

Trygghetens variationer

Om hälsa och lokal kultur



Utgivare: Försäkringskassan
Försäkringsutveckling

Upplysningar: Jonas Frykman
046-222 04 57
jonas.frykman@etn.lu.se

Bo Rothstein
031-786 12 24
bo.rothstein@pol.gu.se

Hemsida: www.forsakringskassan.se

Förord

Det finns stora regionala skillnaderna i sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning. Flera utredningar och forskningsprojekt har sökt förklaringar till dessa skillnader i sådana faktorer som ålderssammansättning, industristruktur, m.m., men endast lyckats förklara en del av skillnaderna.

Detta föranledde dåvarande generaldirektören för RFV, Anna Hedborg, att initiera ett forskningsprogram med syfte att söka förklaringar. Programmet – Trygghetens variationer. Ett forskningsprogram om socialförsäkringens administration och implementering – som nu avslutas, var ett flervetenskapligt program där etnologiska och statsvetenskapliga synsätt har brutits mot varandra. Programansvariga var professor Jonas Frykman, etnologiska institutionen, Lunds universitet och professor Bo Rothstein, statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet.

Inom programmet har flera forskare från de båda institutionerna medverkat. De har gemensamt skrivit föreliggande rapport som en avslutande sammanfattning av programmet. Detta är en forskningsrapport och författarna står själva för rapportens innehåll och slutsatser. Försäkringskassan tycker att det är angeläget att forskningsresultat sprids. Jag är övertygad om att föreliggande rapport kommer att uppfattas som stimulerande och bidra till debatt och eftertanke.

Gunnar Johansson
Försäkringsdirektör
Försäkringsutveckling

Innehåll

Inledning	5
Staten och det lokala kapitalet	6
Folkhälsa och regional variation	8
Två regioner	9
Om tillit och socialt kapital	12
Rationalism.....	12
Kulturalism.....	13
Lokala synsätt.....	15
Interaktiv rationalitet	16
Tillit och nätverk som socialt kapital.....	17
Om lokala samhällen	20
Glokalisering.....	21
Jämtländsk friskhet.....	23
Den ordningsamma hälsan	25
Tillitens tecken.....	26
Hoppets makt	27
Förtroendets mikrofysik	28
Om administratörer och ohälsans communities	31
Administratörerna och communities av ohälsa	32
”Gå med öppen väst”.....	33
”Inte vara för hård”.....	35
Ohälsans community.....	37
Är förtroende dåligt för hälsan?	38
Om medikalisering	40
Framkallar välfärden sjukdom?	41
Den trovärdiga diagnosen	42
Diagnoser i Småland och Jämtland.....	42
Betydelsen av kön	44
Lokal legitimitet.....	45
Om utbrändhet och utanförskap	47
Inte av denna världen.....	47
Gott är att veta.....	49
Ett eget samhälle.....	50
Vag gemenskap.....	52
Känsla för gemenskap	55
Ohälsa och förtroende	56
Referenser	59

Inledning

Denna rapport är skriven av Jonas Frykman, Mia-Marie Hammarlin, Kjell Hansen, Bo Rothstein, Helena Olofsdotter Stensöta, Isabell Schierenbeck. Huvudansvaret för studien *Om tillit och socialt kapital* har Bo Rothstein; *Om lokalsamhällen*, Jonas Frykman och Kjell Hansen; *Om administratörer och ohälsans communities*, Helena Olofsdotter Stensöta, *Om medikalisering*, Isabell Schierenbeck och *Om utbrändhet och utanförskap* Mia Marie Hammarlin

För några år sedan blev vi som forskare tillfrågade av Försäkringskassan centralt om vi utifrån etnologiska och statsvetenskapliga perspektiv kunde bidra med svaret på en fråga som genererats av de höga sjukskrivningstalen i Sverige. Det var särskilt den dramatiska regionala variationen som väckte frågor. Hur kom det sig att t ex sjukskrivningarna i Norrlands inland var dubbelt så höga som i det skogiga Småland? Vårt svar på det var att gå på djupet och studera lokala kulturer, såväl på samhällsnivå som inom olika kontor för försäkringskassan. Projektets utgångspunkt var att förklaringarna till de stora skillnaderna i ohälsotal står att finna i olika administrativa förhållanden och deras möte med de respektive regionernas och lokalsamhällets kultur. Utifrån ett mångvetenskapligt angreppssätt har vi undersökt hur dessa skillnader uppstått, reproducerats och förändrats. Studien är resultatet av ett tvärvetenskapligt forskningsprojekt och är på det sättet en gemensam insats.

Staten och det lokala kapitalet

Kan man verkligen tala om lokala kulturer i en tid av homogenisering, globalisering och tilltagande migration? Det finns en vida spridd uppfattning att nya medier som TV och Internet starkt påverkar vårt beroende av släkt, vänner och vardagliga möten – platser tenderar att bli virtuella i stället för verkliga. Inom forskarvärlden har många pekat på att social gemenskap var något som tillhör ett förgånget samhälle medan individualism och ensamhet blivit vår tids lott. Titeln på Robert Putnams bästsäljare ”Den ensamme bowlaren” visar väl om något vad denne högt respekterade statsvetare anser om vad som hänt med det sociala kapitalet och möjligheterna fört verklig för gemenskap.

Vi utgick tvärt från att det lokala fått förnyad om än något annorlunda betydelse i samtiden. Titta bara på hur en antikvarisk våg gjort att knappt ett uthus få försvinna, utan att dokumenteras; hur köksinredningar från 50-talets sovstäder hamnar på hembygdsmuseum; hur var liten kommun försöker skriva in sig i det gemensamma kulturarvet. Globaliseringen har gjort det möjligt att profilera det lokala utan att vara provinsiell – vilket var hotet under 1900-talet. Det är detta som fått det lite skämtsamma namnet ”glokalisering” – en sammansmältning av orden *global* och *local*. En av de viktigaste förklaringarna till att det lokala lever så starkt – i Sverige särskilt och Europa i allmänhet – är förvånande nog – närvaron av starka offentliga institutioner (jfr Rothstein 2001). Stödet från olika socialförsäkringar håller det lokala under armarna – när man är sjuk, utan arbete, i behov av socialhjälp eller tidig pension. Regioner lever inte längre i kontrast till utan i stark symbios med det allmänna.

För vårt projekt om ohälsans fördelning, var lokal kultur något som i första hand kom att handla om i vad mån det producerar *till*-tro och är platsen som rymmer olika *till*-gångar. Alltså det förtroende som folk kände för att de lokala samhällena fungerade rättvist och att samhället som helhet var till för dem. Här lutade vi oss emot Robert Putnams teorier om *trust* och *social capital* (Putnam 1993, 2000, 2007). Det sociala kapitalet är helt enkelt de resurser i form av kontakter som finns tillgängliga för en person eller grupp. Det är ett typiskt *till*-ord, ett framåtriktat begrepp som antyder de möjligheter som står till buds. Tilliten till samhället byggs då från botten upp och baserar sig på människors vardagliga erfarenheter. Det lokala är provarenan där de kan testa om de vågar lita på folk i allmänhet. I sådana samhällen där det sociala kapitalet är stort och tilliten stark, där påverkas också livsvillkoren. Hälsan är bättre och så är trivseln. Integration mellan etniska grupper flyter mer friktionsfritt, tolerans mot oliktänkande slår inte över i misstro osv. Vårt antagande från början var att andelen sjukskrivna var relaterat till hur det sociala kapitalet var utformat i olika delar av landet. Och att detta hade historiska rötter och att lokala tendenser förstärkts, inte försvunnit under senare tid.

Samarbetet mellan etnologer och statsvetare visade sig vara fruktbart. Etnologi har länge intresserat sig för lokal kultur – men mer sällan för statens roll i det lokala. Statsvetenskapen har i sina studier av administration haft svårt att finna instrument för att tolka det lokala. Här möttes på ett lyckligt sätt perspektiven ovanifrån det etnografiska arbetet med vardag och praktik. Det kan vara på sin plats att nämna något om den egendomliga frånvaron av statens och de offentliga tjänstemännen i etnologins många lokalundersökningar. Det har funnits en romantiserad bild av att det lokala var något som existerade *på trots* av centralmakten och marknadskrafterna. Det var mer genuint, befolkningen mer ofördärvad och bärare av en längre kontinuitet bakåt än den opersonliga statsapparaten. Från studiet av öar och fiskelägen, brukssamhällen och glesbygder visade etnologer gärna att handen ovanifrån ofta var både fumlig och förtryckande. ”Centralbyråkrater” blev snabbt ett skällsord och statliga tjänstemän sågs lätt som *humorless automatons* och bärare av maktens värden och handgrepp (Brox 1966, Herzfeld 1991). Därmed missade man den aspekt som vi kommit att finna så självklar i denna studie – nämligen de vardagliga trygghetssystem som en förutsättning – inte ett hinder – för det lokala livet. Kontoret för försäkringskassan låg ofta i centrum av samhället.

Vi menar alltså att det lokala rymmer goda potentialer för att studera hur statliga regelverk fungerar i den praktik där också människors kultur blir en viktig faktor. Etnografins styrka är att den kan visa samhällen inrättat sig efter institutionernas närvaro. Somliga orter – som vi skall se – kom att utbilda attityder där man avvisade ett statligt inflytande därför att de sågs som alltför påträngande; andra utvecklade en stor intimitet vilket låste orten till mönster som på sikt verkade nedbrytande såväl ekonomiskt som kulturellt. Det var sålunda varken avsiktligt eller humant om man lät folk undersöka på vad sätt de kan vara sjuka för att den vägen kunna klara sin och i förlängningen samhällets försörjning. Den analytiska poängen är att vi i den här studien kom att fokusera på *mellanrummet* – beröringsytan mellan styrningen uppifrån och de mönster som utvecklats nedifrån.

Folkhälsa och regional variation

Utgångsläget för studien var om det gick att påvisa några kulturella faktorer bakom de höga sjukskrivningstalen. När vi inledde undersökningen låg ohälsotalet på 42. I jämförande studier kom det fram att i Finland var talen hälften så höga, i Danmark en tredjedel av de svenska och i Tyskland blott en fjärdedel (Palmer 2003).

Vår ingång blev då den kraftiga regionala variationen. De många undersökningar som vi kunde bygga på, visade att ålderssammansättning, socioekonomiska villkor, tillgång på arbete etc. – gav en del av förklaringen – men även när man kalibrerat för sådana kvarstod olikheterna (Palmer 2004).¹ Egendomligt nog var det på *landsbygden* och i *småsamhällen* som folk var mest sjuka och inte i urbana miljöer. Det senmoderna samhället med dess stress, svårigheter för folk att få livspusslet att gå ihop, osäkerheten på arbetsmarknaden var ju något som borde slå hårdast i de större städerna. Det har åtminstone blivit en form av modern vetenskaplig folklore. Men i stället var det i regioner där folk levde nära naturen som sjukdomen slog till! Här krävdes det uppenbarligen mer djupgående studier av hur de lokala kulturen såg ut.

Misstanken centralt, från politiker och Försäkringskassan, var förstås att överutnyttjande av sjukskrivningarna berodde på ett individuellt fusk som efterhand antagit kollektiva proportioner. Detta kunde då rättas till genom regelskärpning och övervakning, vilket tillsammans med de nya reglerna för begränsad sjukskrivningstid blev den modell man valde. Risken med det synsättet var förstås att man lätt hamnade i en moraliserande förståelse av varför talen var så höga.² Ohälsotalen för oss som forskare avspeglade snarare vilket förtroende för socialförsäkringarna som fanns på olika platser – och hur man lokalt använde sig av dem för att hantera olika problem. Lokala samhällen erbjuder en möjlighet att utgå från praxis – hur regler och system omsätts i daglig handling. I det lokala lever såväl de som använder sig av välfärdsstatens tjänster som de som administrerar dem och de delar ofta de värderingar, attityder och levnadssätt som finns på orten.

Metodologiskt kom vi att använda oss av profilskapande kontrastverkan – två regioner med sinsemellan mycket olika ohälsotal sattes emot varandra

¹ Arbetslöshet och sjukskrivningar kunde stundom fungera som kommunicerande kärl: när arbetslösheten stiger sjunker sjukfrånvaron och vice versa (Goine & Edlund 2003).

² Det fanns vid denna tid en ganska vitt spridd uppfattning att det kunde ligga ”nära till hands att tro att de stora avvikelser som uppvisas av Norrlandslänen snarare återspeglar ett annat synsätt kring hur socialförsäkringssystemet ska användas och att de höga uttag av sjukpenning och förtidspension fungerar som ett regionalt stöd” (RFV Analyserar 2003: 4). Jfr också studierna av särskilt norrlandslänen i RFV Analyserar 2002:11; 2002:16; 2003:4; RFV Redovisar 2002:8; 2003:4; RFV, Enheten för analys 2003-03-03.

för att på den vägen kunna spåra grundläggande kulturella och strukturella särdrag. Det kom att bli Jönköpings län i södra Sverige där ohälsotalen vid inledningen av vår studie låg på 34 och Jämtlands län med ett ohälsotal på 60 (se också Frykman & Hansen 2005). Senare kom talen att något utjämnas, men skillnaderna regionerna emellan bestod. Det här var också regioner med mycket tydligt uttalade kulturella profiler, kända sedan länge inom kulturvetenskaplig forskning.³ Andra parametrar skulle tagits med om undersökningen gällt urbana miljöer, men resultaten skulle vara likformiga .

Som förståelseverktyg kom vi att använda oss av vissa av de nämnda begreppen inom etnologi och statsvetenskap som just *trust* och *social capital*, men också försökt att se hur dimensionerna *hope and worry*; har fungerat som kulturellt starkt organiserande faktorer i hur människor förhåller sig till statens möjligheter att skänka trygghet och skapa tillit (jfr Hage 2003). De begreppen handlar alla om den verklighet människor ser *framför sig* något som av lättförståeliga skäl har inflytande över deras upplevda hälsa.

Framställningen i det följande inleder med en presentation av de två regionerna. Därpå följer en genomgång av det vetenskapliga bruket av *trust* och socialt kapital inom den stats- och beteendevetenskapliga domän där det hör hemma. Först därefter blir det möjligt analysera de två regionerna kulturellt utifrån den förnyade betydelsen av *community*. Vilken roll spelar det lokala för den till synes neutrala administrationen inom försäkringskassan? Det blir föremål för nästa avsnitt. Undersökningen tar också upp sjukdomspanoramata i de olika länen och ser på fenomenet medikalisering ur lokalt perspektiv. Slutligen visas i en studie av hur ”utbrändhet” och andra ”vaga diagnoser” hur viktigt det är att en diagnos är förankrad i det lokala samhället. Vi summerar genomgången av den regionala variationen med att lämna de två länen, för att föra en allmän diskussion om den betydelse som förtroende, hopp och ängslan kan ha för att hålla talen för sjukskrivningar låga.

Två regioner

Orterna vi valde i Jönköpings län var industri- och invandrarkommunen Gislaved (med ett ohälsotal på 33,5), pendlarförorten till Jönköping, Mullsjö (37,1), och den klassiska industri- och järnvägsknuten på småländska höglandet, Nässjö (38,4). I Jämtland var det Östersund med sin täta närvaro av statliga verk, lokal administration och turism (60); och glesbygdskommunen Strömsund som bland annat är känd som orten där motståndet mot EMU samlade flest invånare i hela landet (67,3).

På alla orterna var det kvinnor över 60 som hade högst ohälsotal. I Strömsund rörde det sig t ex om 162 dagar om året, medan det i Gislaved var

³ Huvudsakligen beslutsfattare inom kommunal administration, inom den polikliniska vården inom Försäkringskassan och på arbetsförmedlingar har intervjuats, journaler på Försäkringskassan har studerats och omfattande deltagarobservationer har utförts. Sammanlagt utgår studien från fyra års- ej sammanhängande - fältarbete. Metoderna har skiftat mellan etnologer och statsvetare.

jämförelsevis lågt – 99.⁴ Som framgår av siffrorna var variationen mellan länen långt större än inom dem.

Här gjorde vi omfattande empiriska studier, huvudsakligen i form av intervjuer med personal som arbetade på orternas försäkringskassor, på vårdcentraler, bland tjänstemän på olika nivåer inom kommunal förvaltning och förtroendevalda politiker, församlingsföreståndare, hälsoplanerare och med folk på gatan och de som gått länge sjukskrivna. Vi bad dem ge sin bild av hälsotillståndet, kommentera ohälsostatistiken, och ge oss sin tolkning av hur detta passade in i vad de uppfattade som ortens kulturella mönster och moraliska profil. Omfattande statistiska studier gjordes också av handläggarnas attityder i enkätform och en heltäckande studie av de diagnoser som givit upphov till sjukskrivningar under de senaste 30 åren utfördes också.⁵

Att förstå ett samhälle utifrån dess beslutsfattare visade sig vara ett lyckat grepp, såtillvida som nästa alla tjänstemän satt inne med en imponerande kunskap om sina samhällen; alla hade mycket klara uppfattningar om problemläget när det gällde ohälsotal. Liksom skattekrona, befolkningstalen och arbetslöshetssiffrorna var detta en del av den kommunala bilden utåt och en ständig källa till undringar. Höga tal var en orsak till bekymmer och låga till stolthet. De var ju ett slags tecken på hur hela samhället mädde och dessutom en ekonomisk angelägenhet av första rang. Här handlade det ju om skattekronor. Flera av tjänstemännen hade levt på platsen hela livet och sysslat med sociala, politiska frågor. Samhällets etos – kända och praktiska gemenskap – var väl bekant för var och en; självklart stod välfärdsstatens administration i centrum för vad man såg som livet i deras *community*.

Orterna vi arbetade med var relativt små men hade mycket växlande demografisk och ekonomisk profil. De småländska orterna var präglade av ett livaktigt näringsliv, låg arbetslöshet, tämligen stora inslag av invandrare och tydliga sociala hierarkier, medan de jämtländska kommunerna hade ett mindre utvecklat och mer ensidigt näringsliv, hög arbetslöshet, etniskt homogent befolkning och otydliga sociala hierarkier. Kommunerna valdes så att de skulle fånga upp ett kontinuum mellan landsbygd och stad, mellan industriorter och sovsstäder och visa på så sätt mångfalden inom var region. Mer än att framstå som enstaka orter kan kommunerna belysa några av de allmänna villkoren för människor som levde i Norrlands inland respektive den småländska småföretagarregionen. Utöver det var vår ambition att pröva om här fanns mer djupgående skillnader som sträckte sig utanför de speciella, svenska regionerna. Vår ambition har alltså *inte* varit att försöka ge en så porträttlik bild av regionerna som möjligt. Det skulle ha krävt en annan form av undersökning. Här kom vi att fästa blicken vid samspelet mellan lokalt liv, hälsa och myndigheters närvaro.

⁴ Siffrorna gäller för år 2005, de har sedan sjunkit överlag utan att relationen mellan regionerna därför påverkats.

⁵ Se närmare publikationer på väg av Helena Olofsdotter – Stensöta och Isabel Schierenbeck, och förteckningen på hemsidan www.tryggvar.se.

Förutom de divergerande ohälsotalen var ett av skälen att välja Småland och Jämtland som regioner att de var områden med tydligt artikulerade kulturmönster. Folk talade om sig själva i kulturella termer, de var väl etablerade begrepp i offentligheten och de var grundligt studerade inom historisk och etnologisk forskning. Det finns också hyllmeter av studier om dessa områdens kultur, näringsliv och samhällsstruktur. Vad det innebär att vara jämte vet snart sagt var invånare sedan århundraden och sak samma med det småländska.

Till det yttre är de regioner med och mycket skog och tidvis mycken fattigdom. Jämtland i norr har gräns i fjällkedjan mot Norge, ett land man tillhörde fram till 1645. Landskapet är glest befolkat och mer än hälften av de 130 000 invånarna är bosatta i den enda staden, Östersund. Utanför staden finns mindre tätorter, byar, berg och vidsträckta naturområden. I den nationella ekonomin har länet varit en råvaruproducent, som levererat skogsråvara och elkraft till industrin – i andra delar av landet.

Småland är belägen i landets södra delar och sträcker sig från den östra kusten västerut in mot en högplatå, betydligt tätare befolkat och med flera städer och småorter. Jorden i det område vi studerade är för det mesta karg, även här finns omfattande skogar. Sedan 1800-talet har här utvecklats en småindustri baserad på produktion av järn och trä. Från de fattiga villkoren gav sig människor under förra seklet ut på arbetsvandringar och emigrationen till USA var omfattande. Landskapet är sedan 1800-talets slut ett fäste för lågkyrklig och pietistisk färgad, frikyrklig väckelse.

Om tillit och socialt kapital

Innan vi redovisar den empiriska undersökningen är det nödvändigt att ta upp hur begrepp som social tillit, mellanmänniskt förtroende och socialt kapital hittills använts inom den beteendevetenskapliga forskningen. Detta med avsikt att se om de kan hjälpa oss att tränga djupare in i de regionala skillnader vi fokuserat. Inom flera discipliner har det sedan lång tid tillbaka förts en intensiv diskussion om förhållandet mellan s.k. rationalistiska förklaringsmodeller och mera kulturbestämda ansatser. Skall mänskligt handlande i första hand förklaras genom hänvisning till begrepp som egenintresse, nytta, strategi och kalkyl, så som ofta sker inom ekonomisk teori? Och hur går detta att förena med att se människan som styrd av de specifika kulturella och sociala normer som hon på olika sätt internaliserat? Inte minst inom den omfattande forskningen om socialt kapital och tillit är denna problematik central av både teoretiska och empiriska skäl. I diskussionen kan man identifiera två ytterlighetsståndpunkter.

Rationalism

I den ena, som representeras av den i dessa sammanhang mycket inflytelse-rike amerikanske politiske filosofen Russell Hardin, förstås mellanmänniskt förtroende som en del av den rationalistiska teori vars grund är ”the economic man”. Den enskilde aktörens förtroende för den andre aktören ses i detta tänkande som ”inkapslat” i en bedömning av den andres nyttokalkyl för att agera pålitligt. Vi litar enligt det synsättet på andra människor endast om vi tror att det ligger i deras egenintresse att vara pålitliga och detta är i sin tur styrt av vår information om hur deras incitamentsstruktur är konstruerad (Hardin 2002). Detta medför att vi bara kan hysa tillit för ett mycket begränsat antal människor eftersom vi bara kan hantera sådan komplex information om en liten grupp. Vidare innebär detta att för våra flesta kontakter med andra litar vi inte på dessa i allmänhet – utan bara i fråga om vissa egenskaper. “As a rule, we trust only those with whom we have a rich enough relationship to judge them trustworthy, and even then we trust only over certain ranges of action” (Hardin 2006, s.18).

