). Det er særligt antallet af sygedagpengemodtagere med et sygefravær på over 14 uger, der er steget, hvilket har fået regeringen til hovedsageligt at fokusere på denne gruppe for at forstå, hvorfor disse personer ofte ender med ikke at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Nationale undersøgelser viser, at diffuse lidelser og psykiske problemer ikke er ligeligt fordelt mellem kønnene (Labriola, 2006; Labriola et al., 2007; Mik-Meyer & Johansen, 2009). Uvist af hvilken grund er det primært lavtuddannede kvinder, der anses for at have diffuse lidelser og psykiske problemer, mens mænd og veluddannede kvinder der beretter om smerter, som ikke kan diagnosticeres biomedicinsk, i stedet anses som nedslidte eller begrebsliggøres som (fysisk) syge. Kvantitative undersøgelser (jf. fx Labriola, 2007) kan ikke forklare, blot kortlægge, denne kønsforskel for klienter/patienter med diffuse lidelser. Denne artikel forsøger derfor at give en, blandt mange mulige, forklaring på hvorfor det hovedsageligt er lavtuddannede kvinder med smerter i kroppen, der antages at have diffuse lidelser (og ikke, for eksempel, blot være fysisk nedslidte).

Nationale undersøgelser viser desuden, at der fra 2002 til 2007 har været en fordobling af antallet af personer, der får tildelt førtidspension på grund af psykiske problemer. Halvdelen af de personer, der får sygedagpenge, fortæller enten om

smerter i kroppen (25 %) eller psykiske problemer (24 %) (Høgelund et al., 2003). Det er på denne baggrund, at dette forskningsprojekt blev udviklet. Projektet blev finansieret af Beskæftigelsesministeriet og bestod af en national spørgeskemaundersøgelse, der dækkede alle danske kommuner (N = 98) samt kvalitative interview med klienter med diffuse lidelser, sagsbehandlere og alment praktiserende læger. Denne artikel er dog primært baseret på de kvalitative, semistrukturerede interview med sagsbehandlere (N = 52) og klienter (N = 41). Det primære fokus i interviewene med sagsbehandlere og klienter var at opnå en dybere indsigt i, hvordan sagsbehandlere og klienter beskrev denne særlige gruppe klienter og deres situation.

## Interview med sagsbehandlere (N = 52) og klienter (N = 41)

At udføre et forskningsprojekt, der primært er baseret på interviewmateriale, skaber visse muligheder og begrænsninger for analysen. I denne artikel har jeg haft eksplicit fokus på, hvordan forskellige grupper – sagsbehandlere og klienter med diffuse lidelser – beskriver denne klientgruppes situation. I relation til sagsbehandlerne har jeg stillet spørgsmål såsom: "Hvordan definerer I gruppen af langtidssygemeldte med diffuse lidelser? Hvem er de (køn, alder, uddannelse, arbejds erfaring)?" "Hvordan er deres symptomer relateret til deres generelle situation?" "Hvordan forstår du sygdom – eller bedømmer om en sygdomsfortælling fremstår legitim – når der ikke foreligger en biomedicinsk diagnose?". I relation til klienterne med diffuse lidelser fokuserede jeg på deres sygdomsfortællinger (hvorfor og hvordan de fik de smerter, som de beretter om) og hvilke konsekvenser (for deres sociale liv/arbejdsliv såvel som for deres privatliv) smerterne har, når de ikke kan oversættes til anerkendte biomedicinske sygdomme.

I den forstand skal interviewmaterialet ses som et resultat af et aktivt møde mellem interviewerens (med min teoretisk motiverede forskningsagenda) og de interviewede (der møder denne agenda) (Järvinen, 2000). Interviewene blev udført som semistrukturerede interview med den interviewedes perspektiv og subjektive erfaringer i fokus. Både min forskningsassistent og jeg selv var særligt opmærksomme på den interviewedes involvering ved at stille åbne spørgsmål. For eksempel lyttede vi ofte i den konkrete interviewsituation til lange og indgående forklaringer omkring sygdomme og symptomer, fordi den interviewede klient igen og igen bragte disse emner op i løbet af interviewet. På denne måde tilpasse vi undersøgelsesdesignet løbende, så det bedre reflekterede de emner, som vores informanter fandt vigtige.

I de fokusgruppeinterview som vi udførte med sagsbehandlere, har den sociale kontekst og interaktionen mellem de deltagende i interviewet særlig stor betydning for den fortælling, der skabes (Kitzinger, 1994). Deltagerne vil inspirere og stimulere hinanden under interviewet, hvilket kan resultere i diskussioner omkring centrale emner. I vores interview var positionering og gruppedynamikker, som er almindeligt blandt kolleger, særligt fremtrædende.

Datasættet, der ligger til grund for denne analyse, består af 15 fokusgruppeinterview (å cirka to timers varighed) med 52 sagsbehandlere samt 41 individuelle interview med klienter med diffuse lidelser (å cirka halvanden times varighed). Interviewene med sagsbehandlerne fandt sted på deres arbejdsplads, mens de fleste klientinterview blev foretaget i klienternes hjem.

Af de 52 deltagende sagsbehandlere var der 44 kvinder og otte mænd. 40 var enten socialrådgiveruddannet (N = 31) eller akademikere (N = 9), 11 var kommunalt uddannet og én var oprindelig faglært uddannet. Sagsbehandlerne var mellem 27 og 65 år: to var i tyverne, 24 var i trediverne, 14 var i fyrrerne, 11 var i halvtredserne og en var i tresserne. De fleste (N = 41) havde mellem 1 og 5 års erfaring med at arbejde med klienter med diffuse lidelser (heraf havde 19 af dem mellem 3 og 5 års erfaring). Seks sagsbehandlere havde 6-10 års arbejds erfaring, tre havde mellem 11 og 15 års arbejds erfaring og to havde mellem 16 og 20 års arbejds erfaring.