Det betyder att vi inte skulle kunna hysa förtroende *i allmänhet* för t ex personalen på försäkringskassan dit folk i lokalsamhället sökte sig med sitt behov av stöd, utan bara just i avseendet på deras förmåga att fördela hjälpen. Dessutom litar man bara på dem för att man vet att det finns effektiva institutionella mekanismer som skulle bestraffa dem om de misskötte sina uppgifter. Det betyder att man litar enbart på tjänstemännen därför att man har gjort bedömningen att det ligger i deras egenintresse att agera på ett ansvarsfullt och pålitligt sätt i stödet vid oförmåga eller ohälsa.

Inom denna rationalistiska tankevärld finns det heller inget utrymme för fenomenet *community* – en ”generell tillit till andra människor” i det samhälle man lever, av det enkla skälet att man som individ inte kan ha

tillräckligt med information om ”andra människor i allmänhet” och framförallt inte om de ofta komplicerade institutionella mekanismer som reglerar deras beteende. Inom den rationalistiska teorin är således enbart vad vi kallar *partikulär* tillit möjlig.

I enlighet med denna teori blir det logiskt att anse det som ”oförnuftigt” av människor att överlåta till offentliga organ sådant som inte är absolut nödvändigt, t ex sjukförsäkringen, och av detta skäl bör den offentliga sfären begränsas till huvudsakligen sådant som handlar om lag och ordning. Skälet är att kontroll- och incitamentssystemen blir för omfattande och komplicerade för att man skall kunna bedöma om de offentliga tjänstemännen handlar i överensstämmelse med sin egen nyttokalkyl. Har de verkligen ett eget intresse som gör att de kommer att agera på ett pålitligt sätt gentemot den enskilde (Hardin 1999, s. 35)?

Detta rationalistiska tänkande har visat sig problematiskt av minst två skäl, ett empiriskt och ett teoretiskt. Dels visar återkommande surveyundersökningar att människor i olika länder uppger att de anser att de kan lita på andra människor i väldigt varierande grad. I t ex de nordiska länderna är det en klar majoritet som uppger att de anser att ”man kan lita på andra människor” medan det i andra länder det bara är en liten minoritet som anser så – t ex i länder som Rumänien, Brasilien och Turkiet. Inför empiriska resultat som dessa står den rationalistiska teorin tomhänt eftersom man rimligen inte kan hävda att det finns nationella skillnader i sättet att göra nyttokalkyler eller skapa fungerande incitamentssystem. I vår studie förefaller det helt orimligt att förklara skillnaderna mellan Jämtland och Småland med att innevånarna i dessa samhällen utvecklat olika sätt att göra rationell nyttokalkyler på. Uppenbarligen finns det ett knippe fenomen som har att göra med community att ta hänsyn till.

Den teoretiska kritiken har pekat på att rationalismen skulle göra all mellanmänsklig tillit till något synnerligen sällsynt. Skälet är att det för den rationellt egennyttige aktören A vore den bästa strategin att först ge sken av att vara pålitlig i ett antal transaktioner av mindre värde. Med detta hoppas A att B anförtror honom något verkligt värdefullt. När så slutligen sker, blir det rationellt för A att svika B:s förtroende och helt opportunistiskt lägga beslag på vad B anförtrott A. Men om B har anledning att misstänka att detta är grunden för A:s agerande kommer hon eller han aldrig att överhuvudtaget börja lita på A. Den formen av strategier skulle snabbt genomskådas i vart lokalsamhälle där man har multipla relationer till varandra utsträckta över tid. Den strikt rationalistiska teorin om förtroende och tillit blir på detta sätt allt för motsägelsefull och närmast självupplösande (Rothstien 2005 kap 3, jfr Williams 2002).

Kulturalism

Den kulturella ytterlighetspunkten är att se tillit som en moralisk egenskap hos aktörerna. Vissa människor har helt enkelt genom tidig socialisering under barn- och ungdomsåren blivit sådana som ”litar på andra människor”, som alltid tror andra om gott och som har en mycket optimistiskt syn på livet och andras allmänna pålitlighet (Uslaner 2002). Andra åter har genom

socialiseringsprocessen kommit att utveckla en stark misstro mot andra ”människor i allmänhet”. Inte heller denna syn på förtroende är särskilt givande för vårt syfte. Det är för det första inte rimligt att de mycket stora variationerna mellan länder i graden av mellanmännisklig tillit skulle kunna föras tillbaka till olikheter i den tidiga socialisationen. Det finns en inte obetydlig risk att individerna i analyser av detta slag reduceras till en slags ”cultural dopes” (Giddens 1984). Ett exempel kommer från Ian Lustick, som beskriver föreställningen om aktörens agerande i kulturbaserade analyser som ”beteende utan att de deltagande fattar något beslut eller gör något val” (Lustick 1997: 12). I lokalsamhällen med rörlig befolkning skulle det krävas lång socialisering för att upptäcka de dolda men självklara mönstren.

Uppenbart finns det mycket litet, om ens något, utrymme för sådana mänskliga egenskaper som avsikter, syften, strategiskt handlande – för att inte tala om övervägda val inom detta perspektiv. När en gång världen har blivit ”kulturellt formad” för aktörerna, så är de inte längre handlande agenter i någon meningsfull betydelse av begreppet (Lustick 1997, s. 12). Det förefaller emellertid mycket osannolikt att människor i de samhällen vi tagit upp till granskning, inte skulle påverkas av sina erfarenheter av hur andra faktiskt agerar. Efterhand tar de till sig denna information på ett för dem meningsskapande sätt. Idén om att en kulturell ordning skulle kunna vara så stark att den resulterade i socialisation som determinerade individernas tillit förefaller alltså inte bara motsägelsefull utan också empiriskt svårbelagd. Den hör mer hemma i föreställningarna om ”förmoderna” samhällen och andra utopier.

Folk gör hela tiden värderingar och val. Det är väl känt att det finns ett negativt samband mellan graden av korruption i ett samhälle och grad av tillit – ju mer korruption, desto lägre är tilliten till andra människor (Rothstein & Uslaner 2005). Logiken förefaller vara att om man ser att lokala myndighetspersoner sysslar med korruption så kommer medborgarna generalisera deras ohederlighet och opålitlighet till resten av samhället. Konkret, om man inte kan lita på läraren, polisen, läkaren och försäkrings-tjänstemannen i sitt lokala samhälle, då kan man inte heller tänka sig att ”folk i allmänhet” är att lita på – *der Fisch stinkt von Kopf her* – förruttnelsen börjar ovanifrån /the problem starts from the top/ (Rothstein & Eek 2006). Det finns också studier där man analyserat vad som händer med tilliten hos människor som emigrerar från länder där den generella tilliten är mycket låg till länder där den är hög. Resultaten visar att efter en tid kommer att deras förtroende för andra människor att öka och att en av de faktorer som påverkar detta mest är om det uppfattar att de har blivit ”rättvist” och ”opartiskt” bemötta av myndigheterna i det nya landet (Nannestad & Svendsen 2005). I flera av de samhällen vi undersökte var invånarna inte födda på platsen och flera av dem hade flyttat dit som vuxna. Hur skulle de då kunna ha socialiserats till att omfatta den habitus där vissa moraliska normer gjorde sig gällande?

Lokala synsätt

Att kryssa mellan rationalismens Skylla och socialisationens Karybdis innebär att försöka finna teoretiska ingångspunkter som tar hänsyn till att människor faktiskt är meningsskapande individer; att de har förmågan att ta till sig och bedöma information om människorna i det samhälle de verkar i – samtidigt som de naturligtvis också påverkas av detta samhälle. Det senare betyder att vi också måste undersöka om lokala kulturella koder säger något om tilltrons vägar. Som den brittiska filosofen Bernhard Williams har argumenterat för, behöver vi en definition av förtroende som varken reducerar det till en fråga om en inneboende kulturellt determinerad moralisk värdering – eller till ett rent rationalistiskt instrumentellt värde (Williams 2002: 90f).

Ett sätt att förstå frågan om man hyser tillit till andra är att när individer gör en sådan bedömning så gör de ”a moral evaluation of the society in which they live” (Delhey & Newton 2004). Tillit utgår således från en värdering av samhället i stället för individerna. Om man anförtrot andra människor eller myndigheterna något (en tillgång, en uppgift) – kommer de att vara pålitliga eller kommer de att missbruka ens förtroende? Frågan är då var sådana ”belief systems” om den gällande samhällsmoralen kommer ifrån och, inte minst, hur de kan användas för att förklara skillnader mellan olika regioner i ett land som Sverige?

När människor skapar sig uppfattningar av detta slag så skall vi inte se dem som enbart styrda av sin lokala ”communities” eller av idéer om ”hyper-rationalitet”. Istället måste vi anta att individerna aldrig kan ha mer än fläckvis information om de övriga aktörerna i det samhälle de lever i. Utifrån den fragmentariska och ofullständiga bilden får de likväl försöka bilda sig en uppfattning. De iakttar hur andra aktörer (inklusive tjänstemännen på Försäkringskassan) fungerar i sitt lokalsamhälle och uppdaterar kontinuerligt sin uppfattning baserad på allehanda ny information som når dem (Young 1998).

Ekonomhistorikern och Nobelpristagaren Douglass North har försökt formalisera den kulturella förståelsen av de institutioner som styr människors handlande. Med institutioner förstår North olika regelsystem som dels kan vara formella (lagar, förordningar) men också informella typ sociala konventioner och sociala normer, t ex normer om ens egen tillit och andra människors (och myndigheters) pålitlighet. Dessa har formen av en slags ”shared mental models” som påverkar hur vi agerar i olika situationer där vi kan välja mellan att t ex agera solidariskt eller enbart se till vårt egenintresse (North 1998a & 1998b, jfr Douglas 1986). North menar att förmågan att skapa formella och framförallt informella institutioner som underlättar olika former av ”produktivt utbyte” är grunden för så gott som alla samhällens sociala och ekonomiska prestationsförmåga. Särskilt intressant för vår analys är att han hävdar att medan formella regelverk kan vara viktiga för att underlätta uppkomsten av och stärka sådant ”produktivt utbyte” (t ex en fungerande rättsordning) så är det de informella institutionerna i form av normer, sociala konventioner och internaliserade ”codes of conduct” som är avgörande (North 1998a, s, jfr North 2006). Här talar ekonomin ett tydligt kulturellt språk, men med viktiga inslag av aktivt beslutsfattande.

Interaktiv rationalitet

Detta leder oss då fram till en förståelse där etnologin och statsvetenskapen har lättare att mötas. Tillit kan ses som ett böjligt, interaktivt fenomen. Detta är en idé som lanserats av bland annat Robert Auman. Den innebär att man kan se på uppfattningar om andra människors pålitlighet (vad vi här definierat som "the moral standard of the society in which you live") som ett utslag av en form av denna *interaktiva rationalitet* (Aumann & Dreze 2005). När människor bestämmer sig om hur de skall agera, så utgår de inte nödvändigtvis från sin egen nyttokalkyl om vad som är mest fördelaktigt för dem själva. Istället utgår de från hur andra människor i deras lokalsamhälle kan tänkas agera, om de befunde sig i en likartad situation. De är med andra ord beredda att agera i enlighet med solidariska normer – om de tror att de kan lita på att de flesta i deras *community* i en likartad situation också skulle följa sådana normer. Naturligtvis gäller då också motsatsen: Ställda inför möjligheten att enbart se till sin egen nytta och bortse från normen att agera solidariskt kan vi anta att de flesta kommer att agera efter egenlystans princip om de har uppfattningen att de inte kan lita på att de flesta andra människor också agerar solidariskt (jfr Levi 1998). Denna slags *interaktiva rationalitet* skiljer sig därmed från ekonomisk rationalitet eftersom aktören inte automatiskt agerar för att maximera sin egen nytta. Istället är idén om interaktiv rationalitet i grunden relationell då den innebär att när människor väljer hur de skall agera så är deras utgångspunkt vad de tror om hur andra människor (i liknande situationer) agerar.

Det här har varit en nödvändig teoretisk omväg för att belysa hur det kan uppstå helt olika uppfattningar och praktiker om hur ett sjukförsäkrings-system kan och bör användas i olika lokalsamhällen. Det helt avgörande blir att undersöka hur sådana uppfattningar om "de andra människorna" har uppstått och hur (och av vem) de har formats. En sådan "shared mental model" kan t ex ta sig formen av följande slags resonemang. "Jag kommer att anta att andra människor är att lita på om jag också tror att dessa andra människor anser att (sådana som) jag är att lita på" (Rothstein 2008). Det innebär således att det centrala elementet när det gäller den lokala kontextens betydelse för aktörernas mellanmänniska tillit är den ömsesidiga *förväntningen* hos aktörerna om de andra aktörernas agerande och förväntningar (Aumann & Dreze 2005, s. 9).

Ett konkret exempel på detta är den intensiva debatt om "fusk" i fråga om sjukskrivningar som förekom under den aktuella undersökningsperioden (jfr Frykman & Hansen 2008). Forskningen visar att de flesta människor i ett samhälle uppger att de avstår från att fuska om de uppfattar att de kan lita på att de flesta andra människor som befinner sig i samma situation som de själva också skulle avstå (jfr Laurin 1986). Här blir naturligtvis också förtroendet för de myndigheter som skall hantera sjukskrivningar centralt. Om man tror att dessa är rimligt effektiva i att upptäcka och åtgärda (bestrafva) de som fuskar är det rimligt att anta att de flesta människor just därför väljer att inte fuska och därmed inte själv ens försöker. Men om man istället uppfattar att myndigheterna är ineffektiva och släpphänta i dessa avseenden kommer rimligen den interaktiva rationaliteten att slå annorlunda för det egna beteendet när det gäller om man skall försöka eller inte försöka fuska. Efter att debatten om "överutnyttjandet" av sjukskrivningarna rasat

pressen ett par år och regelverket stramats upp, såg man också en rejäl nedgång i ohälsotalet.

Vad människor i situationer som dessa väljer att göra beror, enligt detta slags teoretiska resonemang, på vad de tror om hur andra människor agerar och inte minst då om i vilken grad det går att lita på att de agerar solidariskt. Deras ”känsla av gemenskap”, eller med en annan terminologi det lokala samhällets ”etos” avgörs då av hur de kommer att tolka t ex ”överutnyttjandet”. Detta innebär också rent konkret att förtroendet för andra människor i ett lokalt samhälle står i ett delvis symbiotiskt förhållande till förtroende för de lokala myndighetspersonerna i detta samhälle (Rothstein & Eek 2008, Kumlin & Rothstein 2006).

När det gäller vårt empiriska fall, dvs nyttjande av sjukförsäkringen, så är situationen ytterligare komplicerad. Skälet är att det förefaller finnas oklara kriterier för vad som skall räknas som fusk. Det kan ställa sig svårt att säga vad som skall betecknas som ”överutnyttjande”, eftersom det inte finns några helt entydiga sätt att ”mäta” arbetsförmågan hos en individ i relation till arten och graden av vederbörandes sjukdomstillstånd. Arbetsförmågan måste avgöras i varje enskilt fall i relation till vederbörandes nuvarande eller möjligen kommande arbete och sjukdomstillstånd kan vara både komplicerade och mångdimensionella. För att ta ett tydligt exempel så innebär ett benbrott något helt annat för en balettdansös än för en filosofilärare. Diagnoser som ”ångestsyndrom” eller ”utmattningsdepression” är inte alltid helt entydiga. Så blir det svårt för individerna i ett lokalsamhälle att skapa sig en klar bild av om den starka ökningen av uttag från sjukförsäkringen beror på att många människor kommit att agera mera osolidariskt (och således inte är att lita på) eller om det beror på att samhället utvecklats i en riktning som skapar mera sjuka människor som fullt legitimt försörjs på sjukpenning och därför fortsatt bör omfattas av ens förtroende. Här kvarstår alltid en stor osäkerhet.

Tillit och nätverk som socialt kapital

Begreppet tillit är nära kopplat till begreppet socialt kapital. Det senare innefattar tillit men lägger också till förekomsten av sociala nätverk. Termen ”kapital” ger vid handen att detta handlar om en slags tillgång varigenom aktörerna kan åstadkomma saker som de annars inte skulle kunna. Det sociala kapitalet kan sägas vara en *community*'s dynamiska aspekt. Det visar hur folk ”drar i trådar” – aktiverar andra. Att ”tillit” kan ses som en tillgång är intuitivt lätt att se. Om andra personer uppfattar att du är en person som det går att lita på kan du räkna på deras hjälp och stöd. Om banken uppfattar att en kund är pålitlig kommer hon eller han att få låna pengar, annars inte. Det är helt enkelt en tillgång att vara känd av andra som en pålitlig person och det är också en tillgång att känna många andra personer som man anser att man kan lita på.

Att sociala nätverk också kan vara en slags ”kapital” är även det intuitivt lätt att inse. Det är t ex vanligt att människor hittar nytt arbete via sina sociala nätverk. Omfattande sociala nätverk är helt enkelt en tillgång för den enskilde individen. Det kan emellertid inte bara vara den rent kvantitativa

tillgången på sociala kontakter som kan definieras som ett "socialt kapital". Det kan nämligen inte vara en tillgång att vara känd av många personer men som en opålitlig person, alternativt att känna till många andra människor men uppfatta dem om opålitliga. Medan antalet sociala kontakter (nätverkens omfattning) kan sägas vara den kvantitativa delen av det sociala kapitalet så är graden av förtroende och tillit att se som begreppets *kvalitativa* dimension (Rothstein 2005, kap 3). Vi kan därmed definiera socialt kapital som antalet sociala kontakter "multipliserat med" graden av förtroende i dessa kontakter. Detta fungerar inte bara på den individuella nivån utan även på högre nivåer. Även organisationer och lokalsamhällen där det finns en hög grad av tillit mellan människorna och där dessa har omfattande sociala kontakter med varandra kan sägas ha ett stort socialt kapital (Rothstein 2005).

Här är det emellertid centralt att inse att organisationers sociala kapital inte nödvändigtvis är att se som en tillgång för det lokala samhället. De kan ha ett omfattande socialt kapital men det finns ingen automatik som garanterar att detta kommer att användas på ett sätt som stärker själva lokalsamhället. Liksom andra tillgångar (humankapital, finansiellt kapital) kan en organisation använda sitt sociala kapital på ett för samhället både destruktivt och konstruktivt sätt. Det är lätt att inse, och en omfattande forskning visar också, att förekomsten av en viss typ av organisationer ökar den generella tilliten i samhället liksom de sociala kontakterna medborgarna emellan (scouterna, hem-och-skola, sångkörer....). Ett samhälle som är rikt på organisationer som är inkluderande och som har medlemmar och aktiva från ett brett socialt spektrum bidrar också till ett ökat socialt kapital i det lokala samhället. Men andra organisationer, som kan ha ett högt internt förtroende och omfattande sociala kontakter medlemmarna emellan kan verka både exkluderande mot icke-medlemmar och på andra sätt bidra till en ökad social misstro i samhället. Typexempel man brukar peka på är kriminella nätverk eller terrorister (Hells Angels, al-Qaida). Men man kan även hålla fram mera vardagliga organisationer som i sin konkreta praktik påverkar det samhälleliga sociala kapitalet i en negativ riktning. De kan t ex vara diskriminerande och enbart acceptera individer med särskilda egenskaper som medlemmar där kriterierna kan vara t ex etnicitet, social ställning eller religiösa övertygelser. De kan också ha som syfte att skapa misstro mellan medlemmarna och det omgivande samhället i enlighet med olika former av ett partikulärt "vi-mot-dom" tänkande. Det försvagar den generella tilliten i samhället och sänker medborgarnas föreställning om att de lever i en form av "Gemeinschaft". Där vänds tilliten inåt – som i fallet med många nätverk för "utbrända" – medan misstron växer emot det omgivande samhället. Tilliten blir partikulär i stället för att vara generell.

Det är med andra ord i varje enskild fall en öppen fråga ifall en organisations sociala kapital, som alltså stärker dess slagkraft, kan omsattas i ett samhälleligt socialt kapital (Rothstein 2005). I extrema fall kan lokala "communities" även slås sönder av inbördes stridande nätverk som använder sitt sociala (och andra) kapital för att på varjehanda sätt bekämpa varandra. Det finns således skäl att vara uppmärksam på att två lokala samhällen som båda är rika på organisationer och sociala nätverk kan ha väldigt olika "mycket" socialt kapital beroende på vilken typ av organisa-

tioner det är som dominerar i respektive samhälle. Det visade sig också att i de regioner som vi tog upp till undersökning hade invånarna ganska olika sätt att bygga upp sitt sociala kapital och tilliten var stundom större inom den egna regionen än generellt mot landet som sådant. Låt oss se närmare på sättet de två områdena när det gäller sjukförsäkringar, försäkringskassans arbets sätt, arten av näringar – och börja med att se på förutsättningarna för lokalt liv.

Om lokala samhällen

Som framgått såg vi flera förtjänster i att återknyta till etnologins *community studies*. Men med den skillnaden att nu var frågan om hur välfärdssamhällets institutioner spelade med i upprätthållandet av samhällena. Teoretiskt erbjöd detta ett både tacksamt och problematiskt perspektiv. Tacksamt i kunskapen om att här sedan gammalt fanns en solid grund av studiet av de sociala processer som höll ett samhälle samman (jfr t ex Daun 1969, Löfgren 1978, Blehr 1994, Hansen 1998).⁶ Problematiskt just därför att den plats man undersökte också hade sin ”kultur” och därför ofta kom att beskrivas i termer av kontinuitet, tradition och historia. Detta var just vad vi ovan varnade för som ”kulturalism” där människor blir ”cultural dopes” och som har så ”klumpigt i relation till globaliserings rörlighet.

Man kan diskutera vilka motiv som då en gång drev forskarna, men, som bl.a. Orvar Löfgren skrivit, detta studium av *communities* var i grund och botten också ett sökande efter en utopisk *Gemeinschaft* i motsättning till det kalla *Gesellschaft*, som det moderna samhället erbjöd. Studiet kunde anta formen av att finna, det som den amerikanska antropologen Kathleen Stewart träffande kallat, ”a place on the side of the road”, eller mer precist en dröm om en bättre värld – ”a social imaginary” (Stewart 1996). De fick ofta sin kraft av att vara alternativ till modernisering, urbanisering, industrialisering, exploatering, alienering – och inte minst den flyktighet i karaktären som sades utmärka det senmoderna samhället (jfr Bauman 1992, Giddens 1992, Sennett 1999). Forskaren valde enkelt sida emot moderniteten.

Sådana studier blomstrade under en tid av stora omställningar – en grön våg svepte fram över alla europeiska samhällen under senare hälften av 1900-talet. Här växte sig längtan efter levda utopier stark. (I våra analyser av sjukskrivningsmönster framstod paradoxalt nog de samhällen som mest påminde om denna typ av community som de med flest problem med hälsa och sjukskrivning!) Reträtten från *community studies* skedde undan för undan, men det var den postmoderna teoribildningen som gjorde dem förlegade. Här var det ju viktigt att dekonstruera befintliga sammanhang, strukturer och diskurser. Men också globaliseringen som samhällelig kraft, bidrog aktivt till att just fenomen som plats, socialisation och kultur blev ifrågasatta.

I en fragmenterad värld förhärskar individualismen och människors platsliga tillhörighet har blivit både flytande och virtuell – därom var de flesta samhällsforskare ense (Delanty 2003:186 ff). Platsen sades förlora kraften att utgöra grunden för mänskliga erfarenheter (Crang & Thrift 2000:19). Anthony Giddens (1990), David Harvey (1989) och Manuel Castells (1996)

⁶ Listan kan göras lång. Så gott som samtliga av dagens nordiska professorer födda på 40- och 50-talen, har gjort community-studies som första arbeten i sin karriär.

sällade sig till dem som talade om hur ”rummet krympt” och processer blivit rumsligt ”disembedded”; Marc Augé (1995) väckte uppmärksamhet genom att peka på hur ”verkliga” platser allt mer kom att ge efter för ”icke-platser” som shoppingcentra, flygplatser, motorvägar, temaparker och ställen där folk behöver skyltar och anvisningar för hur de skall orientera sig. Skulle man söka efter det lokala, skulle man fästa blicken vid dess symboliska innehåll, menade en forskare som antropologen Vered Amit.. ”As the integrity of local neighbourhood is assailed by state policies or globalizing forces, communality increasingly has to be asserted or imagined symbolically rather than structurally” (2002:10). Och vad var väl då det lokala om inte kompensatoriskt, en tröstande nallebjörn och en bot mot oro?

Inriktningen på det symboliska gjorde att de sociala och ekonomiska processerna som tidigare varit självklara, hamnade på mellanhand. Vi har ovan talat om *interaktiv rationalitet* såsom grundat i en förtroende för det nätverk och den känsla av *community* som ändå är möjligt att lyfta fram – om än med andra metoder än dem som brukas inom de kvalitativa analyserna. Blev forskarnas sökande efter vad som höll samman så präglad av det förgångna att man missade de nya formerna för hur samhällsligt förtroende byggs? Blev de så övertygade om att upplösningen var ett faktum att de inte såg hur centrala administratörer – från staten till EU – kom att spela med i det lokala livet?⁷

För oss blev det naturligt att ställa tankarna om platsens försvinnande emot empiriska undersökningar av vad som faktiskt hände i samspelet mellan statlig administration och lokala villkor. Utifrån ohälsostatistiken var t ex den enda logiska slutsatsen att olika samhällen erbjöd olika utrymmen för sjukskrivningar; att de formade olika moraliska attityder till möjligheten att leva på kassan och alltså kännetecknades av olika former av tillit och socialt kapital. Den enda rimliga frågan var alltså inte *om* platsen hade någon betydelse utan *hur* den inverkade. Det föreföll oss också klart utifrån andra iakttagelser om lokalsamhällen och globaliseringens verkan.

Glokalisering

Med begreppet ”glokalisering” har andra forskare försökt fånga in den annorlunda betydelsen det lokala fått i en expanderande värld (Robertson 1992). ”Det understryker”, säger Orvar Löfgren ”att all kulturell förändring faktiskt tar plats, och därför måste studeras – inte uppe i stratosfären – utan nere på marken bland aktörer” i deras dagliga, lokala gärning (Löfgren 2001). Det lokala kan då varken tas för givet, ses som ett tecken på efterblivenhet eller ens socialt tvingande. Uppenbarligen kunde folk tänka, känna och handla utifrån en tillhörighet som dels försåg det lokala med spännande attribut, dels gav en basal trygghet. De kom att bli skickliga i att definiera en ”kultur” som kunde vara platsligt anknuten utan att vara provinsiell. Platsen kunde brukas för ”branding” och ”place-marketing” och andra yttringar av ”politics of place” (Harvey 1996). Att vara från Östersund eller Nässjö

⁷ För en inträngande analys av EU:s betydelse för lokalsamhällen, se Höjrup 2002, Andresen, Jesper & Thomas Höjrup 2008.

behövde inte betyda att man kommer från ”landet” som under det centraliserade 1900-talet.

En sådan ”politics of difference” fick människor att förstärka vissa drag i det lokala och nedtona andra. De såg sig själva gärna i termer av särprägel, antingen denna var av nationell, regional, religiös, etnisk, sexuell eller lingvistisk art. Sverige kom på kort tid att bli mer svenskt, Småland mer småländskt, Jämtland mer jämtskt, invandrare mer etniska, muslimer mer muslimska – och kommuner och städer mer annorlunda och därför samtidigt mer sig själva. Den som tvivlar kan bara besöka någon turistbyrå, återuppväckt hembygdsgård eller nybyggt museum.

Fenomenet *kultur* har då lämnat forskarens skrivbord och blivit ett folkligt instrument för produktionen av självidentitet (jfr Giddens 1991, Melucci 1992). Och när så sker fylls det med en rad innebörder som folk finner det angeläget att uppmärksamma. Det böjs och tänjs alltefter vad man väljer att lägga in i det. Så blir det ett slags känselspröt att treva sig fram med hjälp av. Vilka är vi, hur hör vi samman, vilken är vår relation till omvärlden, till framtiden och till historien? Vilka av samtidens svåra frågor kan vi här ge ett svar på? Hur gör vi oss synliga i en så sammansatt värld? Kultur har blivit till, vad de belgiska antropologerna van Londen & de Ruiten kallat *a sensitising concept*. Dess styrka består i att det hålls konstruktivt tvetydigt för att kunna fungera som en samtalsplattform där folk kan mötas, lufta sina idéer och tanka emotionell energi (van Londen & de Ruiters 2008:9).

Så arbetade man i Småland och Jämtland medvetet på att skapa en *imagined community* för att använda den amerikanske antropologen Benedict Andersons berömda uttryck (Anderson 1983).⁸ Även om alla invånare i ett samhälle inte känner varandra ansikte mot ansikte så har de ändå en stark känsla för vad det innebär att tillhöra det samhället. Det är den formen av förpliktelser och rättigheter, självklarheter som aldrig egentligen behöver uttalas eftersom alla ändå känner till dem. Då spelar det stor roll om man ser sig som samhällets marginella grupp eller dess förtrupp, om man definierar sig som småföretagandets hemvist i landet eller de storslagna naturupplevelsernas och den territoriella frihetens. Möjligheten att utbrodera sin kulturella särprägel kom som en bonus i samhällen som på andra sätt – ibland genom statliga stöd – hade sin existens säkrad.

Först när vi som forskare kopplade ihop drömmarna om gemenskap med de faktiska erfarenheterna att leva i samhället blev det möjligt att tala om en reellt existerande community. Folk blev inte sjukskrivna i sina fantasier utan i Småland och Jämtland. Eller som den kanadensiska antropologen Vered Amit betonar: det finnas en ömsesidighet mellan diskurs och erfarenheter för att diskursen skall bli trovärdig. Den känslomässiga betydelsen av det lokala och dess förmåga att upprätthålla sådana värden som empati och samhörighet kommer sig inte bara av att det är en föreställd gemenskap, utan i det dynamiska samspelet mellan den föreställningen och de sociala relationer och praktiker genom vilken det lokala förverkligas. Folk bryr sig

⁸ Han anknyter här till Max Webers idéer om ”*tänkta gemenskaper*” - *geglaubte Gemeinschaften* (Weber 1989)

därför att de förknippar det lokala med folk de kände, sådana som de delade erfarenheter, intryck, historier, ställen och handlingar med. Det var just de erfarenheterna de använder för att skapa det lokala och förstå sina kontakter med världen utanför (Amit 2002:18) /Community arises out of an interaction between the imagination of solidarity and its realization through social relations and is invested both with powerful affects as well as contingency, and therefore with both consciousness and choice/.

Behovet av känslomässig förankring i det näraliggande ökar alltså till följd av globaliseringen. Inte som kompensation för all tomhet, utan för praktikens skull. Det är här man behöver lita på varandra, lita på att samhällets styrs på ett rättfärdigt sätt; acceptera andras rättigheter och även identiteter. Därför kan man med den australiske antropologen Ghassan Hage, peka på att *trust* lägger en känslomässig och komparativ dimension till tillhörigheten – mer, mindre minst. Det handlar om den *intensitet* med vilken man omfattar sitt lokala samhälle och dess människor. Och att den intensiteten är graderad efter förhoppningarna på en gemensam framtid. Här vill Hage visa att fenomenet *hopp* blir till ett helt avgörande element för att tilltron – *trust* – alls skall kunna hållas vid liv (Hage 2003). När hoppet sviker slår det lätt över i sin motsats, *worrying*, vilket lätt får människor att sluta hysa förtroendet både för varandra och för att framtiden skall öppna sig.

Låt oss med detta perspektiv på betydelsen av lokal gemenskap redovisa några av våra iakttagelser i Jämtland och Småland. Vi inleder med besökarens blick.

Jämtländsk friskhet

Offentliga platser är platser där man blir *sedd* – och där man får syn på andra. Observationer av hur människor agerar och rör sig i det offentliga rummet kan ge ledtrådar in till samhällets kulturella mönster. I såväl Strömsund som Östersund slogs vi av hur både unga, gamla och medelålders rörde sig livligt på gator och torg, hur de hälsade, stannade och tog sig tid att småprata en stund. Inslaget av människor i arbetsför ålder var inte bara relativt stort, det var också jämt fördelat över dagen. Offentligheten besökte man utifrån devisen *kom som du är!* Här gällde praktiska kläder med referenser till friluftsliv.

Det fanns en närmast formaliserad informalitet i det sociala umgänget, som kom till uttryck också när vi som besökare mötte människor i olika servicefunktioner. De hejade på oss och började omedelbart småprata, som vore vi gamla vänner, inte främlingar med portfölj. Med vänliga leenden lyckades man omvandla sociala rollpositioner till direkta och personliga relationer. Det rådde en villighet att inkludera andra i gemenskapen – så länge man accepterade den grundläggande förutsättningen att *här är vi alla spontana och jämlika*. Man gjorde sig inte till.

Ute i de jämtländska bygderna var de flesta arbeten relaterade till primärnäringarna, till skolan och vården. Arbetslösheten var hög och varierade med säsongen. I Östersund fanns omfattande inslag av administration, förvaltning och högre utbildning. Jämtland är ett turistlandskap som årligen

tar emot tusentals som söker avkoppling. Människor levde nära naturen i en frisk miljö med fiske, bärplockning, svamp, jakt och vinterns skoteråkning som givna inslag. Man var ute och rörde på sig. Stress på grund av högt tempo föreföll som en logisk orimlighet. Men försörjningssituationen för de fastboende var allt annat än enkel. Arbetstillfällena var osäkra, löneläget relativt lågt, entreprenörerna få. Tidigare gav skogen många jobb, men de hade minskat i takt med att nya maskiner tagits i bruk. Beroendet av samhällets olika stödformer var stort – regionalpolitiska stöd, investeringsstöd, arbetslöshetsunderstöd, socialförsäkringar – det var ord man dagligen tränats i att förstå innebörden av. Offentliga satsningar hade gjort det möjligt för många att få sin försörjning. Administrativa enheter som kommunen och staten i deras olika uppenbarelseformer var självklart närvarande i människors livsvärld, ingick i ordval och habitus.

En av de flitigast uttalade värderingarna handlade om att man måste ”göra rätt för sig” – om man nu inte hade ett giltigt skäl till att man inte kunde. Det var bristen på arbetstillfällen som var problemet – *sysselessatt* var man alltid. Men att därför vara anställd och ha ett lönearbete var inte en självklarhet.

Många av jämtarna hade ett lokalt socialt kapital som var värdefullt för både släkten och samhället.⁹ Att ta en tur om vårvintern med skotern var något mer än privata nöjestrupper. Fisket bekräftade familjesammanhållningen, sämjan med grannarna och de bekanta man träffade ute i marssolen i samma ärende. Att alls göra något, betydde för det mesta att just *ge sig ut*. Aktiviteterna bekräftade också att detta var en god plats att leva på – och det bidrog dessutom med ett värdefullt tillskott till frysboxarna för såväl barn som äldre som hade svårt att just vara ute.

Jämtland kom att utgöra ett intressant exempel på de moderna möjligheterna att förena en förindustriell, säsongorienterad *fångstkultur* med relationen till välfärdsstaten (Frykman & Hansen 2008). Jakten, fisket och andra av naturens gåvor spelade en stor roll som tillägg för ekonomin, för hur fritiden organiserades liksom hur starka lokala värderingar upprätthölls. Livsformen kunde vara baserad på mångsyssleri – under förutsättning att andra inkomster kunde *adderas* – till exempel välfärdssamhällets bidrag. Man hade lärt sig hysa förtroende för att staten trädde in när näringarna sviktade – bidrag kom att ses som en viktig rättighet.¹⁰ Om orsakerna till detta ska sökas i en passiviserande statlig regionalpolitik, bristande initiativförmåga och entreprenörsanda, eller tvärt om en enastående företagsamhet – det råder det delade meningar om (jfr Hansen 1999). Det var i den kontexten som ersättningar från Försäkringskassan fick sin kulturella innebörd och som tilltron till myndigheterna tog form.

⁹ ”Jämtar” används här (enligt det lokala språkbruket) för att beteckna människor som är födda och uppvuxna i länet, medan ”jämtlänningar” betecknar personer som flyttat till länet och som bott där lång tid (15 år) och anpassat sig till den lokala kulturen.

¹⁰ Paradoxalt nog har detta lett till ett *race to the bottom* där man konkurrerat med andra regioner om att vara mest marginaliserad eftersom det skulle öka närvaron i Stockholm och utdelningen genom statliga stödåtgärder.

Grundläggande för framtidsplaneringen i den här formen av livsstil, var att man hade en basal försörjning, och att den parades med hoppet om att göra *storfångsten* – den som skulle göra det möjligt att leva bekymmersfritt till dess nästa fångstsäsong började. Det var drömmen om den stora älgen, ett otroligt stycke avverkning, påhugget som asfaltläggare under sommar-månaderna, spelvinsten – för att sedan kunna göra annat eller vila resten av året. Tanken på storfångsten gör att man kunde höja sig över det monotona vardagslivet och rutinsysslorna, skriver den norska antropologen Mary Bente Bringslid, man går i väntan på äventyret och utmaningarna. Samtidigt är detta – att kamma hem storkovan – en mycket maskulin föreställning. Det skiljer riktiga män som förstår att leva livet på riktigt, från dem som bara nöter armbågarna på kontoret (Bringslid 2000).

Förrådshushållningen tog sig också uttryck i prydliga vedtravar och skjulen var fyllda av kapad och huggen ved. I källaren stod välmatade frysboxar, förberedelser för en konsumtion som sträckte sig fram till nästa säsong, fram till dess de kunde fyllas på igen. Målen var inte förlagda någonstans i en avlägsen framtid utan handlade mycket om *här* och *nu*. Så kunde fångst-närningen komplettera ett annars magert understöd. Sjukskriven var man merendels från arbetet – inte från resten av livet. Det lokala avgjorde *när* och *hur* man kunde vara sjukskriven eller gå på a-kassa, mot en bakgrund av bygdens fortsatta existens. Det var utifrån sådana förutsättningar man utvecklade handlingsstrategier i mötet med vården.

Den ordningsamma hälsan

Utmärkande för de samhällen vi besökte i Småland var att de genomgått radikala förändringar under de senare decennierna. Det kunde vara stor immigration och fabriksnedläggningar som i Gislaved, en total omstrukturering av näringslivet som i Nässjö eller förändringen från en landbygds-kommun till pendlarförort till den stora staden Jönköping, som i Mullsjö. Och likafullt hade samhällena behållit talen för sjukskrivningar på en jämförelsevis låg nivå. Vi utgick från att detta på något sätt speglade den form av tillit man hyste till varandra och till välfärdsstaten. Fanns det andra former för ”shared mental models” här än i Jämtland? Hur relaterade de i så fall lokala till välfärdssamhällets administration?

Till det yttre var de orter vi besökte i Småland *prydliga* samhällen. Byggnader och människor fanns på sin plats, snyggt och välordnat. Den materiella kulturen andades ordning och reda: var sak på sin plats och var person på rätt ställe. Också tingen utgör en gjutform för de mentala modellerna. På torgen och längs de centrala gatorna skyndade människor förbi. De som fanns där flanerade inte utan var målmedvetet på väg någonstans, sannolikt till jobbet eller fritidens aktiviteter. Bara pensionärerna – de som står utanför produktionen – hade tid att stanna och småprata med varandra.

Samtidigt mötte vi ständigt på människor som tycktes bära på en känsla av att ordningen var hotad. Bakom den lätta fasaden av mexiteglet fanns det många rynkade pannor. Folk visste att samhället var ett resultat av deras egen satsning, att det var de som bar ansvar för hur deras *community* klarade

sig. Dock hade man gott om självförtroende när det gällde att skriva ut recept för hur resten av landet skulle skötas. Uppenbarligen hade samhällsmodellen en så tydlig gestalt att andra gärna kunde hämta förebilder härifrån! Missionstanken var nog aldrig långt borta. Den gjorde att man också var angelägen att komma till rätta med eventuella avvikelser redan innan förfallet satte in.

Vid våra samtal med invånarna mötte vi ofta moraliska ställningstaganden kring tillståndet i samhället. Man upprördes över sådant som att folk sjukskrev sig bara för att det är konflikt på barnens dagis, eller för att man inte orkar ur sängen på måndagen – tongångarna rymde en återklang av de senaste årens hetsiga moraliska debatt där fusk, överutnyttjande eller en allmän låt-gå mentalitet dök upp som förklarande ord. De höga ohälsotalen framstod som mer än en indikation på ohälsa, de var en attack på grunden för det gemensamma, det som nu pågick och som andra tycktes stå relativt rådlös inför. *”Sjukskrivningar har nu blivit hela samhällets problem och vi måste alla hjälpas åt att lösa det”*, sade en läkare.

Tveklöst har den frikyrkliga väckelsen spelat en stor roll för hur uppfattningar om moral och normer utformats i de småländska orterna – även om man energiskt kunde förkunna att det frikyrkliga inflytandet inte var stort. Ofta handlade moralen om att finna den formel som kunde förvandla det dagliga arbetet till något som tjänade ett högre syfte, att leva som man lärde och tro på framtiden.

Vid alla våra samtal framgick det att den sociala kontrollen verkligen fanns – den som var förutsättningen för att man alls skulle tala om ett socialt kapital. Sjukskrivning sågs som en anomali, antingen ett olycksöde värt att beklaga, eller ett socialt handikapp att undra över. De som var sjukskrivna och rör sig ute blev synlig på fel sätt i offentligheten – som några som hamnade utanför den allmänna gemenskapen. Det rådde ingen tvekan om att sjukskrivning innebar ett viktigt statusbyte – som att bli arbetslös, pensionär eller frånskild – något att diskutera och uppröras av om det var illegitimt, men än mer att beklaga när det var någon som verkligen insjuknat.

Livet i smålandsskogarna präglades av företagsamhetens otåliga *framåt-lutning*. Framtiden var bättre än dagen, bara man planerade klokt och förberedde sig. Hoppet att det hela tiden skulle bli bättre organiserade samvaron. På jobbet blev detta uppenbart; i föreningslivet kunde det handla om nästa tävling, nästa prov, nästa nivå. Det är en hållning som man merendels brukar förknippa med det moderna – och stundom med en weberiansk protestantisk arbetsetik. Ingenting håller samman en grupp människor som hoppet om en bättre morgondag. En grundläggande orsak till att hysa ett sådant hopp, var förstås att det fanns arbete på orten. Det var det som en gång dragit folk hit från främmande länder; det var också det som höll dem kvar och det var det som säkrade framtiden.

Tillitens tecken

I de småländska samhällena läste folk de låga talen för sjukskrivningar som ett tecken på förtroende. De slog vakt om det samhälle som invånarna levde

i. Ju lägre siffror, desto större tillit. ”Folk håller reda på varandra, ser på varandra. Kommer någon till en fest och rör sig bland vanligt folk – och man vet att han är sjukskriven, så börjar man ju fråga,” berättade en tjänsteman på kommunen. Från en annan ort fyllde ett kommunalråd i, med hänvisning till tio Guds bud, att ”man bedrar inte sin nästa, man stjälar inte, man lurar inte staten. Är man sjukskriven utan att verkligen vara sjuk, så bryter det emot det sjunde budet: Du skall icke stjäla. En djupt sittande föreställning om vad som är rät och fel genomsyrar denna bygd.”

I det jämtländska Strömsund å andra sidan visade man från kommunen sida en viss förståelse för att folk tog till olika former av lösningar för att få själva samhället att överleva. Det var ju ett allmänt intresse för bygden. Här cirkulerade det gott om historier bland tjänstemännen, om hur folk trixade med bidragen. En man kunde lägga asfalt på sommaren och jobba fram till hösten och så hade han dragit in en årsinkomst under sommaren. Sen gick han till arbetslöshetskassan och stämplade för resten av året. Beredskapen att förtälja underhållande historier om hur folk funnit på kreativa lösningar blev en form av lokal berättargenre som man förde vidare med en dragning i mungipan (Frykman & Hansen 2005:16). Men det var också grundat i en helt annan lokal erfarenhet som legitimerade det höga utnyttjandet av socialförsäkringar.