Af de 41 interviewede klienter var der 39 kvinder og to mænd. Over halvdelen, 24, havde ingen eller kort uddannelse, 12 var pædagoguddannet og fem var uddannet som folkeskolelærer eller sygeplejerske. Alle interview er transskriberet og af etiske hensyn er identiteten på de interviewede, der citeres i denne artikel, blevet sløret. Deltagerne i undersøgelsen blev på forhånd gjort opmærksomme på, at de ville optræde anonymt.

Sagsbehandlerne fra hver af de fem regioner i Danmark blev udvalgt til at deltage i undersøgelsen. Udvalgelsesprocessen blev igangsat ved telefonisk at kontakte den ledende sagsbehandler i en udvalgt kommune i hver enkelt region. Efter en kort introduktion til forskningsprojektet sendte vi yderligere informationer pr. e-mail og tog opfølgende kontakt igen efter en til to uger. To kommuner valgte ikke at deltage på grund af arbejdspressen, men resten af de 15 kontaktede kommuner valgte at deltage i fokusgruppeinterview, som blev udført af min forskningsassistent eller mig selv.

Klienterne blev udvalgt igennem sagsbehandlerne i kommunerne. Efter en kort introduktion til forskningsprojektet, som blev givet via telefonisk kontakt, modtog sagsbehandlerne et brev om forskningsprojektet adresseret til klientgruppen. Brevet blev givet til de klienter, der matchede vores kriterier, det vil blandt andet

sige, at de modtog sygedagpenge og derfor var kategoriseret som uarbejdsdygtige på grund af helbredsproblemer, men desuden skulle de beskrive smerter, som ikke kunne diagnosticeres i det biomedicinske system – typisk repræsenteret ved deres alment praktiserende læge. Sagsbehandlerne gav os navne på klienter der havde indvilliget i at deltage, og de blev kontaktet telefonisk for at arrangere et individuelt interview. Da vi ikke selv udvalgte gruppen af klienter, tog vi et kritisk blik på de udvalgte (hvoraf en stor andel var lavtuddannede kvinder). De 41 udvalgte klienters sociale status og køn stemte overens med resultaterne fra den nationale spørgeskemaundersøgelse blandt sagsbehandlere i alle kommuner (N = 98), der blev udført før sagsbehandlere og klienter blev udvalgt til interviewdeltagelse. I spørgeskemaundersøgelsen havde vi stillet åbne spørgsmål om, hvad der i sagsbehandlerens opfattelse karakteriserede personer med diffuse lidelser og svarene angav, at sagsbehandlerne fandt, at disse personer typisk var lavtuddannede kvinder (Mik-Meyer & Johansen, 2009).

Det analytiske arbejde blev igangsat med en gennemlæsning af datamaterialet i sin helhed, hvor vi identificerede de temaer, som de interviewede talte om. Herefter blev temaer og holdninger grupperet i relation til vores forskningsagenda. Interviewene med sagsbehandlerne reflekterede forskellige sygdomsopfattelser, der var relateret til beskrivelsen af klienterne, som alle indeholdt lange diskussioner om køn og klasseforhold. Det var ofte lange og symbolsk ladede beskrivelser af 'typiske' klienter med diffuse lidelsers opførsel, levevis, tænkemåde etc. Disse beskrivelser blev taget ud af konteksten (selve interviewet) og grupperet i et nyt dokument for på den måde at gøre det muligt at finde mønstre i den måde, hvorpå sagsbehandlerne omtalte klientgruppen.

Idet vi havde fokus på kønsaspektet, rettede vi desuden opmærksomheden mod den måde hvorpå henholdsvis kvindelige og mandlige sagsbehandlere omtalte klienternes situation. Omtalte de mandlige sagsbehandlere eksempelvis (de kvindelige) klienter på en særskilt måde? Der var ingen tydelige indikationer på forskelle af denne slags i sagsbehandlerens beskrivelser, men da vi kun havde otte mandlige sagsbehandlere i vores gruppe af 52 sagsbehandlere, besluttede vi ikke at inddrage sagsbehandlerens eget køn i analysen, hvilket kan betragtes som en svaghed for dette studie. Men tager man det teoretiske perspektiv som privilegerer den sociale kontekst hvori sygdom forhandles, med i betragtning, kan man argumentere for at deres køn vil være af marginal betydning for analysen. Andre faktorer såsom professionsspecifikke måder at handle/tænke på, normer og værdier (doxa), statusforskelle mellem sagsbehandlere og klienter etc. fremstår meget mere fremtrædende, og det synes mere sandsynligt, at disse forhold kan

privilegere bestemte forståelser af klienternes situation, end det er tilfældet for sagsbehandlerens køn.

Analysen af klientinterviewene fulgte samme mønster som analysen af sagsbehandlerinterviewene. I analysen af klientinterviewene var vi særligt opmærksomme på beskrivelser af kønnede temaer (beskrivelser af mandlige/kvindelige måder at reagere på, eksempelvis) og kønnet sprog (eksempelvis det at vælge at bruge mange følelser i beskrivelsen af sygdom).

## Sagsbehandleres og klienters definitioner af sundhed og sygdom

Før vi går i gang med en dybdegående analyse af de udvalgte interview, er det på sin plads at understrege, at analysen af fokusgruppeinterviewene med sagsbehandlerne understøtter fundene fra den landsdækkende survey blandt sagsbehandlere (Mik-Meyer & Johansen, 2009). I det kvalitative interviewmateriale, såvel som i surveyen, er den typiske klient beskrevet som en lavtuddannet kvinde på omkring 40 år, hvis smerter antages at hænge sammen med en problematisk psykologisk situation. Mere end halvdelen af sagsbehandlerne udtrykker, at de beskrevne smerter stammer fra et liv – ikke krop – der gør ondt. Som en sagsbehandler forklarer: "Det er en gruppe kvinder mellem 30 og 40. De er typisk i en svær familiesituation og har små børn". En anden forklarer: "Det hænger jo sammen, det psykiske og det fysiske". En tredje sagsbehandler siger: "De har ondt i livet". Denne transformation, hvor fysisk smerte bliver til et socialt eller psykologisk problem, er en typisk måde sagsbehandlerne diskuterer disse klienters situation på. Her beskrives det med lidt flere ord af en fjerde sagsbehandler:

Jeg synes tit, jeg oplever, at man undersøger det fysiske, når man måske burde kigge på alle de andre forhold ... Hvis manden derhjemme er et fjols, og ungerne hænger i gardinerne, og man er træt af det arbejde, man kommer fra og alle de her ting, så gør det da mere ondt, end det ville gøre på én, der var rigtig glad for sit arbejde og havde det godt med ungerne og manden derhjemme.