Medan entreprenörskapet var en självklarhet i Småland, var tillgången till naturresurser en förutsättning för livet i Jämtland. Det här var en värld där man aktivt utnyttjade skogen och naturen. Jakt, fiske, vedhämtning, bärplockning och skoterkörning krävde både lokalkännedom och legal tillgång till de rikedomar som fanns i naturen. Befolkningen såg sig också som marginaliserad i förhållande till resten av landet. Den känslan hade en lång historia och var en viktig grund till hur invånarna där såg på sin medborgarroll (Hansen 1998). Känslan av att stå utanför uttrycktes vanligen i rumsliga metaforer. Här fanns gott om föreställningar och begrepp kring såväl geografiska som kulturella avstånd till centrum (jfr Ardener 1987; Shields 1992). För den som stod utanför, i ”glesbygden”, gällde andra regler än för den som befann sig mitt i det moderna skeendet. Här hade man deltagit i samhällsförändringarna lite grann från sidan och här fanns en stark upplevelse av att vara förfördelad när det gäller samhällets resurser. Ibland framskyntade i debatten att man ser sig som en exploaterad koloni (jfr Hansen 2001). Alltså fanns det skäl till att se sig moraliskt förfördelad. Därmed gick det att mobilisera en rätt att ta tillbaka något av allt det ”storsamhället” bestulit regionen på. Här fanns det således flera sådana små berättelser, som formade en ”master narrative”. Den visade till en lång tradition av att stå utanför. Det lokala var den plats där man lät berättelsen ta konkret gestalt och fyllas av moraliska ställningstaganden, och därmed konstituerades en närhet mellan diskurs och erfarenhet.

Hoppets makt

Få saker har en sådan socialt organiserande kraft som hopp och få ting strukturerar livet så väl som förväntningarna på hur andra människor skulle handla om de befann sig i samma situation. Förtroendet växer sig alltså

starkt när det är besjälav av en förväntan på framtiden än minnen av det förflutna – när det handlar om vad människor kan bli än mer än vad de är.

I ett av samhällena vi undersökte i Småland, Gislaved, drabbades man av att ortens stora industri – Continentals däckfabrik – plötsligt flyttade till ett annat EU-land med goda lokaliseringsbidrag. Där stod man med en tiondel av befolkningen utan arbete. Hur skulle samhället fortsätta att leva efter ett sådant dråpslag, frågade sig oroligt kommunledning, arbetsförmedling, försäkringskassa – och fastighetsmäklare. Men det som inträffade har i senare tid kommit att betecknas som ”Undret i Gislaved”. Eller som chefen för arbetsförmedlingen sade. ”Det under som inträffade var att folk bara sögs upp av den lokala arbetsmarknaden och aldrig kom till förmedlingen för att söka jobb. Du ska jobba! Det är själva innehållet i andan här. Du får ta saken i egna händer, det är inte någon annan som kan fixa det åt dig!” Blott få fall av sjukskrivningar hamnade på försäkringskassan

I denna mångkulturella småföretagarbygd levde en stark förtröstan på att saker skulle ordna sig, att det viktigt att ta vara på den skicklighet som fanns bland de nu uppsagda. Man kan mycket väl likna den här formen av tilltro vid klassisk likhetsmagi – lika framkallar lika. Det handlade då om att trosvisst möta framtiden i en situation av extrem osäkerhet och ett läge där det egentligen inte fanns rationella skäl till att hysa tillit. Ett annat sätt att uttrycka samma sak är att arbetsgivarna var beredda att agera i enlighet med solidariska normer – därför att de trodde att de kunde lita på att de flesta i deras *community* i en likartad situation också skulle följa sådana normer (Auman & Dreze 2005: 9). Förtroende för framtiden formade dagens arbete och praxis.

Från Jämtland uttryckte en av kommunens högre tjänstemän det motsatta förhållandet i jämförandet termer. ”När en elev som gått fordonstekniska linjen på gymnasiet kommer ut på trappan till skolan, ser han sig omkring och frågar. Vem skall nu se till att jag får min försörjning? Men där nere i Gnosjötrakten ställer hans årskamrat frågan: Var skall jag nu sätta upp min verkstad?” Det som ibland kallas för entreprenörskap handlar förstås om kunskaper om hur man startar ett företag. Men framförallt handlar det om det om förväntningar och hopp, grundat i ett lokalt förvaltad hopp. Ofta är det hoppet, som Hage skriver, lika mycket en fysisk, kroppslig disposition som den var en mental *för*-hoppning.

Kanske var det denna framåtriktade hållning som var själva nyckeln till en fungerande social gemenskap där människor kunde förlita sig på varandra. Den kom att fungera som ett både socialt och ekonomiskt byggande element – långt viktigare än vanan eller en mer trögrörlig kroppslig habitus

Förtroendets mikrofysik

Det hopp som grundar sig på förtroende för att människor skulle handla likartat om de vore i samma situation, blir lätt substanslöst om man inte fäster avseende vid hur det fungerar som växelmynt i den dagliga sociala interaktionen, alltså en vardaglig praxis. Det handlar om hur människor lärt känna varandra, vilka vägar som finns in i ett samhälle och hur man nöter in

det tillsammans med omsorg och tillit. Hur blev t ex den som var nyinflyttad till orten alls upptagen i den lokala gemenskapen? Genom att se på sådana processer blir det lättare att förstå de handlingar varmed tilltro uppstod och socialt kapital byggdes upp.

Socialiseringen in i samhället visade på två mönster, med nästan förvånande tydlighet. I Småland gick vägen in i gemenskapen genom föreningslivet – oavsett om det, som i Gislaved var musikskolan, idrottsföreningarnas barn- och ungdomsverksamhet, hem och skola; idrotten och de frikyrkliga församlingarna, som i Nässjö och Mullsjö. Att komma in i samhället kunde handla om att gå med i Frälsningsarmén, eller Missionsförbundet, men lika viktigt var wolley-bollaget, bandyn, eller orienteringen på helgerna. Detta var arenorna där den nya kunde visa att hon faktiskt ville höra hemma och mötte mottagandets mekanismer. Existensen av sådana var nödvändiga i samhällen som rymde 60 olika nationaliteter och samtliga stora världsreligioner, som i Gislaved. Här var det inte bara det faktiska medlemskapet utan också förvisningen om att det fanns en samhörighet som stod öppen för envar. Det var, sade man, ett lätt samhälle att komma in i bara man hade intresse eller hund.

Genom föreningslivet drogs barnen, föräldrarna, hushållen in i existerande nätverk. Den som var sjukskriven tog med sig sin sjukdom till hockeyrinken och läktaren vid handbollsmatchen. Där fälldes det omdömen och attityder formerades. Där blev man utesluten eller exkluderad, sedd på med undran eller gillande. Där blev man alltså moraliskt tillgängliga för varandra i samhället genom de aktiviteter som strukturerade fritiden. Det fanns en speciell, kroppslig dimension av föreningslivet som bidrog till den här öppenheten. Genom t ex idrotten fick deltagarna en självklar framåtlutning, en fysisk och mental inriktning på nästa match, nästa möte, nästa prestation.

Den identitet man kunde odla på fritiden i Småland blev på det viset förstas uppbyggd till arbetet i första hand, men också den strukturerade fritiden. Medlemskap i brukshundsklubben kunde öppna mot samhällsliga aktiviteter där icke-planerade möten kunde äga rum – och var så en socialt byggande kraft. Tilliten till samhället byggde på så på en gång rationella och magiska dimensioner som hopp och engagemang inför något som skulle komma.

I Jämtland var självfallet också föreningslivet en tillgång. Här tog föräldrar sina barn till träningar – och medan barnen tränade småpratade man. Där knöts band och där uppstod relationer som inte sällan kunde leda till ett fortsatt umgänge och därmed till en fördjupning. I motsats till Småland – där föreningsaktiviteter tycktes vara i det närmaste uteslutna om man var sjukskriven – framstod dock här deltagande som en rehabiliterande insats. Föreningarna integrerade och samlade människor kring gemensamma aktiviteter och de tycktes göra det utan avseende på de deltagande personernas övriga sociala bagage. Ville man delta, var man också välkommen – precis som man var.

Föreningslivet i Jämtland återspeglade ett högkontextuellt lokalt sammanhang som präglades av familjaritet och som omslöt alla som tillhörde den lokala och platsdefinierade gemenskapen. Här behövde man inte kvala in. Medlem i den blev man på det klassiska viset för ett lokalsamhälle – genom



ett slags ohejdad vana utsträckt över tid. Det var ungefär som att ta sig in i en ingift släkt: i de flesta fall accepteras man i början ”i princip”, för att så småningom också kunna accepteras som den individ man var. I Småland var det bokstavligen som att bli medlem i en förening.

De två olika sätten att integreras i det lokala tydliggjorde två olika sätt att organisera tilltron. Den småländska erfarenheten pekar på ett samhälle där förtroendet utgick från att nykomlingen snabbt skulle lära sig vilka värderingar som gällde. Här lade man vikt vid arbetsamhet och flit. Det var lätta regler att förstå och de var formaliserade såväl i det sociala livet som i den materiella kulturen. I de jämtländska samhällena fanns tydliga drag av en tätt sammanhållen gemenskap. Sammanhållningen vilade på att man på ett mycket mer obestämt och svårformulerat sätt helt enkelt befann sig under (lång) tid på plats. Här gällde ännu att långsamt växa in i den, i och för sig, öppna lokala kontexten. Man blev inte en del av det lokala samhället inte genom vad man *gjorde* och den sociala roll man fyllde, utan genom vem man *var* som människa – om man var att lita på.

Om administratörer och ohälsans communities

Vilken roll spelar det lokala för den extremt centraliserade verksamhet som rådde inom socialförsäkringssystemet? Det omfattar alla medborgare och tjänstemännen på Försäkringskassan tillhör en central myndighetsorganisation. De har att administrerar politiskt beslutade regler om vilka ersättningar den sjukskrivne var berättigad till. De är den sista länken i ett jättelikt centralt förvaltningssystem – den sista utposten mot samhällsmedlemmarna. Reglerna är generella, vilket betyder att deras arbete skall utföras på liknande sätt oavsett var i landet det sker. En sådan opartisk och generell myndighetsutövning är en grundsten i den byråkratiska förvaltningsformen och den anses också skapa legitimitet för systemet (Gerth and Mills 1946). Här om någonstans skulle man förvänta sig att finna ”the social administration of indifference” med ”humorless automatons” (Herzfeld 1991).

Men administratörerna levde också ett privatliv, tillhörde en lokal kultur med dess normsystem. De gick till samma affärer som de försäkrade; de hade barnen på samma dagis och skola och gick på samma restauranger för att roa sig. Det kunde skapa brydsamma situationer som inte alltid var enkla att lösa: ”På lördagar åker man ju inte gärna ner till stan, om det är nåt evenemang eller så, precis som man inte tar torget på tisdag. Ser den och den. Den ville nog inte hälsa och någon kommer fram och vill prata.”

De skapar en dubbel lojalitet som också kom till synes i administratörernas dagliga arbetsuppgifter. Därför äger deras myndighetutövning rum i ett korstryck mellan socialförsäkringens generella byråkratiska regler och den mycket brokiga verklighet av behov som folk sökte hjälp för. Detta är ett känt dilemma och för att kunna utföra sitt arbete på bästa sätt har administratörerna ett relativt stort eget handlingsutrymme. Att besluta om sjukförsäkringar är ett arbete av den karaktären att åtgärderna måste *situationsanpassas* till varje försäkrads specifika situation. Det finns inte ett enda beprövat sätt att få den sjukskrivna tillbaka till arbete; åtgärderna i varje enskild fall måste anpassas efter den specifika försäkrades specifika arbete, specifika sjukdom – i en specifik lokal kontext.

Tidigare forskning har pekat på att administratörer som har sådant handlingsutrymme oftare identifierar sig mer med klienterna än med regelverket de ska följa. I praktiken leder detta till att i politiken kommer att formas ”nerifrån” av administratörerna som möter de försäkrade och inte ”uppifrån” av valda politiker via lagstiftning (Lipsky 1982).

Detta skapar ett särskilt dilemma när det gäller tilltro, eftersom administratörerna inte har något egentligt mandat från hela befolkningen att forma politiken. Politiker får ett sådant mandat via allmänna val och folket reagerar genom att välja andra politiker, om de är missnöjda. Men

administratörer kan vi inte välja bort. Om man litar på dem som individer behöver inte detta betyda att det ökar allmänhetens tilltro till det system de representerar. Det öppnar för misstankar om att enskilda personer gynnas. Det är ett generellt problem som inte enbart rör sjukförsäkringsadministratörer, utan också lärare, poliser och socialarbetare.

Administratörerna och communities av ohälsa

När administratörerna utnyttjade sitt handlingsutrymme var de alltså påverkade av sin kunskap om den lokala kulturen. Och just när det gällde sjukförsäkringar fanns det en speciell form av påverkan. Sedan länge fanns i Sverige den s.k. sjukkasserörelsen – en frivillig organisation folk anslöt sig till för att mildra den ekonomiska förlusten vid eventuell sjukdom. Parallellt byggdes det upp ett försäkringssystem med rötter i en mer traditionell byråkratisk och centralstyrd ämbetsmannaorganisation. Under större delen av 1900-talet existerade båda dessa organisationsformer parallellt.

Det är väl belagt hur ”sjukkasserörelsen” undan för undan integrerades i den moderna, byråkratiska organisationen. Och den som svaldes påverkade hela systemet hos den sväljande. En stor del av rutiner och handläggning kom att skötas av folk från sjukkasserörelsen. Dess personal hade en stark lokal förankring och befolkningens förtroende (Lindqvist 1990; 62ff). Fram till 2005 märktes också den här rörelsens inflytande på försäkringssystemet genom att Försäkringskassorna på länsnivå formellt var självständiga myndigheter. Från 2005 har dock Försäkringskassan som helhet centraliserats och införlivats i byråkratiska organisationsformer. Detta skedde som ett svar på de höga ohälsotalen, och för att stärka enhetligheten i bedömningarna och effektivitet i organisationen (SOU 1996:64).

Institutioner ”minns” – det är väl belagt inom forskningen att normer och förhållningssätt har en tendens att bita sig fast – de blir ”kvar i väggarna” – även om den ursprungliga anledningen till att de uppstod har försvunnit (Pierson 2000). Så även om Försäkringskassan idag formellt fått en enhetlig central organisation, finns det mycket som talar för att minnen dröjer sig kvar inom organisationen. Det kan vara en av förklaringarna till att de fenomen vi sett i fråga om ohälsa uppstått – nämligen attityder och värderingar som över tid genererats i samverkan mellan lokala communities och statliga institutioner. Sådana rutiner utbildades uppenbarligen i en samverkan mellan administratörerna frihet att situationsanpassa sin praxis och Försäkringskassans administrativa historia. Lokala normer satte sig i väggarna.

Allmänna effekter av detta gick att sluta sig till rent logiskt. Men det krävdes också empiriska undersökningar för att upptäcka hur mönstren såg ut i praktiken. Därför genomförde vi ett sextiotal längre samtalsintervjuer¹¹ med administratörer i Småland och Jämtland. Det var arten av relation mellan klienter och tjänstemän vi försökte kartlägga. Inom respektive län

¹¹ Med ett statsvetenskapligt språkbruk kallas dessa intervjuer för semistrukturerade intervjuer, vilket betyder att de är halvt strukturerade på förhand med färdiga frågor utformade mot bakgrund av tidigare teori och forskning (Jensen 2006).

valde vi ut kontrasterande kontor för att få tydligare grepp om utmärkande drag.¹² Samtliga administratörer som arbetar med sjukfallshantering intervjuades på kontoren.¹³ Vi intervjuade dessutom försäkringsläkare, föredragande inför socialförsäkringsnämnd, mellanchefer och enhetschefer samt några som arbetade med att kontrollera sina kollegors handläggningsärenden.¹⁴ Slutsatserna av materialet som helhet utvecklas i en annan monografi som specifikt undersöker organisationskulturers betydelse för ohälsotalets variation (Olofsdotter Stensöta 2008).¹⁵

Intervjuerna i Småland och i Jämtland visade på en framträdande skillnad i fråga om på vilket sätt man var snäll eller omhändertagande mot de försäkrade. I Jämtland kom vi att finna förhållningssättet att gå ”med öppen väst”. Det betydde att tjänstemännen hade en betydande personlig öppenhet gentemot de försäkrades behov och situation. I Småland däremot förhäskade en gränssättande attityd, som motsägelsefullt kom att gå under beteckningen ”inte vara för sträng”, och som i praktiken betydde ”sträng men rättvis”.

”Gå med öppen väst”

Några av intervjuerna genomfördes på huvudbyggnaden för Försäkringskassan i Jämtland, som ligger i Östersund. Försäkringskassan är inrymd i den typ av informell offentlig byggnad som står som monument lite var stans över Folkhemmets glansdagar – ett souterränghus med platt tak och väggar i varierande nyanser av grått. Inuti sträcker de långa korridorer ut sig, flankerade av otaliga arbetsrum – med glasväggar och mestadels stängda dörrar. En stor del av den jämtländska sjukkasseadministrationen är förlagd här. Kontoren ute i bygderna var mycket små. Samtidigt hade flera

¹² Kontoren är Östersund som är det största kontoret i Jämtland, Strömsund (högre ohälsotal) och Järpen (lägre ohälsotal). I Småland besökte vi Nässjö och Vetlanda (högre ohälsotal) och Gislaved samt Eksjö (lägre ohälsotal). Intervjuerna genomfördes i Småland under maj 2004 och i Jämtland under november 2006.

¹³ I praktiken har vi av olika anledningar inte kunnat intervjua samtliga medarbetare på flera kontor. Vid några tillfällen har personer varit frånvarande och vi har inte haft möjlighet att återvända senare. I Östersund begränsades också min tillgång till handläggare för att det skulle ta för mycket arbetstid i anspråk att intervjua alla. Det är emellertid endast några få personer på varje kontor som fallit bort ur undersökningen, varför vi menar att undersökningen kan betraktas som ett totalurval med ett ofrånkomligt mindre bortfall.

¹⁴ Det innefattar medarbetare i primogrupp/vägvalsgrupp som har hand om alla inkommande sjukfall, sjukpenninghandläggare, rehabiliteringssamordnare och PM-skrivare

¹⁵ Monografien *”Snällism”, stränga högerattityder och sjukskrivningar. Spelar välfärdsadministratörernas attityder någon roll?* (2008) har författats av en av projektdeltagaren Helena Olofsdotter Stensöta. Boken undersöker specifikt hur variationer i organisationskultur kan bidra till att förklara den regionala variationen i ohälsotal med hjälp av både enkätmaterial och längre samtalsintervjuer. Enkätmaterial som används utgör den första omfattande enkätstudien som riktats till administratörer på Försäkringskassan och är därmed unikt i sitt slag. Slutsatserna är bland annat att ohälsotalen är lägre i län där en större del av administratörerna står till höger politiskt och där de är omsorgsorienterade på ett projektorienterat sätt, inte på ett hjälpande. Samtalsintervjuerna leder fram till fyra idealtyper av administratörsattityder som inordnas mellan regelorientering och orientering mot de försäkrade.

specialuppgifter i den nationella administrationen utlokaliseras hit. Vi befann oss med andra ord på en mycket stor och mycket öppen arbetsplats.

Uttrycket att ”gå med öppen väst” mötte vi bara på kontoret här i Jämtland. Det stod för att administratören inte satte upp skydd mot de försäkrades behov och önskemål. Deras problem fick ta mycket av utrymmet i interaktionen: ”Många – de som har för mycket av ’hjälparen’ i sig – de går med öppen väst och släpper in problemen ganska fint hit in, sade en tjänsteman och drog ner dragkedjan på koftan, medan det kan vara bättre många gånger att bara låta det studsas.”

Att ha för mycket av hjälparen i sig innebar att erbjuda sig att göra tjänster till den försäkrade som inte hörde till arbetsuppgifterna. Det kunde vara att lova ringa det där samtalet till arbetsförmedlingen, som den försäkrade bävade så inför. Eller att lova att ta fram den extra informationen som den försäkrade behöver för att finna rehabiliterande sysselsättningar. Tjänsterna utfördes i välmenande syfte och var tecken på omtänksamhet. I längden blev dock en sådan situation ohållbar, både för administratören och den försäkrade

”Sen sitter man där med ett gäng post-it lappar på väggen framför sig och orkar till slut inte mer”, sade en tjänsteman. Enligt en annan var det förhållningssättet inte till gagn för den försäkrade ”Ju mer jag ser desto bättre tror jag det är att man försöker hålla sig till reglerna. Jag hade en kvinna för några år sen som blev jättearg på mig – henne hade jag släppt längre än det var tänkt men hon blev så arg på mig att hon anmälde mig. Där hade det nog varit bättre om jag varit tydlig med en gång. Det är viktigt att hålla sig till reglerna även om de är fyrkantiga för det ger en säkerhet och en trygghet för den enskilde men även för mig för då vet jag att jag gjort precis som det ska vara och inget annat.”

Naturligtvis var det ingen av tjänstemännen som själva beskrev sig som en ”med öppen väst”. Men det var en återkommande historia om att den attityden levde – och att den förr varit oändligt mycket vanligare. ”En person hade svårt att köpa... det vart för mycket känslomässigt. Men den är ju inte kvar på kassan. ... Det har ju bytts mycket folk sen 1997 – det är nog inte många som är kvar. Inom ohälsan är det ingen som är kvar.”

Däremot ansåg flera av dem vi intervjuade att man på senare tid blivit för hård mot de försäkrade. På deras anslagstavlor satt det fullt med de gula post-it lapparna som skulle erinra om utestående tjänster. Här hade det utvecklats en medmänsklig hjälpsamhet och ett mönster av närmast gränslös snällhet bland administratörerna.

Attityden att visa omtanke omfattades också av sådana tjänstemän som kanske innerst inne kände att något var fel i hur reglerna implementerades. Det hade utvecklats till ett kulturmönster som var svårt att bryta. Det visade sig helt enkelt vara svårt att handla på andra sätt. ”Ja vi kände att det var fel, ja. Sen finns det väl fortfarande de idag som tycker att det var en bra lagstiftning tidigare och att det är synd om människor, men det beror ju på hur man ser sin roll. Men som sagt det finns ju fortfarande diskussioner. Det

finns ju de som säger 'det är ju synd om han'. Men det beror på hur man ser på sin roll."

Den som berättade detta visste med sig att den mellanmännsliga förståelsen var bunden av geografin. Han hade arbetat länge på sin post och varit verksam också i de mer avlägset belägna kommuner med de absolut högsta sjukskrivningstalen. Han beskrev hur det genomgående var enklare att bevilja förtidspensioner till människor som bodde mer perifert – de skulle aldrig ha fått det om de bott i centralorten. "Det var ju så, att det blev liksom så – kalla det gärna för en gräddfil då. De som bodde centralt, de hade ju mindre chans eller hur? De som hade bra eller hyfsad utbildning de hade ju heller ingen chans för de kunde vi ju bedöma att de skulle få pröva att jobba. Men hade du ingen utbildning och bodde på annat ställe ut i periferin, då hade du ju större chans."

Det här var blott ett av många exempel på hur en administratör fick kompromissa mellan sina personliga uppfattningar, de lokala mönstren och de centrala reglerna. Han slets mellan den centrala formaliserade myndighetslogiken och de förhållningssätt som präglade den lokala kontexten. Vilken lättnad skulle det inte inneburi att kunna sätta upp tydliga regler gentemot de försäkrades många krav!

Men andra var mer inriktade på att följa de rutiner som hade utbildats under åren. En av administratörerna hade prytt sin anslagstavla med de gula post-it lapparna. Hon beskrev sig själv som en "omsorgsmänniska" och hade svårt att acceptera de mer strikta regler som utfärdats centralt.: "Man ser inte människan utifrån ett helhetsperspektiv. Försäkringskassan försöker ha ett väldigt medicinskt synsätt på människan. Hur ska jag förklara... – man tittar bara på symtomen och på diagnosen. Man tittar inte så mycket på andra faktorer i personens liv. Jag tror de gör så för att det är väldigt svårt att ha helhetssynen på människor. Det är faktiskt mycket lättare att sparka ut dem från systemet om man anlägger ett rent medicinskt perspektiv."

Och många med henne stod upp för den mer omsorgsinriktade hållningen.

"Jag är mer den snälla typen så vi drar ju hellre ut på det och låter de pröva lite längre och låter kanske ersättningsformerna gå in i varandra. Om de har studielån eller lönebidrag eller anställning – även om de har arbetsförmåga konstaterad, så klipper ju inte jag av "pang" för att sedan låta dem fixa resten. Nej, jag säger att jag förlänger rehabilitering en månad så att ersättningarna går in i varandra. Jag tycker det ger bättre kontakt med de försäkrade och det tror jag är mest positivt i längden. ... Jag tycker inte man har någon riktig koll på ledningen eller direktören – man är för långt ifrån på något vis. Man sitter på sitt rum och kör sina ärenden och sen vet man inte mer (skratt). Det står ju visserligen i direktiven, att vi ska minska sjuktalet, men sen gör man ju ändå som vanligt."

"Inte vara för hård"

Försäkringskassan i Småland gav en mer varierad bild. Lokalkontoren vi besökte var tillräckligt stora för att kunna bära sina egna normsystem. Här fanns det tydliga inslag av "shared mental models". Kontoret i Nässjö

kännetecknas exempelvis av en elaborerad fika-kultur, som styrdes av oskrivna med bestämda regler för umgänget. Att t ex delta i tio-fikat var obligatoriskt.

”Som kundtjänstchefen – vid kaffet idag. När hon suttit hos oss, då gick hon över till ett annat bord efter fem minuter. Det var ju inte så populärt. Nu när hon såg att hennes kollegor satte sig vid ett annat bord, då bytte hon. Bytte bord under kafferastens gång. Då accepterade hon inte oss som kaffepartner. Det är inte populärt.” Här fanns tydligt formaliserade regler som utvecklats kring en i grunden icke-formell företeelse.

Det rådde också en tydlig tävlan mellan kontoren. Vetlanda plågas exempelvis av att Eksjö under lång tid haft bättre resultat och upplevde inte att det var deras egen förtjänst. Eksjö hade haft bättre förutsättningar eftersom de sluppit omorganiseringar med allt vad det betyder av att behöva överge upparbetade kontakter och börja om på nytt. Sådant höll man reda på. Gislaved var kontoret som var ”bäst i länet”. Flera gånger hade man kammat hem utvecklingspengar från den gemensamma potten i länet. Det gjorde att man i realiteten fått mer resurser än andra kontor trots att de problem man från början hade att tampas med var betydligt mindre än på flera andra håll.

Här mötte vi också ett annat förhållningssätt bland kassans folk gentemot de försäkrade. ”Sedan tror jag att det är bättre att vara... jag ska inte säga snällare, men bättre att inte vara för hård.” Att ”inte vara för hård” handlade om att vara så snäll som reglerna medgav – alltså innanför bestämda gränser.” I vårt jobb får man ju ibland ta del av saker som inte direkt hör sjukfallet till. Det gäller ju att sätta gränser. Man får inte ramla in i den där rollen där man tycker synd om – empati och sympati. Då tror vi inte att man fixar det här. Vi ser ju tragik i mitt jobb varje dag. Det blir ju vardagsmat, det är ju så.” Den här professionella attityden var något annat än den medmänskliga ambitionen att plocka fram ’hjälparen’ inom sig och ’gå med öppen väst’.

Den formen av omsorg som också rymde krav kunde man tillåta sig när gränserna mellan administratören och den försäkrade i botten var mycket tydligt åtskilda. Den syn på de försäkrade som vi återfann bland i Småland kännetecknas av något man skulle kunna kalla för att vara snäll, men på systemets villkor.

Inställningen blev möjlig därför att det också fanns en framkomlighet, en förtröstan på morgondagen i det blotta faktum att man hade kraften att fatta beslut. Det innebar också att inte rygga för obekväma beslut: ”Vi tror också att man inte är rädd för att fatta beslut härhos oss. Man har haft bollplank och stöttning. Man har inte varit rätt för att säga ”så här är det”. Man går ut och försvarar socialförsäkringen. Vågar man inte ta beslut får man en massa ärenden som man inte vet vad man ska göra med till slut”.

Fanns bara ramarna tydligt utsatta, kunde man tillåta sig att ”inte vara för hård” att finna lösningar inom det regelverk man vars att administrera. Det gjorde det betydligt lättare för tjänstemannen att också kunna ta obekväma beslut. Det var först när dessa tydliga gränser saknades som administratören fick falla tillbaka på sin egen medmänsklighet, och börja gå ”med öppen

väst”. Uppenbarligen var detta ingenting som gagnade vare sig den försäkrade, administratören – eller socialförsäkringssystemet som helhet. Den som fick sin sjukskrivning skulle ju för den egna självrespektens skulle tvingas leva upp till sin diagnos.

Ohälsans community

Undersökningen av administratörerna på Försäkringskassan i de två regionerna bekräftar iakttagelsen av hur tilliten byggdes ifrån dag till dag. I Småland var relationen mellan myndigheterna och medborgarna strukturerad genom tydligt artikulera regler för ärendenas behandling och fördelning av de sociala rollerna. I Jämtland präglas relationen mellan administratör och försäkrad av ett mer informellt förhållande. Man tog hänsyn till person och bakgrund. Och relationen mellan tjänstemän och administratörer utgick från lokal kunskap och individuell bedömning. Här var tjänstemannen så uppenbart en del av den lokala kultur i vilken hon eller han hade att implementera centrums regler. Det skapade en lyhörddhet men samtidigt en viss villkorlighet i fråga om hur socialförsäkringen skulle tillämpas. Förtroendet för personen var gott, men systemet hamnade på mellanhand. Antalet gula post-it lappar indikerade ständigt utestående fordringar och försummelse. Kanske var de ett av de mer tydliga tecknen på hur en gemensam sociallagstiftning kom att ges nytt innehåll alltefter vilka behov som var mest påträngande i lokalsamhället.

De attityder som utbildades på kassorna skapades i samklang med hur värdemönstren såg ut i de olika samhällena. I Småland fanns en tydligare framtidsorientering, förankrad i en enkel, weberiansk arbetsetik. Den var inte mindre, men annorlunda i Jämtland. Här tillmättes den sociala gemenskapen och utomhusaktiviteterna under den arbetsfria tiden högt. Sådant var det svårare att formalisera. I båda fallen fann vi en medkännande och hjälpande attityd från försäkringskassans personal – olika i sättet som reglerna följdes – men tvivelsutan djupt inriktade på omsorg om klienterna. Det märkliga inträffade då, att den hjälpande attityden fick helt olika effekter i de två kulturella kontexterna. En lagom hjälpande och lyhörd administratörsattityd gentemot de försäkrade kunde vara alltigenom positiv i en kontext där befolkningen hade en restriktiv attityd till sjukskrivning. Den kunde däremot vara förödande i en kontext där befolkningen hade en expansiv attityd till sjukskrivning. Om den dessutom kombinerades med hänsyn till person, så blev effekterna än mer genomgripande.

Det finns, som vi har påvisat i andra sammanhang, tydliga regionala variationer i hur restriktiv/expansiv befolkningen är i fråga om när man ska kunna vara sjukskriven (Olofsdotter Stensöta 2006; 2008a; 2008b). Dessa variationer samvarierar med nivån på ohälsotalet. Det betyder i korthet att befolkningen i Jämtland var betydligt mer expansiv i fråga om när man tycker att man ska kunna vara sjukskriven, än befolkningen i Småland.

I den samverkan mellan myndigheter tjänstemännens attityder och lokal kultur som utvecklats fanns mycket av förklaringen till de stora olikheterna i hälsa mellan skilda delar av landet. Att visa medmänsklighet, att gå med

öppen väst eller släppa fram hjälparen inom sig, kunde paradoxalt nog bidra till att skapa en ”ohälsans community”.

Är förtroende dåligt för hälsan?

I de senaste årens diskussion om ohälsotalet har höga siffror mestadels ansetts vara sämre än låga. När vår undersökning visar att det finns olika lokala normsystem för sjukskrivning är frågan om vi bör dra några normativa lärdomar av detta?

På ett grundläggande plan har de olika typerna av communities som vi skisserat sina respektive för- och nackdelar. Den självklara tillhörighet till gemenskapen som beskrivs i den jämtländska kontexten innefattade många av de aspekter som moderna storstadsmänniskor trängtar efter. Det handlar om att ha ett självklart värde som inte är villkorat efter prestation. Liknande tankar har präglat intentionerna bakom bland annat daghemsverksamheten och skolan sedan 1970-talet – det är alltså sådant som vi anser vara viktig kunskap för våra barn. Det är sådant som stressade storstadsmänniskor går på dyra kurser för att lära sig. En generations *community-studies* höll också upp existensen av sådana alternativ.

Även om dessa samlevnadsformer uppträder tillsammans med högre ohälsotal är det betyder inte detta att de är något negativt per se. Hade trots allt inte 70-talets kritik av den stelbente, kalla (och tråkige) byråkraten mycket för sig? Och måste, *mutatis mutandis*, det småländska, formaliserade mönstret som samvarierade med låga ohälsotal alltigenom betraktas som något gott? Den småländska bilden visade ju trots allt att en högre grad av misstro genomsyrade i gemenskapen. Gemenskapen här var inte självklar utan villkorad – grannarna undrar varför man var sjukskriven när man var så frisk att man kunde hämta tidningen.

Sambanden blir än mer intressanta om vi relaterar de lokala logikerna till den generella kunskapen om vilka effekter allmänmänskligt förtroende eller socialt kapital har för samhället. Människors förtroende för varandra anses allmänt vara något mycket positivt och leda både till bättre hälsa och bättre demokrati (Putnam 1993) och ekonomisk tillväxt (de Soto 2001). Men om man menar att låga ohälsotal är bättre än höga i en utbyggd välfärdsstat som den svenska tycks detta positiva samband inte gälla för sjukförsäkringen. Vid surveyundersökningar säger sig människor i Jämtland ha högre förtroende för folk i allmänhet än människorna har i Småland. Det gäller både för administratörerna och för befolkningen i allmänhet (Olofsdotter Stensöta 2008b).

Det förefaller alltså svårt att göra entydiga uttalanden om att lägre ohälsotal skulle peka på ett i något avseende bättre samhälle att leva i än ett högre. Ohälsotalet kan tvärt om vara ett mått på god sammanhållning i bygden. Däremot finns det så uppenbara förtjänster för folk att hålla sig friska. Men för den som var sjukskriven var det uppenbarligen bättre att leva i Jämtland.

Intressant nog verkar det som om ett visst mått av ängslan var en förutsättning för att hålla folk friska. Att grannarna bryr sig, utövar social kontroll och därigenom håller ohälsotalet nere. Sjukförsäkringen tycks därmed



fungera ”bättre” med en högre grad av misstro bland befolkningen och bland administratörerna. Det är trots allt att man håller öga på varandra som gör ett samhälle till en *community*.

Så står vi där med två samhällstyper med olika former av socialt kapital. Ett som slog vakt om de värden som fanns i bygden och ett som lemmade in bygden i ett vidare sammanhang. Förtroendet för den egna regionen var betydligt starkare i Jämtland, samtidigt som beroendet av de statliga stödinsatserna var mycket högt. Närheten till staten gjorde också att man utvecklade strategier för att via den garantera bygdens överlevnad. Här var det i högre grad lokala intressen som kom att avgöra hur reglerna skulle tillämpas.

En studie som både tar hänsyn till statsvetenskapens teorier om socialt kapital och etnologins undersökning av lokal kultur, visar hur viktigt det är att utgå från praxis. Alltså hur statlig administration fungerar på lokalt plan, men också hur mycket lokal kultur är avhängigt av statliga ingripanden. Teoretiskt bidrar det till att tona ner de generella antagandena om det välsignelsebringande i begreppen förtroende socialt kapital och den äventyrliga kopplingen till hälsa och välbefinnande. För etnologins vidkommande visar det på styrkan i att fästa blicken också vid vad människor förväntar sig av framtiden och i mötet med institutionerna, mer än vad de reflexmässigt tillägnar sig i fråga om lokal kultur.

Om medikalisering

Nu har vi kunnat se hur Försäkringskassans legitimitet hämtades från samverkan med den lokala kontexten och hur olika *communities* uppträdde som aktörer i förhållande till stöd från det allmänna. Detta var knappast något resultat av medvetna strategier, utan en följdverkan av mängder av beslut och sammanhang som stod som självklara för människor i deras dagliga gärning. Skulle det gå att också förstå hur sjukdomar kan förstås ur ett lokalt perspektiv? Det kräver att vi ger oss in i hur hälsa definieras i samspelet mellan läkare, patienter och på platsen. Det är välkänt att olika tider har olika sjukdomar, men gäller detta också olika platser?

Till den ändan undersökte vi ett stort antal journaler (så kallade u-akter) på fyra försäkringskassasekondor i Jämtland och Småland.¹⁶ Undersökningen omfattade 230 akter från dag 5, 15, 25 (ett totalurval) under tre tidsintervall från 1970-talet till slutet av 1990-talet. Samtliga journaler gällde långtids-sjukskrivna, det vill säga sjukskrivningar som pågått längre än 90 dagar. Vi valde ut två symtombilder – de muskulära sjukdomstillstånden (dvs sjukdom som utmynnar i en muskulär diagnos enligt ICD) och de psykiska sjukdomstillstånd (dvs symptom som utmynnar i en psykisk diagnos enligt ICD).¹⁷ Akterna varierade i omfång, stringens och systematik både vad avser kontor och handläggare, vilket i sig kan vara en intressant iakttagelse. En avgränsning gjordes dock kring att studera handläggarnas journalanteckningar och läkarnas medicinska utlåtande utifrån lokal kontext.

Vi fäste särskilt avseende på kön eftersom det visat sig vara en tacksam ingång för att förstå sjukdomsbilders konstruktion (Johannisson 1994).¹⁸ Det var också allmänt känt att de ökade sjukskrivningstalen var en utpräglat kvinnlig företeelse. Särskilt gällde detta de psykiska diagnoserna. Som symptomdiagnoser – alltså att de grundade sig på patientens beskrivningar – har de ett särskilt analytiskt värde. De definieras i interaktionen mellan vården och den hjälpsökande och kan inte fastställa med samma krav på objektivitet som i till exempel fallet med sjukdom i cirkulationsorgan.

¹⁶ Efter 90 dagars sjukskrivning upprättar Försäkringskassan en så kallad utredningsakt (u-akt) som sedan följer den försäkrade under hela långtidsjukskrivningen.

¹⁷ International Statistical Classification of Diseases and Related Healthproblems (ICD) har förekommit i olika upplagor under undersökningsperioden.

¹⁸ Det konstruktivistiska maktperspektivet har visat sig användbart just för att undersöka hur det kommer sig att den kvinnliga kroppen har medikaliseras i betydligt mycket större utsträckning än den manliga av en till övervägande del manlig dominerande medicinsk expertis (Johannisson 1994; 1998).

Framkallar välfärden sjukdom?

Vad som definieras som sjukdom är under ständig förhandling och förvandling. Symtom både skapas och behandlas av den kultur som finns och den maktutövning som äger rum vid en viss tid (Conrad & Schneider 1982; Foucault 1965, 1978; Szasz 1961). Att ge namn åt fysiska besvär är en praktik som sker i samspel med det omkringliggande samhället, dess normer och värderingar. Med begreppet ”medikalisering” avses då den process där icke-medicinska problem och tillstånd definieras och behandlas som medicinska (Conrad & Schneider 1982; Zola 1972).¹⁹ Nu har det varit vanligt att peka ut de medicinska experterna som de viktigaste aktörerna i denna process. Man har då sett medikalisering som ett resultat av det medicinska etablissemangets ökade inflytande. Under senare år har intresset riktats mot nya aktörer som till exempel patientorganisationer, läkemedelsföretag och inte minst psykofarmakaindustrin (Ballard & Elston 2005; Barsky & Borus 1995; Conrad & Later 2004).

Alltmer har dock intresset riktat sig mot välfärdsstaten som en pådrivande kraft i denna medikalisering. Medicinska utlåtande är nämligen ett av de viktigaste administrativa tilltagen för att distribuera välfärd inom ramen för olika välfärdsstatliga program (Holmqvist 2005; Schram 2000; Stone 1985). Utlåtanden läggs till grund för människors rätt till samhällets service.

Det är alltså inte handläggarna inom sjukförsäkringssystemet som har den egentligen beslutsmakten. I stället förlägger staten den hos läkare och försäkringsläkare. Det är de som har att diagnostisera sjukdom och finna ut om vilken arbetsförmåga den sjukskrivne har.²⁰ Utifrån en samlad bedömning av fysiska, psykiska och somatiska tillstånd skall de kunna ställa en eller flera diagnoser. Det är ett grannlaga tolkningsarbete som bygger på erfarenhet och knappast skall ses som uttryck för en stringent vetenskaplighet där tydliga symtom som omedelbart leder till diagnos.

Betydelsen av tolkning ökar när det gäller de olika psykiska tillstånden – men även muskulära tillstånd. Så kan det till exempel vara svårt att hålla isär ryggproblem och psykiskt lidande. Diagnoser är alltså namn på något som en gång är kulturellt konstruerat och verkligt upplevt. De föds, gör karriär och dör, återuppstår under nya namn, upptas av andra diagnoser och – försvinner. Läkaren blir hermeneutiker i samhällets tjänst.

Men läkarna är inte lika styrda av administratörens regelverk, utan har som grund för sitt professionella utövande att just ”gå med öppen väst”. Kan de inte etablera ett förtroendefullt förhållande till patienten har de också en begränsad möjlighet att hjälpa henne ut ur sjukdomen.

¹⁹ Medikaliseringen omfattar såväl så kallade avvikelser som naturliga livstillstånd och livsprocesser. Vi har till exempel sett en medikalisering av barnafödande, abort, menstruation, åldrande, alkoholism och hyperaktivitet.

²⁰ Arbetsförmågan ska dessutom uppskattas till 25, 50, 75 eller 100 procent av den läkare som skriver det medicinska utlåtandet.

Den trovärdiga diagnosen

Medikalisering innebär ju att icke-medicinska problem och tillstånd får en sjukdomsetikett som berättigar patienten till service från välfärdsstaten. Men det gör att ytterligare en dimension som måste tas med i beräkningen. Nämligen hur de diagnoserna är förankrade i den lokala miljön. Är den nämligen inte det, återverkar detta också på legitimiteten – trust – för försäkringssystemet. Här pågår ett sällan uppmärksammat ”förtroendespel” mellan medicinens praktiker, försäkringskassan och det lokala samhället.

Diagnosen har styrkan i att peka mot något som *är*, som finns och går att ta på. Den är meningsskapande och klassificerande. Särskilt viktigt förefaller detta vara vid psykisk sjukdom. Patienterna ger vid intervjuer ofta röst åt den lättnad som infinner sig när de får sin diagnos. Inte för att de själv tvekar om sin sjukdom utan för att de även blir legitimt sjuka i sina medmänniskors och i samhällets ögon. Och för den sjuke är samhället och nätverket de människor hon möter. Det betyder att diagnosen måste fungera i interaktionen. Sålunda kan man mycket väl vara sjuk på olika sätt i olika kontexter, trots att symtomen är desamma.

Ett annat sätt att uttrycka det är att det hela tiden måste utvecklas lokala sjukdomsbegrepp för att tilliten till systemet ska bestå. Här fyller diagnosen, namngivningen av sjukdomstillståndet, en viktig och allmänt förtroendeskäpande funktion. Med eller mot sin vilja blir läkaren en del av denna kulturella kontext, förmedlare av dess uppfattning om det goda livet och enskildas upplevelse av sin sjukdom.

I flera av de samhällen vi besökte tjänstgjorde s.k. stafettläkare. Det betydde att de avlöste varandra efter relativt kort tjänstgöring på orten. Denna positions betydelse för sjukskrivningsprocessen var särskilt intressant. Först och främst innebar mönstret att den vårdcentral som de arbetade på fick ett stort inflytande över verksamheten. Här fanns lokal personal som kände folket i bygden, kunde ge anvisningar och utgjorde på det viset en kontinuitet. Stafettläkarna själva kunde heller inte följa patienter under en (mer eller mindre lång) sjukdomsperiod, utan ansvaret för patienten togs över av nästkommande läkare. Återigen lade detta mycket av definitionsmakten i händerna på den lokala kompetensen – de uppfattningar kring hälsa och sjukdom – som var rådande på orten. Diagnoserna kom så sällan närmare lokalsamhället.

Diagnoser i Småland och Jämtland

Vilka diskurser fann vi då i de skilda regionerna? Materialet pekar mot tillämpningen av olika sjukdomsbegrepp – samma symptom gav olika diagnoser. Resultaten av granskningen av de 230 akterna som sträckte sig över 30 år antydde att det fanns olika sätt att tänka och förhålla sig till sjukdom hos såväl läkare som handläggare. Och att dessa hade viss varaktighet över tid. Det styrker antagandet att medikalisering är något som sker i intim kontakt med det kringliggande lokala samhället. Ett antal empiriska fall kan få visa på dessa trender i materialet.

I Jämtland sökte en manlig patient läkare för lumbago – ryggskott och diskbråck.²¹ Han hade haft ryggproblem under 10–12 år, och de hade börjat som en smärta i ländryggen efter ett lyft som inte gick väl. Han blev långtids-sjukskriven och behandlades inledningsvis på ett rygginstitut och återgår därefter i arbete. Under den perioden stod det i försäkringskassans journal att läkare där bedömt honom som inte helt ”mentalt stabil”. Han sadades vara mycket ledsen och orolig angående sin framtid ”med extraordinärt stora ekonomiska problem”. Men behandlingen var inriktad på de ryggproblem som han initialt har sökt för och viss bättring registrerades.