I beskrivelserne fremstilles den typiske klient med diffuse lidelser, der ikke kan anerkendes i det medicinske system, som en person med et kaotisk privatliv, som har et dårligt betalt job og problemer med sine børn. Sagsbehandlerens beskrivelser illustrerer at de taler om en gruppe af kvinder, der er forskellige fra dem selv – en gruppe kvinder med en anden habitus, kunne man sige. Det er kvinderne,

der mangler den rette sociale og kulturelle kapital – evnen til at "tage kontrol over deres eget liv", som en anden sagsbehandler forklarer det – og hvis økonomiske situation også positionerer dem lavere i hierarkiet end sagsbehandlerne. Sagsbehandlerne beskriver eksplicit kvinderne som lavtuddannede og dermed som en gruppe mennesker, som har mange (andre) problemer i deres liv end sygdom, der bare er ét problem i rækken.

Gennemgående for fokusgruppeinterviewene med sagsbehandlerne er der en tendens til at beskrive de få mandlige klienters sygdomsfortællinger som legitime. Sagsbehandlerne beskriver de mandlige klienter som nedslidte og deres smerter i kroppen forstås som et fysisk problem, der skyldes et langt arbejdsliv i et dårligt betalt job (hvilket lige så vel kunne være en passende beskrivelse af mange af de kvindelige klienters situation). At være mand påkalder styrke (hårdtarbejdende etc.) og relaterer derfor dårligt til at være (psykisk) syg, dvs. svag. Opfattelsen af at mænds sygdomsfortællinger der fremhæver fysiske smerter fremtræder således legitime (og de antages i modsætning til de lavtuddannede kvinderne faktisk at have de smerter, som de beskriver). Denne opfattelse af de legitime syge mænd kan forklare, hvorfor sagsbehandlerne kun henviste to mænd til at deltage i denne undersøgelse af diffuse lidelser på trods af, at mænd optræder lige så hyppigt i sygdomsstatistikkerne som kvinder.

Med andre ord kan man argumentere for at maskulinitet bliver til i en diskurs som ikke levner plads til fortællinger om diffuse lidelser konceptualiseret som en (eksotisk) psykologisk lidelse. I sagsbehandlerinterviewene var beskrivelserne af de mandlige klienter forholdsvis neutrale og endda sympatiske; de få mænd, der ikke blev forstået som hårdtarbejdende, blev beskrevet som legitimt syge på grund af stofmisbrug og i disse tilfælde blev deres problemer ikke beskrevet som forårsaget af psykologiske brister i deres personligheder.

Det lader til at beskrivelsen – og behandlingen – af smerter, der ikke kan diagnosticeres biomedicinsk afhænger af personens køn og uddannelsesmæssige baggrund. Inden for kønsstudier har man længe diskuteret (fx de Beauvoir, 1973; Butler, 1990) hvordan det at være mand er lig med at være normal, mens det at være kvinde opfattes som en slags afvigelse. I dette forskningsprojekt optræder en mands sygdomsfortælling tilsvarende som normal, mens en kvindes sygdomsfortælling fremtræder som en slags eksotisk mysterium – tankegangen synes at være at hun, i modsætning til syge mænd, måske ikke har de smerter, som hun beskriver at have. En af de to mænd, som deltog i denne undersøgelse udtrykte frustration over, hvordan han var blevet behandlet af sine tidligere kolleger:

Der er ikke nogen, der har skrevet eller sagt 'Hej' eller 'Hvordan går det?' eller sådan noget. Nu er jeg selvfølgelig også på Facebook, ligesom alle andre. Så der er ikke nogen, der har sagt 'Hey, hvad så? Hvordan går det?'. Og det er jeg lidt ked af. Det kunne de godt have gjort. Send et kort! Men det er jo også svært. Vi er jo mænd, så vi skal bare arbejde.

Ingen af de 39 kvindelige klienter, der deltog i undersøgelsen, formulerede imidlertid denne type af beklagelse over manglende omsorg og bekymring.

Senere i samme interview tilskrev den mandlige klient den manglende opmærksomhed en kønnet forklaring: "Hvis jeg nu havde været en kvinde, så havde jeg jo fået tilsendt blomster, tror du ikke?". Idet standardkodekset for at forholde sig til sygdom – at sende blomster eller et kort – ikke blev aktiveret, blev denne mandlige klient ikke anerkendt som værende syg af kolleger eller venner, en bekræftelse som mange af de kvindelige klienter imidlertid beskrev. Analysen af dette fænomen tyder på, at vi måske har at gøre med den syge person i en dobbelt skikkelse. Når en mands krop gør ondt, så opfattes hans sygdomsfortælling blandt sagsbehandlere som legitim (og derved ikke som en fortælling om en diffus lidelse), hvilket kan forklare hvorfor sagsbehandlerne kun henviste ganske få mænd til interview (og hvorfor sagsbehandlerne i fokusgruppeinterviewene eksplicit udtrykte, at mænd var nedslidte i modsætning til de "klynkende" kvinder). Sagsbehandlerne tager således mændenes smerter alvorligt, men mændenes køn forhindrer samtidig deres sociale omgivelser (venner og kolleger) i at forholde sig til dem, som man typisk forholder sig til en syg person (at sende kort og blomster). Det at være syg på 'normal' vis udfordres derfor, hvis du er en mand, idet de sociale omgivelser ikke bekræfter mændenes sygdomsidentitet også til trods for at sygdomsidentiteten bliver bekræftet i kontakten til sagsbehandlerne.