Inför nästa period av långtidsjukskrivning infann sig har patienten åter med smärta i ryggen. Nu fick han sjukgymnastik men effekten är denna gången var ”mer eller mindre icke existerande”, enligt läkarutlåtandet. Samtidigt visade journalanteckningarna att han upplevde sig trakasserad av sin arbetsgivare och hade stora problem i relation till sin sambo. Hon ville inte längre ens tala med honom. Han beskrevs som ”mycket orolig, osäker och stresskänslig”.

Från den första dagen ärendet handläggs, visade de på en person med en blandning av fysiska och psykiska symtom. Under fem långa år var diagnosen i huvudsak relaterad till de fysiska symtomen. De psykiska symtom som den försäkrade gav uttryck för redan inledningsvis – vilket även styrktes i ett läkarutlåtande från det behandlande rygginstitutet – blev inte en del av sjukdomsbeskrivningen. Det innebar att det psykiska tillståndet inte namngavs som en diagnos, och det blev därför inte föremål för behandling under sjukskrivningsperioden. Först sex år senare, i den senare fasen av långtidsjukskrivningen, togs den psykiska ohälsan delvis i beaktande. Först då fick den bilda underlag för behandling och arbetsrehabilitering.

En talande kontrast ger ett exempel från Småland.²² En man fick diagnosen nackproblem och depression. Enligt ett tidigt läkarutlåtande led patienten av ”smärta i nacke och rygg”. Patienten var ”lätt deprimerad och uttrycker oro för framtiden av olika slag”. I ett senare läkarutlåtande fick han diagnosen depression. Motiveringen var att han under sjukskrivningsperioden också hamnat i en livskris. Här var det så uppenbart en kombination av psykiska och fysiska symtom som motiverade åtgärder. Trots att mannen sökte vård för sina nackproblem, såg man också behovet av en dubbeldiagnos. Den var något som den försäkrade fick med sig från första början av sin långtidsjukskrivning, och som låg till grund för behandling.

De två fallen hade mycket gemensamt. Båda männen hade psykiska såväl som fysiska symtom alltifrån den första ärendehandläggningen. De var båda i relativt ung ålder när de gick in i en sjukskrivning som sträckte sig över fler år och som förnyades i återkommande perioder. I det jämtländska fallet ges relativt lite utrymme åt de psykiska symtomen och först långt om länge togs de i beaktande. I det andra fallet tillhörde de sjukdomsbilden från första början.

²¹ Akt 13.

²² Akt 133.

Ytterligare ett par kan lyftas fram som illustration till olikheten i bedömning. Återigen var det en man från Jämtland som fått diagnosen myosit – muskelinflammation – med värk och domningar.²³ Av läkarutlåtandet framgick det att patienten ”domnar i händerna och är stel i nacke och axlar, mår inte alls bra”. I Försäkringskassans journalanteckningar stod också att en nära familjemedlem var intagen på sjukhus för behandling av en tumör. Det var en påfrestande väntan på operation och det framgick att den försäkrade ”upplever det väldigt jobbigt omkring sig”. Patienten behandlades på ett rygginstitut och påbörjade arbetsprövning parallellt med sjukgymnastik – för att senare ”återgå i arbete”.

Under en andra period av långtidssjukskrivning konstaterades att patienten var ”trött och sliten av arbetet”. Samtidigt fick han se sin nära anhörige släkting långsamt försämrats. Symtomen med värk och inflammation ville inte ge med sig. En omplacering på arbetsplatsen samt behandling påbörjades. Dock låg ännu fokus på fysiska symtom relaterade till värken och inflammationen.

Hans småländska kamrat i olyckan hade fått diagnosen ”astma, handeksem, lumbago, ryggbesvär”.²⁴ Efter många års arbete i en fabrik hade han fått allt svårare att befinna sig i miljön med sina fysiska problem. Journalanteckningarna visade också att patienten upplevde sig ”motarbetad” på arbetsplatsen och att han kände stark oro inför att befinna sig ute bland folk som ett resultat av sin sjukdom. Han återgick dock kortvarigt i arbete. Inför en andra period av långtidssjukskrivning diskuteras istället omskolning. Det stod nu klart att han inte kände sig önskad på arbetsplatsen. Problemen med astma och rygg blev föremål för behandling, och så blev också hans psykiska tillstånd –stödsamtal påbörjades.

Kännetecknande för uppfattningen i var en återhållsamhet i fråga om att inkludera de psykiska tillstånden i diagnosen. Istället hamnade fokus på de fysiska sjukdomstillstånden. I den småländska sjukdomsdiskursen föreföll de fysiska och psykiska sjukdomstillstånden leva parallella liv och inkluderas i diagnosen. Liknande symtombilder utifrån en uppdelning mellan muskulära och psykiska sjukdomstillstånd togs om hand enligt två olika mönster i de lokala kontexterna.

Betydelsen av kön

Män behandlades efter skilda mallar i de två områdena, men hur förhöll det sig med kvinnor? Här verkade det som om det var viktigare att dra gränser mellan män och kvinnor i norr med hjälp av diagnoser, än det var i söder. I Jämtland fick män mer sällan diagnoser som pekade på psykiska besvär.

En jämtländsk man hade fått diagnosen ryggsmärta och rygginsufficient.²⁵ Läkarutlåtandet slog fast att ”nuvarande sjukdomsperiod kan dateras flera år

²³ Akt 17.

²⁴ Akt 156.

²⁵ Akt 86.

tillbaka då patientens arbetssituation innebar stor belastning på ryggpartiet”. I ett senare läkarutlåtande framkom att ”förutom ryggsmärta lider patienten också av nedstämdhet och svår oro”. Under den första långtidssjukskrivningen noterades även i journalanteckningarna att ”den försäkrade har långtgående läs- och skrivsvårigheter”, vilka hade framkommit under den vidareutbildning som var en del av rehabiliteringen. Senare omskrevs detta som ”svår dyslexi”. Återigen var det de fysiska symtomen som stod i förgrunden för behandling och rehabilitering samtidigt som de psykiska problemen nämndes både i läkarutlåtande och i journalanteckningar – dock utan att tas upp i diagnosen.

När det däremot var fråga om en kvinna som drabbats av muskelvärk och ryggsmärta, lade man också till diagnosen trötthet.²⁶ Hon hade från början sökt för sina fysiska ryggbesvär – men parallellt talade läkarutlåtanden och journalanteckningar om ett ”arbete som inneburit mycket stress”. De psykiska sjukdomstillstånd som patienten gav uttryck för fick forma sjukdomsbilden och diagnosen.

Gång efter annan upptäcker man denna könsskillnad i viljan att ställa diagnoser – män sjukskrevs för fysiska besvär, kvinnor för psykiska. Och de var tydligast i de norra delarna av landet. Så byggdes det upp kvinnliga och manliga sjukdomspanorama med starka regionala förtecken. Dock ägde det rum en intressant förskjutning i riktning unders enare delen av perioden så att alltfler män, också i Jämtland, fick en psykiatrisk diagnos. Det kan antyda att den typen av besvär nu också blivit könsneutrala.²⁷

Lokal legitimitet

Så visade undersökningen på lokala olikheter i hur medikaliseringen skedde och hur vanligt det var att läkarkåren kallades in för att ge motiv för välfärdsstaten att bli närvarande i de olika regionerna. I journalanteckningar och läkarutlåtande gav likartade symtombilder väsentligen olika diagnoser beroende på kön – vilket naturligtvis var förväntat – men också på lokal kultur. Det var alltså inte så att läkarna bedömde arbetsförmågan olika från region till region, vilket man hade kunnat förmoda om de skulle ta hänsyn till hur arbetsmarknaden såg ut – utan att själva sjukdomsbegreppet skiljde sig åt mellan regionerna.

Det här var något uppseendeväckande eftersom försäkringssystemets legitimitet vilar på att alla ärenden skall handläggas likartat i hel landet. Var någon bor skall alltså inte ha någon betydelse för hur vederbörande bemöts. Yrsel, oro och ryggont skall öppna för samma bemötande av välfärdsstaten; ärendehandläggningen ska garantera att utfallet blir detsamma. Vi har i

²⁶ Akt 91.

²⁷ Då undersökningen enbart sträcker sig fram till början av 2000-talet kan jag inte dra några säkra slutsatser om detta utifrån materialet utan poängterar att det är en försiktig förändring jag tycker mig se i materialet från den senare perioden. Däremot styrks denna iakttagelse av resultatet i Försäkringskassans diagnosstudie från 2007? (ref, har på annat jogg) där det framkommer att antalet psykiska diagnoser i Jämtland bland just män har ökat på senare tid.



tidigare avsnitt visat hur starkt påverkade tjänstemännen var av det samhälle i vilket de var satta att verka. Det var möjligt att förstå med utgångspunkt i hur socialt knutna tjänstemännen var till sin hemvist och till sina utsikter att fungera tillsammans med familj, nätverk och föreningar. Nu framkommer det också att läkarna som ställde diagnoser också kände sig bundna av den lokala kontexten. Inte kanske av rädsla för att bryta mot samhällets normer och utsättas för dess sanktioner, utan för att vissa sätt att se på patienterna och deras sjukdomar redan förvaltades av den miljö i vilken de var satta att verka. Återigen möter vi fenomenet att tilliten för det övergripande systemet skapades lokalt.

Om utbrändhet och utanförskap

För att kunna spegla hur djupt familjen, vännerna och det lokala samhället förmår inverka på såväl försäkringskassans personal, läkarna och invånarna i samhället, behövde vi undersöka också en grupp av patienter som hamnat i så tvetydiga situationer att de för sin hälsa var utlämnade åt det omgivande samhällets definitioner. Vad hände om man fick en diagnos som inte var accepterad i det lokala? Hoppet om förbättring, det rent fysiska förtroendet för att ting skulle ordna upp sig, byggde på att folk uppfattade tillvaron som tydlig och överblickbar och sjukdomar och sjukskrivningar var en viktig del av denna process. Det var därför viktigt diagnoserna ”hamnade rätt” i förhållande till de regionala sjukdomsbilderna. Konsekvenserna av att någon som tidigare varit att räkna med hamnade utanför både sociala och kulturella kategorier skapade inte bara personlig olust och oro – utan också en känsla av social vanmakt. Här lämpade sig fenomenet utbrändhet som en bra värdemätare på hur hopp och förtroende fungerade.

Inte av denna världen

Utbrändheten skulle kunna ses som ett exempel på medikaliseringens processer, men också på det sociala livets ömtålighet. Sjukdomen kan beskrivas som att det meningsskapande nätverket håller på att lösas upp för den enskilde. Från att ha varit aktiv och i centrum förvisas man till vaghetens periferi (Löfgren & Palm 2005). Mycket av åtgärderna som sattes in av de drabbade liksom av samhället handlade om att dels ge den diffusa sjukdomen en tydlig gestalt och dels att visa på vägen tillbaka in i ett fungerande socialt sammanhang.

Syndrom var i princip okänt fram till mitten av 1980-talet då det dök upp under olika namn såsom utarbetning, yuppiesjuka, stress-, ångest- och utmattningsreaktion. Sedermera kom den anglosaxiska termen *burnout* att översättas till just ”utbrändhet” vilket blev det folkligt förankrade namnet på sjukdomen. Den rekommenderade medicinska diagnosen kom att bli utmattningsdepression. Förenklat kan man säga att de drabbade ofta kallar sig själva för utbrända medan det stod något annat på läkarintyget.

Diagnosen gav tillfällig fasthet åt en serie med oklara sjukdomstecken tecken. Den gjorde också en snabb karriär.²⁸ Det här var ett lidande som var svårt att läkarvetenskapligt dokumentera rent fysiologiskt. I hög grad byggde det på en bedömning av patientens egna upplevelser och beskrivningar. Inte sällan hade de också starka idéer om vad de kunde vara drabbade av redan innan de mötte läkaren.

Bristen på fysiologiska, mätbara symtom bidrog till en allmänt spridd misstänksamhet mot de drabbade: Varför kan de inte ta sig själva i kragen och gå till jobbet som alla andra? Känner de möjligen efter för mycket? Kan vi lita på att de verkligen mår dåligt eller ska vi misstänka att de skor sig på andras bekostnad genom att uppbära sjukpenning utan att vara sjuka i egentlig mening? Oron för det okända ökades av det sociala hot det utgjorde.

Utbrända vittnade om det djupt problematiska i just detta dubbla besvär: Att må fruktansvärt dåligt och samtidigt bli ifrågasatt och misstrodd. Det man fruktade mest – förlusten av förtroende – var också det som drabbade dem hårdast. Diagnosen och det egna tillståndet framkallade ofta sociala skamkänslor. Det var inför andras blickar som de krympte. De drabbade kände skuld och genans över att inte längre kunna prestera, över att behöva visa sig svaga och beroende.

Syndromet visade sig dessutom djupt mystiskt: Minnet sviker, hjärtat galopperar, blodtrycket stiger, magen krånglar, orken tryter, ångesten förlamar. Att i detta läge behöva förklara sig, eller än värre *försvara* sig inför omgivningen gjorde knappast saken bättre. Inledningsvis bemötte den sjuke ofta denna besvärliga situation genom att dra sig undan, oftast i hemmet. Behovet av vila var stort och dagarna gick inte sällan åt till att sova. Man visade sig ogärna ute på stan för att på det sättet undvika risken att stöta på arbetskamrater eller grannar vilket kunde leda till besvärande frågor.

Ett citat från ett samtal med Maja, en långtidssjukskriven och utbränd kvinna, beskriver hur den till en början frivilliga isolationen i hemmet efterhand alltmer kom att likna ett personligt fängelse från det pågående sociala livet.

- Första året visade jag mig inte, annat än när jag var tvungen.
- Varför då?

²⁸ Exakt hur vanlig är en mer svårbedömd fråga eftersom olika undersökningar presenterar varierande statistiska resultat. Dock kan man sluta sig till att den har ökat kraftigt sedan 1990-talet och att det är fler kvinnor än män som numera drabbas. Sjukdomar som rör den psykiska hälsan (psykiska sjukdomar + utbrändhet) svarar för 31 procent av de långvariga sjukskrivningarna. Bland män är denna siffra 27 procent medan den bland kvinnor är 34 procent (RFV redovisar 2004:7), och det är i synnerhet inom denna kategori som sjukskrivningarna har stigit, medan de har minskat i andra, som exempelvis hinder i rörelseorganen (värk i nacke och rygg med mera). Enligt en annan undersökning är två tredjedelar av dem som är långtidssjukskrivna för psykiska problem utbrända (Åsberg, KI, KOLLA). Könsskillnader i utbränning har belagts i många undersökningar: Dubbelt så många kvinnor som män i en omfattande populationsstudie hamnade i gruppen utbränning, 9,3 respektive 4,6% (Bellagh Hallsten & Gustafsson 2002).

- För jag tillhörde inte världen längre (paus).
- Det var så det kändes?
- Ja. Jag hörde inte hemma där. Jag hörde inte hemma bland människor på ett tag på något vis...
- Kan du förklara det lite närmare?
- Jag blev ett slags främling. Jag blev en främling i allt det här kända. Mina gator och mina kvarter. Det var vissa saker jag klarade, och det var att åka ner till den närmaste stadsdelen där jag hade min vattengympa. Jag körde bil fram och tillbaka. Jag klarade av att gå på läkarbesöken. Men jag tror att jag var som en zombie lite grann. Jag tror att jag kapslade in mig med en sorts skyddsmur runtom mig.
- Ett främlingskap säger du...
- Jaa... det var inte de som var främlingarna. Det var jag som var främlingen. Att jag inte hörde hemma. Hade ingen rätt att vara. Jag hade ingen rätt att vara på gatorna längre, eller i affärerna. Det var något...
- Var det skam i det också?
- Ja. Jag tror det. Eftersom jag kände mig själv som en sämre varelse såklart. Jag hade ju all den här skammen och all skuld och allt elände...

Senare i intervjun kallade sig Maja för ”ett minustecken i den stora budgetberedningen” och ”en sekunda medborgare”. Hon gjorde det med svart humor och ironi, men i botten kunde man ändå ana ett smärtsamt allvar: Genom sin märkliga sjukdom förlorade hon delvis sitt människovärde. Stadsrummet som det tidigare var så enkelt att vistas i blev nu istället något hon ansträngde sig för att undvika. Den tilltro som hon känt inför sitt eget samhälle svek och hon drog sig bildligt längs husväggarna.

Gott är att veta

Utanförskapet var kvar när man väl fått sin diagnos om än på ett nytt sätt. Men detta var ändå en sjukdom som inte fått sitt erkännande i panoramat av vad som var lokalt gångbart. Att vara sjukskriven var jämförelsevis lätt att få erkännande för – men detta! Eva, även hon sjukskriven för smärta och utbrändhet, beskrev det på följande sätt:

- Självkänslan, som var dålig redan från början, blev ännu sämre. Man vet helt enkelt inte vem man är. Man är inte vatten värd. Du vet ju själv hur det låter när man träffar folk man inte känner: Och vad jobbar du med då? frågar de. Nej jag är utbränd svarar man då. Så man blir liksom själva sjukdomen och så fastnar man där. Och så fortsätter man att vara sjuk. Som en ond cirkel.
- Innebär sjukdomen till och med en trygghet?
- Ja! Absolut. Ett slags identitet som man blir trygg i, där man känner sig hemma. Och det är ju behändigt också för man slipper ifrån en massa. Man kan säga nej till allt och alla utan att behöva motivera det eftersom man är sjuk. Själv blev jag folkskygg från att ha varit jättesocial. När man har varit hemma länge med en ganska märklig

diagnos som folk inte förstår sig på riktigt, då orkar man till slut inte möta andra människor. Man orkar inte svara på alla frågor.

- Vad blir ensamheten då?
- En flykt från verkligheten, från sig själv. Från livet. Jag var trött på att prata, trött på ord, trött på att vara tillgänglig, trött på att låtsas vara glad. Man går igenom en personlighetsförändring och det skrämmer andra människor.

För Eva innebar det en lättnad att till sist få ett namn på sitt obehag efter många års svåra problem med smärta och ångest. Äntligen ansågs hon vara sjuk på riktigt, äntligen hade hon funnit en läkare som trodde på henne! Detta är något som återkommer i de drabbades berättelser: En önskan om att få tillbaka sitt sociala ansikte – ett behov av att bli trodd, inte bara av vänner, bekanta och arbetskamrater utan också av myndighetsföreträdare. Motsatsen, att till exempel bli misstrodd av en läkare som kan betraktas som en betydelsefull representant för välfärdsstaten, tycks förgörande för tillfrisknandet. I fall där Försäkringskassans egna läkare underkänt den diagnos som patientens primärvårdsläkare hade skrivit på sjukintyget uppstod både desperation och ilska hos de sjuka. De kände sig misstänkliggjorda. Och i samma stund som denna missförtroendeförklaring äger rum från myndighetshåll skickades den tillbaka i retur: En patient som blivit misstrodd av en myndighetsperson misstror i sin tur den myndighet som utfärdade missförtroendeförklaringen från början. Låt oss för enkelhetens skull kalla det för en *dubbel misstroendeförklaring*. Från den utgick ett starkt tryck också mot läkare och administratörer att göra livet mer drägligt i samhället där man levde.

Det var ett sådant utsatt läge som diagnosen, namnet blev något att hålla fast vid för patienten, en inträdesbiljett till ett värdigt samhällsligt liv. Samtidigt som den stal mycket av friheten i vardagen. Så beskrev exempelvis Eva hur hon också använde den som en sorts frisedel för att hantera sociala krav och plikter. I längden var det naturligtvis ingen bra lösning. Hon menade att hon till sist blev instängd i det inferno som var hon själv. Smärtan som hon led av gav upphov till isolering, som i sin tur ledde till en rädsla för att möta livet. Allt detta gjorde henne än mer deprimerad och inåtvänd. Hon sade att hon till sist *blev* själva sjukdomen: ”Jag var själva diagnosen. Det låter kanske konstigt, men under sjukskrivningen fanns ingenting annat. Självkänslan, som var dålig redan från början, blev ännu sämre. Man vet helt enkelt inte vem man är. Man är inte vatten värd.”

Ett eget samhälle

Efter flera års sjukskrivning lyckades Eva dock bryta den onda cirkeln, bland annat genom att själv bli ledare för en grupp kvinnor med liknande problem. Eva bodde i Jämtland och i denna förening för långtidssjukskrivna ägnades mycket av tiden åt informationsarbete; att söka upp företag i trakten och informera om stress och utbrändhet och försöka förmå arbetsgivare att arbeta förebyggande i förhållande till dessa frågor. Man ägnade sig också åt grupprehabilitering, genom konstnärlig utövning av olika slag. Här var

uppenbarligen också acceptansen för att folk var långtidssjukskrivna lättare att finna än i det mer prohibitiva Småland.

Typiskt för denna och andra sammanslutningar för utbrända och långtidssjukskrivna, förutom att de i huvudsak bestod av kvinnor, var den ständigt återkommande diskussionen kring medlemmarnas rättigheter och samhällsliga erkännande: Sjukskrivna bör kunna åtnjuta respekt och bör behandlas på samma sätt som alla andra medborgare, menade medlemmarna. De bildade sin egen sociala värld, genom att ifrågasätta rådande ordning där ute. Där ökade bara kraven, stressen och tempot och möjligheten till vila och återhämtning hade blivit allt mindre. De påpekade att kvinnor fortfarande tog ett betydligt större ansvar för hem och familj, samtidigt som de förväntades orka arbeta heltid. De menade att psykisk ohälsa borde klassificeras som sjukpenningsgrundande och betraktas som likvärdig andra typer av sjukdomar.

En av föreningsmedlemmarna, Sara, som har fått en rad olika diagnoser vet hur bemötandet ute i samhället varierar beroende på vilken sjukdom man är drabbad av:

När jag hade diskbräck i nacken var det ingen som tyckte att det var det minsta konstigt att jag var sjukskriven. Sen när jag fick diagnosen för musarm [epicondylalgia] så var det också okej. Men det här med stress- och smärtrelaterad depression, det tycker folk är jätteknappt bara.