Det modsatte er tilfældet for kvinder. Sagsbehandlerne opfatter ikke kvindelige klienter der mangler en biomedicinsk diagnose, som legitimt syge, men de kvindelige klienter beklagede sig aldrig over at mangle støtte i form af kort og blomster fra deres personlige netværk (mange fortalte indgående om den opmærksomhed, som de havde fået i deres privatsfære). Kvindelige klienters sygdomsidentitet udfordres således af sagsbehandlerne, men bekræftes i deres privatsfære. Identitetsprocessen omkring diffuse lidelser er derfor ikke blot afhængig af køn og klasse, det kan også have betydning om forhandlingen af sygdomsidentiteten foregår i den offentlige sfære eller i privatsfæren.

Når samtalen i interviewene faldt på kvinder uden en biomedicinsk diagnose, så gav sagsbehandlerne en noget anden beskrivelse. I interviewmaterialet findes

der selvfølgelig også historier om legitimt syge kvinder, fx bosniske flygtninge med PTSD (der ikke er diagnosticeret) eller fabriksarbejdere og hjemmehjælperne som sagsbehandlerne mente var nedslidte. Men disse historier var undtagelsen. Som oftest beskrev sagsbehandlerne de kvindelige klienter med diffuse lidelser som personer, der "var klynkere", "havde psykiske problemer", "havde ondt i livet", "ikke havde energi" etc. De var i sagsbehandlerne beskrivelser klienter hvis smerter ikke var legitime og klienter, der ikke nødvendigvis havde alle de symptomer, de beskrev (Werner & Malterud, 2003). I interviewmaterialet var der en tendens til at udtrykke stor skepsis, når en kvinde beskrev smerter, der ikke kunne diagnosticeres biomedicinsk. Der var desuden en tendens til at anvende negative betegnelser, såsom "forkælet" og "perfektionist", om de kvindelige klienter.

For at forstå denne negative beskrivelse af disse kvinders situation må vi fokusere på, hvordan kategorien 'syg' relaterer til både kønsspørgsmål (såsom at være svag (kvinde)/stærk (mand)) og klasse-/normsspørgsmål (såsom forkert social/kulturel kapital over for rigtig social/kulturel kapital). Vi må med andre ord analysere, hvordan dominerende køns- og klasseforståelser væves ind i diskursive og kulturelt producerede forståelser, som sagsbehandlerne trækker på, når de vurderer, om en klients sygdomsfortælling er legitim eller ej. Det analytiske spørgsmål er, hvorvidt det er nemmere eller sværere at anerkende og acceptere sygdomsfortællinger som legitime, når det gælder mænd? Lad os se på en diskussion mellem to sagsbehandlere – Isabella og Ditte – som diskuterer kvindelige klienter, der beskriver diffuse lidelser.

Isabella: De er sådan lidt tryghedsnarkomaner. Forstået på den måde, at de nok har været i en eller anden rolle eller funktion i mange år, og når den bliver brudt, så bliver de usikre. De kan nok ikke klare den omvæltning, omstilling.

Ditte: Psykisk sprød. Ja, lige nøjagtigt det med omstilling. Der skal ikke ske for meget i deres liv, så falder hele verden sammen.

Isabella: Og de søger hurtigt den her offerrolle.

Ditte: Ja. Og frasiger sig meget ansvar. ... Ja, den der offerrolle: 'Hvor er det synd for mig'. Det er lidt kynisk, men jeg tror også, mange af dem virkelig mangler noget kærlighed og noget omsorg i deres liv.

Isabella: Og så søger de det hos os [latter] ... Kom til os og få et kram.

Det at anvende udtryk som "tryghedsnarkomaner", "føle sig usikker", "være psykisk sprød", "hele verden falder sammen", "søge efter offerrollen", "frasige sig ansvaret", "at mangle kærlighed og omsorg" og "få et kram" viser, at vi har at gøre



med en social figur, der betegner en svag person både anskuet fra et køns- (den sociale figur den svage kvinde (eller endda barn)) og klasseperspektiv (fx at verden falder sammen på grund af en dårlig økonomisk situation). Det er med andre ord en særdeles kønnet og klasserelateret beskrivelse, som ekskluderer mænd og veluddannede som oplagte medlemmer af denne klientgruppe.

Den psykologiske profil af en klient med diffuse lidelser gives også betegnelsen "klynkeren", som en kvindelig klient mener at hendes sagsbehandler opfatter hende som (i en fraklippet passage). Herunder fortæller hun om sit sidste møde med sin sagsbehandler:

Så siger han til mig: 'Men du har jo siddet en time her, du sidder da fint'. Så sagde jeg til ham: 'Men så har du ikke lagt mærke til, hvordan jeg har vendt og drejet'. Bare fordi at jeg ikke piver og siger: 'Nu vil jeg gerne stå op', når jeg sidder til et møde [og har ondt]. Selvom jeg ved, at jeg bagefter er nødt til at gå hjem og tage nogle piller og lægge mig.

Kvinden kæmper imod kategoriseringen som klynker, måske fordi hun er klar over, at det at være inkluderet i denne kategori vil gøre hendes sygdomsfortælling mindre legitim.

En anden klient fortæller hvordan hun rådes til at holde op med at opføre sig som en klient og i stedet gå til en coach. Atter er det forestillingen om, at det er klientens humør og problematiske personlighed, der gør hende syg (ikke hendes fysiske smerter). Denne klient beskriver at hun føler, at hun "mister kontrollen" og at hendes verden "falder sammen". At beskrive svære livsomstændigheder inden for en følelsesmæssig ramme på denne måde er typisk for de kvindelige klienter – præcis som den ovenfor citerede sagsbehandler Isabella, påstår at det er tilfældet. Sagsbehandleren Isabella beskriver dem også som mennesker hvis verden falder sammen, forskellen er blot at Isabella forklarer dette med henvisning til deres skrøbelige psykologiske struktur mens klienten forklarer, at hendes verden falder sammen på grund af udsigten til at miste sit hus og andre materielle goder, som bliver konsekvensen, hvis hun må overgå til kontanthjælp i stedet for sygedagpenge.

Disse klienters problemer stammer ikke kun fra miskrediteringen af deres smerter som fysiske smerter og omformningen af dem til psykologiske brister, man kan desuden argumentere for at sagsbehandlerne heller ikke anerkender de psykiske problemer som legitim sygdom. Man kan argumentere for, at de er blevet "a matter out of place", som Mary Douglas (2003) formulerer det. En kvinde med smerter i kroppen, som ikke kan anerkendes i en biomedicinsk diskurs, kan

således ikke anerkendes som legitim syg person i den biomedicinske diskurs (der ikke kan lokalisere sygdom i hendes krop), hun kan heller ikke anerkendes som en legitim syg person i den psykologiske diskurs. Hvis du formodes at have et psykologisk problem, så er en sygdomsfortælling, der fokuserer på fysisk smerte, ikke legitim. For at være legitimt syg må en klient have fysiske smerter, der kan henføres til et organs eller et organsystems dysfunktion.

## Konkluderende diskussion

Hvis man ønsker at undersøge de sociale elementer i medicinske diagnostiske praksisser (Bowker & Star, 1999; Jutel, 2009), så er personer med diffuse lidelser en vigtig gruppe at fokusere på. At personer med diffuse lidelser per definition har smerter der ikke kan lokaliseres biomedicinsk i den fysiske krop, viser at diagnosticeringspraksisser i højeste grad er et socialt fænomen (Goffman, 1965). I kategoriseringen af klienters sygdomsfortællinger som legitime eller illegitime (Werner & Malterud, 2003; Mik-Meyer & Obling, 2012) kan sagsbehandlerne ikke alene sætte deres lid til lægers (biomedicinsk tvetydige) udtalelser om denne patient-/klientgruppe. Sagsbehandlerne må beslutte, om personen skal modtage sygedagpenge (og derved er legitimt syg) eller kontanthjælp (og derved 'blot' er en klient). Klienter med diffuse lidelser er således med andre ord defineret ved deres manglende biomedicinske diagnose. Denne 'mangel'-identitet understreger hvordan klasse og køn bliver centrale i den kategoriseringspraksis der sker, når sagsbehandlere beslutter om en sygdomsfortælling er legitim eller ej.

Intersektionaliteten mellem køn, klasse og diffuse lidelser skaber særlige opfattelser af hvis og hvilke sygdomsfortællinger der bevirker, at personen klassificeres som en person med diffuse lidelser. Både i vores nationale survey, hvor der blev spurgt til "den typiske klient uden en biomedicinsk diagnose", og i rækken af kvalitative interview med sagsbehandlere, der diskuterede klienter uden en biomedicinsk diagnose, var den opfattelse, der kom til udtryk, at det var kvinder med psykiske problemer.

Analyserne af interviewene har vist, at disse opfattelser af, hvordan køn, klasse og sygdomsfortællinger hænger sammen og producerer bestemte "klienttyper", der får en formativ karakter (jf. Foucaults "conduct of conduct"). Klienttypologier konstruerer en social orden der med Bourdieus (1996:171) ord gør mænd og kvinders sygdomsfortællinger "selvfølgelige og universelle", så mænd og veluddannede kvinders sygdomsfortællinger bliver legitime og lavtuddannede kvinders sygdomsfortællinger illegitime. Det er en social orden, hvor lavtuddannede

kvinder som påstår, at de har fysiske smerter, transformeres til personer med psykiske problemer.

Det faktum at mænd og veluddannede kvinder ikke optræder i undersøgelsen (det blev ikke foreslået, at vi skulle interviewe personer fra disse to personkategorier) indikerer, at transformationen af fysisk smerte til psykiske problemer primært er forbundet med lavtuddannede kvinder. Man kan argumentere for at mænd og veluddannede kvinder blev "the absent present" (Ward & Winstanley, 2003) i min forskning. Mænd og veluddannede kvinders sygdomsfortællinger blev taget for pålydende, og disse klienter blev derved ikke transformeret til personer med psykiske problemer, hvilket understreger vigtigheden af at reflektere over køn og klasse i studier, der omfatter personer uden biomedicinsk diagnose (Ring et al., 2005). De associationskæder, der relaterer til køn og klasse, synes relevante at inddrage for at forstå hvordan, i dette tilfælde, sagsbehandlere vurderer sygdomsfortællingers legitimitet, idet de synes at kunne forklare, hvorfor det er så selvfølgeligt at lavtuddannede kvinder, der oplever fysiske smerter, antages at være "klynkere" med skrøbelige personligheder.

## Noter

1: Denne artikel er en bearbejdet version af min artikel fra 2011 'On being credibly ill: class and gender in illness stories among welfare officers and clients with medically unexplained symptoms', *Health Sociology Review*, 20(1), 28-40.

## Referencer

- Acker, J. (1988). Class, gender, and the relations of distribution. *Signs*, 13(3), 473-497.
- Acker, J. (2006). Inequality regimes: Gender, class, and race in organizations. *Gender & Society*, 20(4), 441-464.
- Adid, A., & Guerrier, Y. (2003). The interlocking of gender with nationality, race, ethnicity and class: The narratives of women in the hotel work. *Gender, Work & Organization*, 10(4), 413-432.
- Adkins, L. (1995). *Gendered work: Sexuality, family and the labour market*. Buckingham: Open University Press.
- Ainsworth, S. (2002). The 'feminine advantage': A discursive analysis of the invisibility of older women workers. *Gender, Work & Organization*, 9(5), 579-601.
- Alvesson, M., & Billig, Y.D. (1997). *Understanding gender and organizations*. London: Sage.
- Alvesson, M., & Willmott, H. (2002). Identity regulation as organizational control: Producing the appropriate individual. *Journal of Management Studies*, 39(5), 619-644.