Den bristande hemhörigheten i samhället – subjektivt upplevd och därmed också i någon mening sann – tycktes föra dessa kvinnor närmare varandra. Utbrändhet handlade i hög grad om att bli utkastad i ensamhet, sårbarhet och en form av hemlöshet i samhällsrummet, vilket kan vara en förklaring till varför de sjukskrivna sökte sig till varandra. Att människor i utsatta positioner går samman på detta sätt är ingen nyhet. I dag finns det patientföreningar med imponerande medlemsantal för snart sagt varje existerande diagnos. Det är mellan människor med självupplevd erfarenhet som förståelse och medkänsla kan få fäste. Det är bara där, bland de egna, som den i någon mån stigmatiserade patienten kan känna sig fullt ut accepterad, inkluderad och respekterad, menar Erving Goffman:

Eftersom de av egen erfarenhet noggrant vet hur det är att ha just detta speciella stigma, kan somliga av dem ge honom viss handledning i hur man kan klara av sitt stigma, och även ställa till hans förfogande en krets beklagande likställda som han kan dra sig tillbaka till för att få moraliskt stöd och för att få känna sig obesvärad och som hemma, och godtagen som en person som verkligen är som vilken annan normal människa som helst. (Goffman 1972:28)

I sällskap av de sina kan alltså den stigmatiserade slappna av, känna sig obesvärad och godtagen. Inte sällan utvecklas den informella sammanslutningen med tiden till en sammansatt organisation, med uttalad policy, ideologi, politiska strävanden, talesmän och publikationer. Processen sker naturligt i takt med att kontakten med ”De andra”, i det här fallet de

arbetande och friska individerna, blir alltmer ansträngd. En rad tolkningar och omtolkningar av det sociala spelet tar vid där den drabbade alltmer tvingas identifiera sig med sitt utanförskap, huvudsakligen därför att det ständigt bekräftas av de andras innanförskap. Genom sin blotta existens markerar ”de normala” den underordnade position i samhället som ”de avvikande” upplever sig ha. Därför blir den stigmatiserade nödd och tvungen att tillgripa nya anpassningsstrategier (Goffman 1972). Detta är synligt inom de sjukskrivnas föreningar. De tar spjörn mot världen utanför, de understryker den egna gemenskapen, de markerar sina kollektiva rättigheter och tillhörigheten i samhället, samtidigt som just denna process har en paradoxal förmåga att öka avståndet till verkligheten utanför gemenskapen.

Vag gemenskap

Det kännetecknade för de utbrända var att de inte tillhörde en tydlig kategori. Det var mer en kroppslig, kulturell och social vilshenhet som förenade dessa människor och en uttalad känsla av att inte längre höra till. De led under den dubbla misstroendeförklaringen som beskrevs ovan. På många sätt var de vad som skulle kunna betecknas som *vaga* grupper: De var otydligt profilerade och saknade en sammanhållande agenda eller uppgift och hade en tendens att lösas upp med tiden. Och de var för sitt välbefinnande och för sin rehabilitering extremt beroende av omvärldens blickar.

Att då som föreningen i Jämtland försöka ta spjörn mot hela samhällsutvecklingen, där inte minst informationssamhällets mångfald lyftes fram som den största orsaken till utbrändhetsproblematiken, det var vad man kan betrakta som ett dåligt spjörn. Det är som att anklaga molnen för att de släpper ifrån sig vatten. Man strävade efter att utöva påtryckningar med mycket liten möjlighet att påverka i reell mening. I synnerhet gällde det dessa grupper och nätverk som inte tillskrevs någon högre status, snarare tvärtom. I bästa fall hade det omgivande samhället ett vänligt överseende med föreningar för långtidssjukskrivna och utbrända kvinnor.

De nätverksträffar man hade kan betraktas som ett sätt att försöka reproducera en samhällelig gemenskap *by proxy*. Här kunde man visa hur det gick till att uppfyller sina plikter och åtaganden på motsvarande sätt som de som var friska och arbetade. De strävade efter att reproducera de kulturella värdesystem som gällde i samhället, men på de villkor som var möjliga för den som var utbränd och långtidssjukskriven. Det handlade om att dra upp gränser, definiera vad som var tillåtet och inte tillåtet att göra. Tysta överenskommelser och outtalade regler avgjorde vilken typ av aktiviteter som de sjuka fick ägna sin tid åt. Inom varje kulturellt system finns det normala, så att säga ”friska” sätt att vara sjuk på, hur paradoxalt det än kan låta, skriver Arthur Kleinman (Kleinman 1988:5). Som vi har kunnat se tidigare i denna undersökning så kan dessa normala sätt att vara sjuk på variera regionalt; i vissa miljöer är det till synes i sin ordning att vistas på offentliga platser när man är sjukskriven medan det på andra håll skulle vara otänkbart. De utbrända visade på hur angeläget det var att vinna klarhet i reglerna för hur man skulle bli bemött socialt.

En kvinna i ett av nätverken förklarade kort sin delaktighet i föreningslivet på följande vis: ”Att inte ha något arbete gjorde mig mycket frustrerad, och för att få känna mig delaktig i något socialt sammanhang engagerade jag mig ideellt i flera olika föreningar.” Nätverkskamraterna kunde således liknas vid en sorts ställföreträdande arbetskamrater. Det var tillsammans med dem som man fikade, lättade sitt hjärta, utbytte skvaller och nyheter, arrangerade och genomför projekt. En genklang uppenbarade sig inom den egna gruppen, där medlemmarna visade absolut gehör för varandras belägenhet och sinnesstämning.

Deltagarna i dessa nätverk strävade efter att vara så neutrala och normala som möjligt. Samtidigt var ju deras huvudsakliga uppgift att manifesteras och bevara separationen mellan sjuka och friska, mellan de normala och avvikande. Men avvikelserna skulle äga rum inom socialt accepterade former. Medlemmarna rekryteras således inom den egna kategorin. Kommunikationen med omgivningen skedde i huvudsak genom de kanaler som föreningslivet erbjöd. De lokala politikernas närvaro i en förhandling, informationsbladen till en konferens och stadsdelsnämndens ekonomiska understöd till en föreningsverksamhet var alla exempel på hur avvikelser fick att passa in i ett etablerat beteendemönster. Att ägna sig åt organisatorisk verksamhet var i alla avseenden en socialt och kulturellt accepterad form av sysselsättning, såväl för de som var friska och arbetade som för dem som var sjukskrivna. Samhället behöver inte ägna den någon större uppmärksamhet och de sjuka kan använda den för att skyla över de misspyrdande fläckarna på den personliga karaktären, vilket Goffman möjligen skulle kategorisera utbrändhet som (Goffman 1972:14).

Nu blev den här tillhörigheten samtidigt en fälla för medlemmarna, eftersom den inte visade på tydliga vägar tillbaka in i den större gemenskapen. Det hände något med dem som umgicks med andra sjuka människor, dag efter dag, månad efter månad, år efter år. Katarina som var ledare för ett av dessa nätverk för sjukskrivna misstänkte att det inte alltid var så vettigt. Det fanns en uppenbar risk att man fastnade i ältandet av sina problem och utvecklade en form av sjukidentitet som byggde på misstro. ”Vi måste omhulda dem för att de ska komma hit och de måste få gotta sig i sina problem när de är här”, sade hon. Att diskutera dessa frågor öppet med människor som har mått dåligt länge och som har självkänslan i botten är inte lätt, menade Katarina. När sjukdomsidentiteten var det enda som fanns att hålla fast vid och denna ännu inte fått en plats i den lokala föreställningsvärlden, var det lätt att den slog över till en allmän samhällskritik. Förtroendet inom gruppen ökade i själva verket avståndet till världen runt omkring.

Förtroendet i samhället byggde på att man erkände det sociala kapital som fanns i gemenskapen. Ett steg från någonting blev per automatik också ett steg mot någonting man kanhända inte räknat med. Parallellt med etableringen av den starka gemenskapen inom gruppen uppstod ett främlingskap i förhållande till omgivningen. Det är en process som antropologen Tomas Hylland Eriksen förklarar med viss metaforisk humor, när han skriver att vissa gemenskaper är att likna vid omvända kylskåp: ”Deras uttalade syfte är att skapa värme inåt, men för att åstadkomma det måste de, närmast

oavsiktligt, skapa kyla utåt. Exakt motsatsen till vad ett kylskåp gör, med andra ord” (Eriksen 2004:55).

Så blev också den formen av sjukdomar som inte riktigt gick att hantera lokalt, också en utmaning av en fungerande gemenskap. Det förefaller rimligt att anta att den vi-känsla som följer de drabbade på denna resa kunde leda till ett permanentande av det egna sjukdomstillståndet. Och att det egentligen var lika mycket en gemenskap som baserade sig på brist på förtroende utåt som ett sökande efter ett socialt sammanhang i närheten. Möjligen avspeglar detta också det dilemma man riskerar att hamna i när den lokala gemenskapen inte bildar underlag för ett förtroende för samhället som helhet.

Känsla för gemenskap

Våra resultat visar på nödvändigheten av att i studier av *community* kombinera den ganska stelbenta föreställningen om lokal kultur, med en som tillmäter rationella val, förväntan och känslomässigt engagemang ett större värde. Det rör sig då inte om ett engagemang som utgår från gemensamma minnen och historia, utan från antaganden om hur andra människor i lokalsamhället kan tänkas agera, om de befunde sig i en likartad situation – alltså det vi kallat *den inteaktiva rationaliteten*. Folk visade sig vara beredda att anpassa sitt beteende om de trodde att de kunde lita på att de flesta i deras *community* i en likartad situation också skulle följa sådana normer. Nu var regionerna mycket olika i förhållande till sitt näringsliv. För oss var det inte självklart att ta ekonomin som startpunkt, utan vara öppna för att kulturen på platsen också hade en djup inverkan på näringslivet.

Ordet rationalitet lägger som vi sett, för starkt fokus vid det medvetna kalkylerande. Vad vi fann var i stället ett känslomässigt engagemang som inte socialiserats som en form av djupt liggande samhällligt etos.²⁹ I stället handlade det om en form av framåtriktade förhoppningar som var möjliga att ta till sig också för dem som kom som inflyttare till samhällena. Ett talande exempel var de två ”friska” småländska samhällena (Gislaved och Nässjö) som rymde invånare folk från Finland, Jugoslavien, Grekland, Somalia och Irak. Och det pendlarsamhälle som helt hade tagits över av inflyttare med villadrommen framför ögonen (Mullsjö).

Människor fyller från dag till dag sin *community* med mening och det var en mening som var lätt att ta till sig också för de ”centralbyråkrater” – från administratörer till läkare och vårdpersonal – som kom till orten. I läkarnas diagnoser och i administratörernas arbeten kunde vi utläsa hur känsliga de var för de diagnoser som ”gick hem” och de stödformer som var lokalt acceptabla.

Hur hoppet fungerar som själva grunden för att våga sträcka ut handen, engagera sig i nätverk, bygga upp det vi kallat ett socialt kapital har också diskuterats av Ghassan Hage (2003). Hoppet ser han mer som en känsla än ett kognitivt fenomen – något som t ex utmärker filosofen Ernst Bloch (1995). ”It is the perceived capacity to exercise some mastery over life and it stands in opposition to helplessness (Hage 2003:25). Det gör det liktydigt med den formen av kroppslig förvisning som ligger närmare trons domäner – eller snarare den djupa tillitens. Det bygger på insikten att jag *kan*, mer än att jag *vet* (Merleau-Ponty 2002, Frykman & Gilje 2003). Det omfattar det

²⁹ Med ordet ”etos” brukade man inom kulturvetenskaperna fånga upp ett samhälles känslomässiga stämning. Då såg man på etos som ett knippe av attityder som var av så grundläggande art att de formades i den intersubjektiva relationen mellan mor och barn (Bateson 1972:108). Detta förutsätter då att invånarna i de olika samhällena tillägnat sig en viss habitus sedan barnabarnen.

nästan fysiska förtroendet för att framtiden kommer att ordna sig, att saker hamnar på rätt plats – och att där finns ett utrymme för mig också. Den formen av hopp kan leva i samhällen som varken är instängande eller uteslutande; där människor känner att nya handlingsmöjligheter hela tiden står till buds för dem. Hoppet har en sällsynt förmåga att komprimera tiden, att magiskt berätta att framtiden redan är här. Villkoret för att det skall fungera är att hoppet inte är utopiskt utan pekar ut att förändring kommer att ske snart.

Detta var inget metafysiskt hopp, utan grundat i vardagliga mikroprocesser likaväl som i mötet med statliga institutioner. De olika föreningarna gav – i sann Putnamsk anda upphov till förtroende och lade grunden för att börja bygga ett personligt socialt kapital. I föreningarna cirkulerade information om andra människor i samhället, och där gavs samtidigt insikt om hur villkoren för andra. Men än viktigare än denna ganska uppenbara träning i byggandet av socialt kapital visade det täta föreningslivet också på något annat. Nämligen att chansen för mig var beroende av chansen för andra – för grannarna, arbetskamraterna, för samhället som helhet. Det är lättare att hoppas om man omges av optimister. ”Vars och ens fria utveckling är förutsättningen för allas fria utveckling”, som Marx skulle sagt det.

Men här fyllde försäkringskassorna och vården också uppgifter. När folk uppfattade att dessa instanser var rimligt effektiva – ja då såg de också att samhällets tillgångar blev legitimt fördelade. De var nödvändiga instrument för att skapa förtroende på det allmänna planet och trygghet på det individuella. De upprätthöll en ordning som inte såg till person utan till rättigheter. Det är det som Hage kallat samhällets instrument för *the social distribution of hope* – dess ”sociala fördelning av hopp”. Är hoppet ojämnt fördelat ser man att andras framgång sker på bekostnad av min egen. Fördelning måste vara så genomskinlig att alla kunde få insikt i hur den skedde. Det intressanta i vår undersökning var då att det sällan var det faktiska understödet som ingav hopp. Det var i stället övertygelsen om att hjälpen fanns att få där om man skulle behöva den, som väckte förtroende.

Ohälsa och förtroende

I snävare bemärkelse har undersökningen visat vad som händer när välfärds-samhällets politik omsätts i praktiken. Tillämpningen av ett gemensamt regelverk har fått högs olika konsekvenser i de två regioner vi studerat. Visserligen kom de grundläggande ideal och värderingar som välfärds-politiken byggde på, att delas av de flesta av invånarna i de olika bygderna. Men vad som skedde var att skillnaden mellan värdering och handling kom i tydlig dager när regler omsattes i praxis. Det fanns helt enkelt olika utrymmen för folk att gå sjukskrivna. Såväl folk i allmänhet som administratörer och läkare var medvetna om detta.

I Jämtland kunde vi se hur invånarnas starkt engagerade sig för det samhälle de byggt upp. Men samtidigt måste de hantera insikten om att vara en marginaliserad och förfördelad del av landet. Förtroendet för lokala lösningar skärptes av att man hade en yttre kraft att profilera sig emot. Slöt man sig bara samman och fann lösningar för att samhällena skulle överleva,

skulle detta vara ett sätt att inteckna framtiden. Sjukskrivningar blev i det sammanhanget en av de olika utvägar som prövades. Det gav en möjlighet för folk att hålla sig kvar och invänta en bättre framtid. I dessa jämförelsevis starkt sammanhållna bygder blev därför de höga ohälsotalen delvis en chimär. De vittnade inte så mycket om ohälsa som om en kultur som satte upp sina egna regler och använde sig av samhällets institutioner för att lösa lokala problem. En form av regionalt stöd, med risken att folk verkligen kom att identifiera sig med sina diagnoser och stärkas i sin misstro mot samhället i allmänhet. Öppenheten mot omvärlden var stor, enligt samstämmiga deklARATIONER och man försökte på olika sätt att få folk från andra delar av landet eller invandrare att flytta hit. Men med mycket liten framgång. Förklaringen kan vara att rent geografiska – eller en följd av att bygdegemenskapen fungerade avstötande. Detta underbyggde förstås misstanken att man var bortvald, men minskade inte känslan av gemenskap inom bygden.

Hoppet är en ömtålig vara – den blev lätt kantstött om den inte hanteras med största varsamhet. När yttre hot anmäler sig finns det risk för att de känslor som tar överhanden är ångslan – *worrying* (Hage 2003:22f). Och det är en känsla som kan uppträda som en veritabel energitjuv. *Worrying* utvecklas inom det som Robert Putnam benämnt ”inbundet social kapital”, eller vad Bo Rothstein benämnt ”partikulär tillit” (Rothstein 2003). En sådan kännetecknas av att man hyser förtroende för en snäv krets: familjen, släkten byn men utvecklar en misstro mot samhället och dess institutioner i allmänhet.

I Småland formades det lokala inte i kontrast till landet som helhet. Den verksamhet som tog form där närdes av att man såg sig som förebild också till hur andra i Sverige skulle fungera. Här verkade det som om moderniteten med dess entreprenörskap, rörlighet, arbetsinvandring, etniska och religiösa blandning, rika personliga kontakter utåt och formaliserade nätverk inåt lagt grunden för en uthållig optimism. Här var staten närvarande som en form av bakomliggande försäkring, men ju mindre man hade att göra med den, desto större hopp för framtiden hyste man. Lokalsamhället levde starkt tack vare sin framtid och inte så mycket genom sitt förflutna. Museer, åberopandet av historia och kulturarv, långa traditioner eller place-marketing värdjade inte till nostalgien utan till själva grunderna för dagens framgång.. Här var också människor påfallande friska – mätt i termer av nivån på deras sjukskrivningar.

Man skulle med Putnams termer kalla den form av socialt kapital som växte i denna miljö för ”överbryggande”, eller med Rothsteins begrepp, för ”genrellt.” Det befäster gränserna mellan den grupp som innehar kapitalet och resten av samhället. Det var gränsöverskridande och stärkte banden till det omgivningen. I sådana samhällen tenderar folk att lita på andra människor i allmänhet. I dessa samhällen finns en tillit till att man också kan påverka sin egen situation och de ”*uppfattar det omgivande samhället på ett positivt sätt och är av uppfattningen att om man följer ’spelets regler’ blir man också rimligt gott belönad*” (Rothstein 2003:158).

Sådana former av tillit var inget som luftlandsattes i Jämtland eller Småland, utan resultatet av människors sätt att bygga community och fylla dem med

mening. Tillsammans med de ekonomiska villkoren och den statliga administrationen var de delar av det vi kan kalla för en lokal community med dess kultur. Folk använde sig aktivt av vad den centrala administrationen och vården erbjöd för att forma denna community. I det ena fallet utvecklades en självständighet parad ett motsträvigt beroende. I det andra ett oberoende som baserades på tilltro till att den egna kulturen kunde vara föredömlig för resten av samhället.

Vår undersökning de många sjukskrivningarna lyfte fram några tydliga processer som går långt utöver kunskapen om hur livet såg ut i Jämtland eller Småland. Inledningsvis nämnde vi hur sjukskrivningar blivit ett slags varningstecken, bland politiker som tecken på ”utanförskap”; bland social- och stressforskare som tecken på att människor inte är skapade för de påfrestningar det moderna samhället bjuder osv. Synsättet anknyter till klichéerna om det nomadiska, fragmenterade, osäkra och platslösa i samtiden. Den här undersökningen visar att frågan inte gäller *om* familjen, nätverken, lokalsamhället spelar någon roll utan *hur*. Av våra emiriska studier kan man dra vissa slutsatser om detta.

Paradoxalt nog verkade det finnas stora hälsorisker förbundna med att hålla fast i det som är bestående och ger omedelbar trygghet för dagen. Det var just *avsaknaden* av det moderna livets utmaningar och många möjligheter som gjorde folk sjukskrivna – inte motsatsen. I sådana områden där man genom näringslivet var djupt indragen i de globala processerna, där man levde av lönearbete och där den kulturella mångfalden var stor och föreningslivet rikt, där var talen för ohälsa också jämförelsevis låga. Hälsan, hoppet och förtroendet grodde i miljöer där förändring och uppbrott var dagens lösen. Omvänt verkade ohälsotalen gå upp i de delar av Sverige där folk var bundna till platsen med släkt och familj, levde ett naturnära liv och slog vakt om det genuina och särpräglade.

Referenser

- Aguilera, M. B. 2000: The Impact of Social Capital on Labor Force Participation. *Social Science Quarterly* 83 (3):853-874.
- Alesina, Alberto, and Eliana La Ferrara. 2005: Ethnic diversity and economic performance. *Journal of Economic Literature* 43 (3):762-800.
- Amit, Vered 2002 (ed): *Realizing Community- Concepts, social relationships and sentiments*. London and New York: Routledge.
- Arias, Enrique Desmond. 2002: The Trouble with Social Capital: Networks and Criminality in Rio de Janeiro. Boston: Annual Meeting of the American Political Science Association.
- Anderson, Benedict 1983: *Imagined Communities*. London: Verso.
- Andresen, Jesper & Thomas Höjrup 2008: The Tragedy of Enclosure. The Battle for Maritime Resources and Life-Modes in Europe. *Ethnologia Europaea*, 38:1. 29-41.
- Appadurai, A, 1996: *Modernity at Large. Cultural Dimensions of Globalisation*. Minneapolis and London: University of Minnesota Press.
- Arrelöv, Britt. 2006: Läkares beslut om sjukskrivning – en konfliktfylld handling. In: Edlund, Curt & Marianne Upmark (ed): *Den komplexa sjukfrånvaron*. Lund: Studentlitteratur.
- Augé Marc 2000: *Non-Places: Introduction to an Anthropology of Supermodernity*. Verso: London & New York.
- Bacchi, Carol Lee, 1999: *Women, Policy and Politics. The Construction of Policy Problems*. London, Thousand Oaks & New Delhi: SAGE.274, 1931-34.
- Ballard, Karen & M A Elston, 2005: Medicalisation: A Multi-Dimensional Concept. *Social Theory and Health*, 3(X), 228-241.
- Barsky, Arthur J & Jonathan F Borus, 1995: Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care. *Journal of American Medical Association*.
- Bauman, Zygmunt 1992: *Intimations of Postmodernity*. London: Routledge.
- Berman, Sheri, 1997: Civil Society and the Collapse of the Weimar Republic. *World Politics* 49 (3):401-429.
- Bjørnskov, Christian, 2007: Determinants of generalized trust: A cross-country comparison. *Public Choice* 130 (1-2):1-21.