- Baer, H.A., & Coulter, I. (2008). Introduction – Taking stock of integrative medicine: Broadening biomedicine or co-option of complementary and alternative medicine? *Health Sociology Review*, 17(4), 331-341.
- Ball, K. (2005). Organization, surveillance and the body: Towards a politics of resistance. *Organization*, 12(1), 89-108.
- de Beauvoir, S. (1973). *The second sex*. New York: Vintage Books.
- Beskæftigelsesministeriet (2008). *Analyse af sygefraværet*. København: Beskæftigelsesministeriet.
- Blaikie, A., Hepworth, M., Holmes, M., Howson, A., & Inglis, D. (2004). General introduction. The sociology of the body: Genesis, development and futures. I A. Blaikie, M. Hepworth, M. Holmes, A. Howson, & D. Inglis (red.), *The body. Critical concepts in sociology* (s. 1-23). London: Routledge.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L.J.D. (1996). *An invitation to reflexive sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1998). *Practical reason – on the theory of action*. Stanford: Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (1999). *The logic of practice*. Cambridge: Polity Press.
- Bowker, G.P., & Star, S.L. (1999). *Sorting things out. Classification and its consequences*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Brookes-Howell, L.C. (2006). Living without labels: The interactional management of diagnostic uncertainty in the genetic counselling clinic. *Social Science & Medicine*, 63, 3080-3091.
- Bury, M. (1991). Illness narratives: Fact or fiction? *Sociology of Health and Illness*, 23(3), 263-285.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble. Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge Press.
- Casey, C. (1999). 'Come, Join Our Family': Discipline and integration in corporate organizational culture. *Human Relations*, 52(2), 155-178.
- Deitch, E.A., Barsky, A., Butz, R.M., Chan, S., Brief, A.P., & Bradley, J.C. (2003): Subtle yet significant: The existence and impact of everyday racial discrimination in the workplace. *Human Relations*, 56(11), 1299-1324.
- Douglas, M. (2003). *Purity and danger - an analysis of concepts of pollution and taboo*. London: Routledge.
- Dumit, J. (2006). Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, emergent illnesses. *Social Science & Medicine*, 62, 577-590.
- Emslie, C., & Hunt, K. (2009). 'Live to work' or 'work to live'? A qualitative study of gender and work-life balance among men and women in mid-life. *Gender, Work & Organization*, 26(3), 151-172.
- Foucault, M. (1983). The subject and power. I H. L. Dreyfus, & R. Rabinow (red.), Michel Foucault. *Beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1990). *The history of sexuality, vol. 1: An introduction by Michel Foucault*. New York: Random House.
- Fries, C.J. (2008). Governing the health of the hybrid self: Integrative medicine, neoliberalism, and the shifting biopolitics of subjectivity. *Health Sociology Review*, 17(4), 353-367.
- Goffman, E. (1965). *Stigma*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Goffman, E. (1990). *The presentation of self in everyday life*. London: Penguin Books.
- Gubrium, J.F., & Holstein, J.A. (2001). Introduction: Trying times, troubled selves. I J.F. Gubrium, & J.A. Holstein (red.), *Institutional selves. Troubled identities in a postmodern world* (s. 1-22). Oxford: Oxford University Press.
- Hollenberg, D., & Muzzin, L. (2010). Epistemological challenges to integrative medicine: An anti-colonial perspective on the combination of complementary/alternative medicine with biomedicine. *Health Sociology Review*, 19(1), 34-56.
- Holvino, E. (2008). Intersections: The simultaneity of race, gender and class in organization studies. *Gender, Work & Organization*, 17(3), 248-277.
- Hoobler, J.M. (2005). Lip service to multiculturalism: Docile bodies of the modern organization. *Journal of Management Inquiry*, 14(1), 49-56.
- Høgelund, J., Filges, T. & Jensen, S. (2003). *Langvarigt sygefravær – hvad sker der og hvordan går det?* København: SFI.
- Jutel, A. (2009). Sociology of a diagnosis: A preliminary review. *Sociology of Health and Illness*, 31(2), 278-299.
- Järvinen, M. (2000). The biographical illusion. Constructing meaning in qualitative interviews. *Qualitative Inquiry*, 6(3), 370-391.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16, 103-121.
- Labriola, M. (2006). *Work environment factors associated with long term sickness absence and return to work*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. (Ph.d.-afhandling).
- Labriola, M., Lund, T., & Christensen, K.B. (2007). *Resultater af sygefravær-forskning 2003-2007*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Lukes, S. (1974). *Power: A radical view*. London: Macmillan.
- Mead, G.H. (1959). *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Merilainen, S., Tienari, J., Thomas, R., & Davies, A. (2004). Management consultant talk: A cross-cultural comparison of normalizing discourse and resistance. *Organization*, 1(4), 539-564.
- Mik-Meyer, N. (2004). *Dømt til personlig udvikling. Identitetsarbejde i revalidering*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mik-Meyer, N. (2009). Managing Fat Bodies: Identity work between public and private domains. *Critical Social Studies*, 10(2), 20-35.
- Mik-Meyer, N. (2010a). Putting the Right Face on a Wrong Body: an initial interpretation of fat identities in social work organizations. *Qualitative Social Work*, 9(3), 385-405.
- Mik-Meyer, N. (2010b). An Illness of one's own – Power and the negotiation of identity among social workers, doctors and patients without bio-medical diagnosis. *Journal of Power*, 3(2), 171-187.
- Mik-Meyer, N. (2011) On being credibly ill: class and gender in illness stories among welfare officers and clients with medically unexplained symptoms. *Health Sociology Review*, 20(1), 28-40.
- Mik-Meyer, N. & Johansen, M.B. (2009). *Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser*. København: Samfundslitteratur.

- Mik-Meyer N. & Obling, A.R. (2012) The negotiation of the sick role: General practitioners' classification of patients with medically unexplained symptoms. *Sociology of Health & Illness*, 34(7), 1025-1038.
- Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2012) *Power and Welfare: Understanding Citizens' Encounters with State Welfare*. London: Routledge.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham & London: Duke University Press.
- Nettleton, S. (2006). 'I just want permission to be ill': Towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science & Medicine*, 62, 1167-1178.
- OECD (2009). *Harmonised Unemployment Rate*. Tilgængelig fra: [www.oecd.org/dataoecd/32/24/42134775.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/32/24/42134775.pdf) [Tilgæet d. 16. november 2010].
- Ring, A., et al. (2005). The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Social Science & Medicine*, 61(1), 1501-1515.
- Risman, B. (2004). Gender as a social structure. Theory wrestling with activism. *Gender and Society*, 18(4), 429-450.
- Shilling, C. (1994). *The body and social theory*. London: Sage.
- Spelman, E.V. (1990). *Inessential woman: Problems of exclusion in feminist thought*. London: Women's Press.
- Townsley, N.C. (2003). Review article: Looking back, looking forward. Mapping the gendered theories, voices, and politics of organization. *Organization*, 10(3), 617-639.
- Trethewey, A. (1999). Disciplined bodies: Women's embodied identities at work. *Organizational Studies*, 20(3), 423-450.
- Ward, J., & Winstanley, D. (2003). The absent presence: Negative space within discourse and the construction of minority sexual identity in the workplace. *Human Relations*, 10(53), 1255-1280.
- Werner, A., & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: Encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science & Medicine*, 57, 1409-1419.
- Wilson, F. (1996). Research note: Organizational theory: Blind and deaf to gender? *Organizational Studies*, 17(5), 825-842.

# Abstracts in English

## On the art of life: a vitalist reading of medical humanities

*Monica Greco*

In a seminal and much cited paper, Rita Charon has described narrative medicine – and, more broadly, the opening of medicine to education in the humanities – in terms of a mission to develop skills of empathy, reflection, professionalism and communication. In this paper I propose that Canguilhem’s concept of vitalism and Alfred North Whitehead’s concept of the ‘art of life’ provide a lens through which we can read the propositions of narrative medicine and medical humanities in the context of a much broader historico-scientific problematic, and connect them with a wider set of ethical and political implications. After setting out the relevant concepts by drawing on Canguilhem and Whitehead’s work, in the latter part of the paper I explore the ethico-political question of how medicine might best serve the perfectibility of human beings, or the ‘art of life’. I do this via a historical excursus, by revisiting a debate between Viktor Von Weizsäcker and Karl Jaspers on the merits and dangers of the ‘introduction of the subject within medicine’. In their different historical context, Weizsäcker and Jaspers were able to articulate questions that remain relevant today, and that are implicit in the propositions of narrative medicine.

## Credibility in illness – gender and class

*Nanna Mik-Meyer*

This paper explores the intersection of gender and class concerning welfare clients with medically unexplained symptoms. The study is conducted in Denmark using qualitative interviews with welfare officers and clients. The paper's focus is on how issues of gender and class intersect in the negotiation of illness among welfare officers and clients. The particular client group in question consists of individuals that are defined by their lack of a bio-medical diagnosis. Their 'lack' of identity accentuates how gender and class become central in the categorisation practices, constructing the ill person as either bio-medically sick or as a person who may be suffering but only from diffuse psychological problems. The paper shows that it is predominantly poorly educated women without a bio-medical diagnosis that welfare officers describe as suffering from psychological problems despite the fact that the women themselves focus on physical ailments in their illness stories. Men and better-educated women are described by the welfare officers as tired and exhausted or truly stressed after a long working life.

## Training of controlled empathy in accelerated cancer pathways

*Anne Roelsgaard Obling*

This paper takes departure from sociology of emotions to explore the training of empathy and empathic response in accelerated cancer care. The paper focuses on a training workshop in empathic communication during which doctors from a cancer clinic learn to recognise and control the emotional frame of doctor-patient interactions. Through a descriptive analysis, it addresses how communication techniques are rehearsed and it discusses the effects of this training. It is shown that the performance of communicating empathically relies on standardised scripts, which direct and cultivate the conduct of doctors. The paper concludes that contemporary reforming drives in public health care insert a renewed focus on humanistic values in medical interaction between doctors and patients, such as a focus on doctors' modes of engagement in these interactions. However, these values increasingly become the aim of techniques of micro-management such as qualitative measurement and performance audit. In other words, attempts to improve softer dimensions of medical services entail a further standardisation of these dimensions.



# Everyday Trajectories of Hearing Correction

*Anette Lykke Hindhede*

This paper reports on a qualitative study of the onset of acquired hearing impairment. The focus of attention is about why a person seeks treatment. The Danish welfare state serves the population 'in need' such as those with an audiological need and gives them guidance on becoming hearing aid wearers in order to rehabilitate them back to 'normal'. However, within audiological research, noncompliance has attracted much attention as investigations have shown that more than 20 percent of hearing aids are very seldom, if ever, in use and 19 percent are used only occasionally. As shown in the paper the form a problem takes is in large part a product of micro-political struggles. Hence, at the onset 'need' is often embedded in social pressure from significant others. The paper examines these two discursive frameworks and their constitution of (hearing) problems and concludes that norms of disease are complex and epistemologically contested and can help explain why noncompliance is dominant when it comes to hearing rehabilitation for hearing impaired adults.

# Living by numbers: The use of measurement devices in the management of life style diseases in Denmark

*Bjarke Oxlund*

The advent of preventive health and medicine has led to a situation, where the risks of life style diseases are being medicated and where health understood as physical exercise and healthy diet have become a moral imperative. Many elderly Danes thus seek to manage their health condition by measuring their own bodies as well as activities of daily living through the use of devices such as weighing scales, blood pressure meters, pedometers, and bicycle computers. The results of these measurements are then matched against the scores that epidemiological surveys have established as the normal states. But what sense do people make of these measurement practices? And which bodily perception is promoted by the use of numbers? Based on preliminary insights from an ongoing fieldwork in Vordingborg municipality, this article analyzes two stories of elderly women for whom measurement of activities and bodily conditions has become a pivotal point in their everyday lives.

# Prevention across the Public and Private: When Patients Defy Empowerment and Request more Professional Involvement

*Kaspar Villadsen & Kathrine Hoffman Pii*

The article presents findings from an empirical study among patients and professionals involved in a preventive health program at a Danish hospital. It shows how patients enrolled in the program interact with health professionals in ways that challenge assumptions common to governmentality studies of prevention and health promotion. This literature has successfully explored how contemporary health promotion transgresses the public/private boundary by shaping the values of collectivities and individuals to fit better with public health objectives. By exploring the complex co-existence and intertwinements of discipline and biopolitics in preventive practices this study eschews an interpretation that views the powers of the professional health system as invasive and one-directional. Instead, the study demonstrates how patients in various ways defy a 'patient-centered' and empowering approach and demand to be treated medically and disciplined in a more traditional sense. The blurring of the public/private boundary, then, cannot be straightforwardly described as a result of a professional health system that, more or less subtly, reaches into the private lives of patients. A more complex picture emerges, as patients' attitude reflect both traditional medicine and rationalities foreign to the health system.

## Postponing the future: on the use of causal knowledge in prevention

*Morten Hulvej Rod & Tine Curtis*

This paper discusses the heavy reliance upon a particular kind of causal knowledge in prevention and health promotion. Based on ethnographic fieldwork with prevention professionals working with interventions targeting teenage drinking in Denmark, the paper argues that, while attempting to provide predictions for the future, prevention creates certain problems for itself in the moments of social interaction where it is practiced. The paper suggests that prevention can be seen as an attempt at postponing the future and through empirical examples it is il-

illustrated how this project causes a number of practical problems to prevention professionals. The paper begins by sketching the causal epistemology that dominates current public health research. Next, ethnographic descriptions of (i) an educational intervention in Danish schools and (ii) a meeting for parents arranged by a local public health agency provide the material for discussing the practical use of causal knowledge. It is shown that this knowledge becomes contradicted and undermined in the social interaction between public health practitioners and their target groups, and that – paradoxically – this knowledge tends to actualize the very phenomenon it seeks to prevent. The paper employs Bourdieu's distinction between two modes of anticipatory intelligence, the project and the protention, and argues that, in the interaction between prevention professionals and target group, the widespread use of causal knowledge might inhibit and counteract the situational competencies of prevention professionals.



# Forfatterliste

## *Monica Greco*

Ph.d. og senior lecturer ved Goldsmiths, University of London. Monica er særlig interesseret i de implikationer en dualistisk tænkning i medicinen får for forståelsen af, hvad der klassificeres som hhv. sundhed og sygdom. For yderligere information om hendes forskning, se [www.gold.ac.uk/sociology/staff/greco/](http://www.gold.ac.uk/sociology/staff/greco/).

## *Nanna Mik-Meyer*

Ph.d. i sociologi og lektor ved Institut for Organisation, Copenhagen Business School. Nanna har i en årrække arbejdet med sundhedsområdet med særlig fokus på, hvordan sundhed forhandles i mødet mellem borger og velfærdsstat. Hendes publikationer tæller både videnskabelige og formidlingsmæssige tekster, se i øvrigt [www.mik-meyer.com](http://www.mik-meyer.com).

## *Anne Roelsgaard Obling*

Ph.d. og ansat på Institut for Organisation, Copenhagen Business School. Hendes forskning omhandler reorganisering af velfærdsorganisationer og deres ansatte, og hun har blandt andet bidraget med artikler om styring af sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen samt om organisering af professionelles følelsesarbejde.

## *Anette Lykke Hindhede*

Postdoc, ph.d. og cand. mag. i pædagogik, Steno Center for Sundhedsfremme. Forskningsinteresser: forebyggelse og sundhedsfremme, diagnoser, smittes sociale liv, risikopfattelse og sygdom i hverdagslivet.

### *Bjarke Oxlund*

Ph.d. i antropologi er ansat som postdoc ved Institut for Antropologi og Center for Sund Aldring ved Københavns Universitet. Hans seneste publikationer omhandler køn, forskningsetik, universitetsreformer, hiv-aids i Afrika, og aldring og teknologi.

### *Kaspar Villadsen*

Lektor ved Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, CBS. Han er bl.a. forfatter til bøgerne Statsfobi og civilsamfund: Foucault og hans arvingers blik på staten. (2012, med Mitchell Dean) og Det sociale arbejdes genealogi (2004). Villadsen forsker i velfærdsledelse, velfærdsstatens forandring, magtteknologier, Michel Foucault, governmentality og sundhedsfremme.

### *Kathrine Pii*

Cand. mag. i antropologi og ph.d.-stipendiat ved Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, CBS. Hendes ph.d. projekt undersøger, hvordan forebyggelse praktiseres i relationerne mellem sundhedsprofessionelle, patienter og teknologier og de nye former for ansvar, det forebyggende arbejde medfører for både patienter og professionelle.

### *Morten Hulvej Rod*

Ph.d., cand.scient.anth. og adjunkt ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Han forsker i forebyggelse med særligt fokus på unge, rusmidler og de problematikker, der knytter sig til forebyggelsens videns- og værdigrundlag.

### *Tine Curtis,*

Ph.d., mag.art. og chefkonsulent i KL Kommunernes Landsforening, hvor hun arbejder med strategi og udvikling af de kommunale sundhedsopgaver. Tine har tidligere i mange år været forsker og forskningsleder på Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, hvor hun ligeledes havde fokus på sundhed og forebyggelse i kommunerne.