- Blech, Jörg, 2006. *Inventing Disease and Pushing Pills*. Abingdon, New York: Routledge.
- Blehr, Barbro 1994: *Lokala gemenskaper : en studie av en nordsvensk by på 1980-talet*. Stockholm: Carlsson bokförlag
- Bloch, Ernst 1995: *The Principle of Hope, Vol. 1* (Studies in Contemporary German Social Thought) by Neville Plaice, Stephen Plaice, and Paul Knight.
- Brante, Thomas, 2006: Den nya psykiatrin: exemplet ADHD. In Hallerstedt, Gunilla (ed.): *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Bringslid, Mary Bente 1996: *Bygda og den framande. Ein studie av det lokales de- og rekontekstualisering i ei vestnorsk bygd*. Bergen: Avhandling i antropologi.
- British Medical Journal*, 2002: Too Much Medicine. (Special Issue, vol. 324, no. 7342).
- Brox, Ottar 1966: *Hva skjer i Nord-Norge? : En studie i norsk utkantpolitikk*. Pax-bøkene ; 39 Oslo : Pax.
- Brulin, G & E Ekstedt, 2003: Ett hållbart arbetsliv kräver legitimitet – dags för ett nytt arbetsorganisatoriskt kontrakt” in von Otter, C (ed) *Ute och inne i svenskt arbetsliv*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Castells, Manuel 1996: *The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture, Vol. I*. Cambridge, MA; Oxford.
- Claiborn, Michele P, and Paul S Martin, 2000: Trusting and joining? An empirical test of the reciprocal nature of social capital. *Political Behavior* 22 (4):267-291.
- Clarke, Adele E, Janet K Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, and Jennifer R Fishman, 2005: Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. In: Conrad, Peter (ed): *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers.
- Coffé, Hilde & Benny Greys, 2006: Community Heterogeneity: A Burden for the Creation of Social Capital? *Social Science Quarterly* 87 (5):1053-1072.
- Coleman, James S. 1990: *Foundations of Social Theory*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Cohen, David, Michael McCubbin, Johanne Collin, Guilhème Pérodeau, 2005: Medications and the Pharmaceutical Industry. In: Conrad, Peter (ed): *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers.

Conrad, Peter, 1992: Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18(X), 209-232.

Conrad, Peter, 2005: The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behaviour*, 46(X), 3-14.

Conrad, Peter & Joseph W Schneider, 1980: Looking at Levels of Medicalization: A Comment on Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism. *Social Science Medicine* 14A, 75-79.

Conrad, Peter & Joseph W Schneider, 1980/1992: *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

Conrad, Peter & D Potter, 2000: From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations in the Expansion of Medical Categories, *Social Problems* 47(4), 559-583.

Conrad, Peter & Joseph W Schneider, 2005: Professionalization, Monopoly, and the Structure of Medical Practice. In: Conrad, Peter (ed): *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers.

Conrad, Peter & Valerie Leiter, 2004: Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45 (Extra Issue: Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics), 158-176.

Crang, Michael & Nigel Thrift, 2000: *Thinking Space*. London and New York: Routledge.

Daun, Åke, 1969: *Upp till kamp i Båtskärsnäs*, Stockholm: Prisma.

Delanty, Gerard 2003: *Community*. London & New York: Routledge.

Delhey, Jan, and Kenneth Newton, 2003: Who trusts? The origins of social trust in seven societies. *European Societies* 5 (2):93-137.

Delhey, Jan, and Kenneth Newton, 2005: Predicting cross-national levels of social trust: Global pattern or nordic exceptionalism? *European Sociological Review* 21 (4):311-327.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR (2000, 4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Dinesen, Peter Thisted, 2006: *Social tillid, civilsamfund og institutioner - En empirisk analyse af årsager til social tillid i Europa*, Department of Political Science, Aarhus University, Aarhus, Denmark.

Eckstein, H. 1991: *Regarding politics. Essays on political theory, stability and change*, (University of California Press).

Edelmann, M. 1988: *Constructing the Political Spectacle*. Chicago: University of Chicago Press.

Engelhardt, H. T. 1974: The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease. *Bulletin of the History of Medicine*, 48(X), 234-248.

- Fairclough, N. 1992: *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Fischer, Frank, 2003: *Reframing Public Policy. Discursive Politics and Deliberative Practices*. Oxford: Oxford University Press.
- Fischer & J Forester (eds) 1993: *The Argumentative Turn in Policy Analysis and Planning*. London: UCL Pres.
- Foucault, M. 1965: *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. 1972: *The Archaeology of Knowledge*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. 1973: *The Birth of the Clinic*. New York: Vintage Books.
- Foucault, M. 1977: *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintage.
- Foucault, M. 1978: *The History of Sexuality: Vol. 1. An Introduction*. New York: Pantheon.
- Fox, C.J. & H.T. Miller, 1995: *Postmodern Public Administration: Towards Discourse*. London: Sage.
- Freitag, Markus, and M. Buhlmann, 2005: Political institutions and the formation of social trust. An international comparison. *Politische Vierteljahresschrift* 46 (4):575 ff.
- Friedländer, Saul, 1999: *Förföljelsens år 1993-1939. Tredje riket och judarna, första delen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Frykman, Jonas & Nils Gilje 2003: *Being There: New Trends in Phenomenology and the Analysis of Culture*. Lund: Nordic Academic Press.
- Frykman, Jonas & Kjell Hansen 2005: Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur. *Försäkringskassan. Analyserar 2005:4*.
- Frykman, Jonas & Kjell Hansen 2008: Les cultures locales et l'état providence. *Ethnologie Francais*, pp 255 – 266.
- Fukuyama, Francis, 1995: *Trust : the social virtues and the creation of prosperity*. New York: Free Press.
- Gerth, H. H. & Mills, C. W. 1946: *From Max Weber: Essays in sociology*, New York, Oxford University Press.
- Giddens, Anthony 1991: *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, Anthony 2005: *Debating the Social Model: Thoughts and Suggestions*. Policy Network.net.
- Goffman, Erving, 1961: *Asylums*. Garden City: Anchor Press.

- Goffman, Erving (1963) *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Gove, Walter, 1980: *The Labelling of Deviance: Evaluating a Perspective*. Beverly Hills: Sage.
- Goine, Hans & Edlund, Curt 2003: *Regionala skillnader i försörjningskostnad. Sammanlagda kostnader för sjukpenning, förtidspension, aktivitetsstöd, arbetslöshetsersättning och socialbidrag i 52 kommuner i fem län*. Försäkringskassornas Förbund. Fakta och Debatt nr 2, 2004.
- Granovetter, Mark, 1985: Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology* 91 (3):481–510.
- Hage, Ghassan 2003: *Against Paranoid Nationalism. Searching for Hope in a Shrinking Society*. Annandale: Pluto Press Australia.
- Hansen, Kjell 1998: *Välfärdens motsträviga utkant. Lokal praktik och statlig styrning i efterkrigstidens nordsvenska inland*. Lund: Historiska Media.
- Hansen, Kjell 1999: Emerging Ethnification in Marginal areas of Sweden. *Sociologia Ruralis*, vol. 39, no 3.
- Hardin, Garrett. 1968: The Tragedy of the Commons. *Science* 612:1243-1268.
- Harvey, David, Justice 1996: *Nature and the Geography of Difference*, Oxford: Blackwell
- Hastings, Annette 1998: Connecting Linguistic Structures and Social Practices: A Discursive Approach to Social Policy Analysis. *Journal of Social Policy* 27(2), 191-211
- Herreros, Francisco. 2004: *The Problem of Forming Social Capital: Why Trust?* New York: Palgrave/Macmillan.
- Herzfeld, Michael 1991: *The Social Production of Indifference: Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy*. New York: Berg.
- Hjörne, Eva, 2004: Excluding for Inclusion. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Hjörne, Eva, 2005: Negotiating the 'problem-child'. Child identity, parenting, and institutional agendas." *Qualitative Social Work* 4(4), 489-507.
- Holmqvist, Mikael, 2005: *Samhall. Att bli normal i en onormal organisation*. Stockholm: SNS Förlag.
- Holmqvist, Mikael, 2006: Medikalisering av arbetslöshet: en organisations-teoretisk analys. In: Holmqvist, Mikael & C(X) Maravelias (red.) *Hälsans styrning av arbete*. Lund: Studenlitteratur.

- Hooghe, Marc, and Dietlind Stolle, eds. 2003: *Generating Social Capital: Civil Society and Institutions in a Comparative Perspective*. New York: Palgrave/Macmillan.
- Hoppe (1993 in Fischer & J Forester (eds), 1993: *The Argumentative Turn in Policy Analysis and Planning*. London: UCL Pres.
- Höjrup, T. 2002: *Dannelsens Dialektik*. København: Museum Tusulanum.
- Illich, I. 1976: *Limits to Medicine*. New York: Pantheon Books.
- International Classification of Diseases, ICD-10* (1992). WHO.
- Jones, Bryan D. 1999. Bounded Rationality. *Annual Review of Political Science* 2:297-321.
- Johannisson, Karin, 1994: *Den mörka kontinenten*. Stockholm: Nordstedts.
- Kendell, R E. 1986: What are Mental Disorders? In: Freedman, A M, R Brotman, I Silverman & D Hutson (eds): *Issues in Psychiatric Classification: Science, Practice and Social Policy*. New York: Human Sciences Press.
- Kershaw, Ian. 2000. *Hitler. 1889-1936: Hubris*. London: Penguin Books.
- Kim, Ji-Young. 2005: "Bowling Together" isn't a Cure-All. The Relationship between Social Capital and Political Trust in South Korea. *International Political Science Review* 26 (2):193-213.
- Kornai, János, Bo Rothstein, and Susan Rose-Ackerman, 2004: *Creating Social Trust in Post-Socialist Transition*. New York: Palgrave/Macmillan.
- Korpi, Walter, and Joakim Palme, 1998: The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review* 63 (5):661-687.
- Krishna, Anirudh, 2002: *Active social capital tracing the roots of development and democracy*. New York: Columbia University Press.
- Kumlin, Staffan, and Bo Rothstein, 2005: Making and Breaking Social Capital. The Impact of Welfare State Institutions. *Comparative Political Studies* 38 (4):339-365.
- Kumlin, Staffan, and Bo Rothstein, 2007: Minorities and mistrust: The Cushioning Impact of Informal Social Contacts and Political-Institutional Fairness. Helsinki: European Consortium for Political Research - Joint Session of Workshops, April 7-12, 2007.
- Kärfve, Eva, 2000: *Hjärnspöken. DAMP och hotet mot folkhälsan*. Stockholm: Symposium.

- van Lange, Paul A., Wim Liebrand, David A. Messick, and Henk Wilke, 2000: *Social Dilemmas: The State of the Art*. In *Social Dilemmas: Theoretical Issues and Research Findings*, edited by W. Liebrand, D. Messick and H. Wilke. London: Pergamon Press.
- Le Faun, J. 2000: *The Rise and Fall of Modern Medicine*. London: Abacus.
- Leigh, Andrew, 2006: Trust, Inequality and Ethnic Heterogeneity. *The Economic Record* 82 (258):268-280.
- Lemke, J. L. 1995: *Textual Politics: Discourse and Social Dynamics*. London: Taylor and Francis.
- Levi, Margaret. 1996. Social and Unsocial Capital. A Review Essay of Robert Putnam's *Making Democracy Work*. *Politics & Society* 24 (1):45-55.
- Lidwall, Ulrik & Peter Skogman Thoursie, 2001: Sickness Absence during the Last Decades. In: Marklund, Staffan (ed.): *Worklife and Health in Sweden 2000*. Stockholm: National Institute for Working Life.
- Lidwall, Ulrik, Staffan Marklund & Peter Skogman Thoursie, 2005: Sickness Absence in Sweden. In: Gustafsson, Rolf Å & Ingvar Lundberg (eds.): *Worklife and Health in Sweden 2004*. Stockholm: National Institute for Working Life.
- Lindqvist, R. 1990. *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemets utveckling 1900-1990*, (Lund, Arkiv).
- Lindkvist, Rafael (1997) (red.) *Medikalisering, professionalisering och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Lipsky, M, 1980: *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*, (New York, Russell Sage Foundation).
- Lloyd, G, Cohan, D & J Stead (eds.) 2006: *Critical New Perspectives on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. Oxon: RoutledgeFalmer.
- Loe, M (2004) *The Rise of Viagra*. New York: New York University Press.
- van Londen, Selma & Arie de Ruiter: *Sustainable Diversity*. Working paper within the EU Network of Excellence: susdiv.org.
- Lundén, Mia Marie (Hammarlin) 2005: The Price of Burn-out or Burn-out as Price? *Ethnologia Scandinavica*.
- Löfgren, Orvar, 1978: *Fångstmän i industrisamhället. En halländsk kustbygds omvandling 1800-1970*. Lund:Liber.
- Löfgren, Orvar & Billy Ehn 2001: *Kulturanalyser*. Malmö: Gleerups förlag.
- Malacrida, C. 2004: Medicalization, ambivalence and social control: mothers' description of educators and ADD/ADHD. *Health* 1(X), 61-80.

- Marklund, S & T Theorell, 2005: Lärdomar av sjukfrånvarokrisen. In: Marklund, S et. al. (ed): *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Matza, David (1969) *Becoming Deviant*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- McKinlay, John B & Lisa D Marceau, 2002: The End of the Golden Age of Doctoring”, *International Journal of Health Services* 32(X), 379-416.
- McKinlay, John B. 2005: A Case for Refocussing Upstream: The Political Economy of Illness. In: Conrad, Peter (ed): *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers.
- Melucci, Alberto 1992: *Nomader i nuet. Sociala rörelser och individuella behov i dagens samhälle*. Göteborg: Daidalos.
- Miller, Gary J. 1996: *Hierarkins ekonomi: att styra effektiva organisationer*. Translated by S. Karlsson. 1st ed. Stockholm: SNS.
- Moynihan, Ray & Richrad Smith, 2002: Too Much Medicine? *British Journal of Medicine* 324 (April), 859-860.
- Nannestad, Peter, and Gert T. Svendsen, 2005: *Institutions, Culture and Trust*. Göteborg: *The Quality of Government Institute*, Göteborg University.
- North, Douglas, 1990: *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- North, Douglass C. 2006: What is missing from political economy. In *Handbook of Political Economy*, edited by B. R. Weingast and D. Wittman. Oxford: Oxford University Press.
- Olofsdotter Stensöta, H. 2006: Försäkringskassans handläggare - på vems sida står de? Sjukförsäkring. *Kulturer och attityder*. Stockholm, Försäkringskassan).
- Olofsdotter Stensöta, H. 2008a: The conditions of care. Reframing the debate on public service ethics. *Public Administration Review (R&R PAR 28 april 2008)*.
- Olofsdotter Stensöta, H. 2008b: "Snällism", stränga högerattityder och sjukskrivningar. *Spelar välfärdsadministratörernas attityder någon roll?*
- Ostrom, Elinor, 1990: *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*. New York: Cambridge University Press.
- Ostrom, Elinor, 1998: A Behavioral Approach to the Rational Choice Theory of Collective Action. *American Political Science Review* 92 (1):1-23.
- Ostrom, Elinor, and T. K. Ahn, 2001: A Social Science Perspective on Social Capital: Social Capital and Collective Action. Exeter, U.K.: Social Capital: Interdisciplinary Perspectives.

- Palmer, Ed 2004: Sjukskrivningen I Sverige, en inledande översikt. I: Hogstedt et al (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut R 2004:15.
- Palmer, Ed 2003: Svensk sjukskrivning i ett internationellt perspektiv. I: Swedenborg, Birgitta: (red): *Varför är svenskar så sjuka?* Stockholm: SNS Förlag.
- Palmer, Ed, 2005: Sjukskrivning och förtidspension de närmaste åren. In: Marklund, S et. al. (ed): *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Pierson, P. 1999: Increasing returns, path dependency and the study of politics. *American Political Science Review*, 94.
- Prakash, Sanjeev, and Per Selle, eds. 2004: *Investigating Social Capital*. London: SAGE.
- Putnam, Robert D, Robert Leonardi, and Raffaella Y Nanetti. 1993: *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Putnam, Robert D. 1996: *Den fungerande demokratin: Medborgarandans rötter i Italien*. Stockholm: SNS Förlag.
- Putnam, Robert D. 2001a: *Den ensamme bowlaren : den amerikanska medborgarandans upplösning och förnyelse*. 1. uppl. ed. Stockholm: SNS förlag.
- Putnam, Robert D., ed. 2001b: *Dynamics of Social Capital*. Oxford: Oxford University Press.
- Putnam, Robert D. 2007: E pluribus unum: Diversity and community in the twenty-first century the 2006 Johan Skytte Prize Lecture. *Scandinavian Political Studies* 30 (2):137-174.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., Nanetti, R. & Ebrary I. 1993: *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*, (Princeton, N.J., Princeton University Press).
- RFV Analyserar* 2002:11; Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RFV Analyserar* 2002:16: Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete. En första beskrivning av resultaten från undersökningen om Hälsa, Arbetsförhållanden, Livssituation och Sjukskrivning. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RFV Analyserar* 2003:4 : Regionala skillnader i sjukskrivningar. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RFV Redovisar* 2002:8: Långtidssjukskrivna – regionala skillnader i diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete. Stockholm: Riksförsäkringsverket.

RFV Redovisar 2003:4: *Långtidssjukskrivna – egenskaper vid 2003 års RFV-LS-undersökning.*

RFV, Enheten för analys 2003-03-03: *Regionala skillnader i sjukskrivning – Hur ser de ut och vad beror de på?* Stockholm: Riksförsäkringsverket

Raybeck, Douglas, 1988: Anthropology and Labeling Theory: A Constructive Critique. *Ethos* 16(4), 371-397.

Relman, Arnold S. 2005: The Health Care Industry: Where Is It Taking Us? In: Conrad, Peter (ed): *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers.

Riska, Elianne, 2003: Gendering the Madicalization Thesis. *Advances in Gender Research* 7(X), 61-89.

RocheFord & R Cobb. 1993: Problem definition, agenda access, and policy choice. *Policy Studies Journal* 21(1), 56-71.

Robertson, Roland 1992: *Globalization: Social Theory and Global Culture*. London: Sage.

Rothstein, Bo, 2001: The Universal Welfare State as a Social Dilemma. *Rationality and Society* 14 (2):190-214.

Rothstein, Bo, 2005a: *Social Traps and the Problem of Trust*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rothstein, Bo, 2005b: Vilka är det som litar på sina medmänniskor. In: *Lyckan kommer, lyckan går (SOM-undersökningen 2004)*, edited by S. Holmberg and L. Weibull. Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet.

Rothstein, Bo, and Dietlind Stolle, 2007: The State and Social Capital: An Institutional Theory of Generalized Trust. *Forthcoming in Comparative Politics*.

Rothstein, Bo, and Eric M. Uslaner, 2005: All for All. Equality, Corruption and Social Trust. *World Politics* 58 (3):41-73.

Sennett, Richard 1999: *The Corrosion of Character: Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. W.W. Norton & Co Ltd, USA.

Shields Rob 1992: *Places on the Margin. Alternative geographies of modernity*. London & New York: Routledge.

Schram, Sanford F. 2000: In the Clinic. The Medicalization of Welfare. *Social Text* 18(1), 81-108.

Siegel Watkins, Elizabeth, 2007: The Medicalization of Male Menopaus in America. *Social History of Medicine* 20(2), 369-388.

Solvang, P. 1999: Medikalisering av problem i skolan. *Locus* 2(X), 17-29.

- Soto, H. D., 2001: *The mystery of capital* (London, Black Swan).
- SOU 1996:64. *Försäkringskassan Sverige*.
- Starr, Paul, 1982: *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Stewart, Kathleen, 1996: *A Space on the Side of the Road. Cultural poetics in an "Other" America*. Princeton: Princeton University press.
- Stolle, Dietlind, 2000: Clubs and Congregations: The Benefit of Joining Organizations. In *Trust in Society*, edited by K. S. Cook. New York: Russell Sage Foundation.
- Stone, Deborah, 1985: *The Disabled State*. London: Macmillan.
- Stone, Deborah, 1989: Causal stories and the formation of policy agendas. *Political Science Quarterly* 104(X), 281-300.
- Stone, Deborah, 1997: *Policy Paradox: The Art of Political Decisionmaking*. New York: W W Norton.
- Szasz, T., 1961: *The Myth of Mental Illness*. New York: Hoeber-Harper.
- Szasz, T., 1970: *The Manufacture of Madness*. New York: Harper & Row.
- Szasz, T., 1971: The Sane Slave", *American Journal of Psychotherapy* 25(X), 228-239.
- Sztompka, Piotr, 1998: Trust,, Distrust and Two Paradoxes of Democracy. *European Journal of Social Theory* 1 (1):19-32.
- Theorell, T. et. al. 2004: *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Ulmer, Jefferey T.1994: Revisiting Stebbins: Labeling and Commitment to Deviance. *The Sociological Quarterly* 35(1), 135-157.
- Ulmer, Jefferey T. 2000: Commitment, Deviance, and Social Control. *The Sociological Quarterly* 41(3), 315-336.
- Upmark, Marianne, 2006: Medikalisering – en orsak till ökad sjukfrånvaro? In: Edlund, Curt & Marianne Upmark (red.) *Den komplexa sjukfrånvaron*. Lund: Studentlitteratur.
- Uslaner, Eric M. 2002: *The Moral Foundation of Trust*. New York: Cambridge University Press.
- Uslaner, Eric M. 2007: Does Diversity Drive Down Trust? Helsinki: Paper presented at the European Consortium for Political Research - Joint Session of Workshops, May 2-11, 2007.
- Wakefield, Jerome C. 1992: The Concept of Mental Disorder. On the Boundary Between Biological Facts and Social Values", *American Psychologist* 47(3), 373-388.

Warren, Mark E. 1999. Democratic Theory and Trust. In *Democracy & Trust*, edited by M. E. Warren. New York: Cambridge University Press.

Welz, Gisela. 2004. Multiple Modernities. The Transnationalisation of Cultures. *Research Group Transnationalism Working Paper Number 5. July 2004*.

Wertz R W & D C Wertz. 1989: *Lying-In: A History of Childbirth in America*. New York: The Free Press.

Wollebæck, Dag, and Per Selle. 2002. Does Participation in Voluntary Associations Contribute to Social Capital? The Impact of Intensity, Scope, and Type. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 31 (1):32-61.

Wollebæck, Dag, Per Selle, and Håkon Lorentzen. 2001: *Frivillig insats: Sosial integrasjon, demokrati og økonomi*. Oslo: Fagbogforlaget.

You, Jong-Sung. 2006. A Comparative Study of Income Inequality, Corruption and Social Trust: How Inequality and Corruption Reinforce Each Other and Erode Social Trust (Ph. D. Diss.). Cambridge, Mass.: Harvard University, Kennedy School of Government.

Zak, Paul J., and Stephen Knack, 2001: Trust and Growth. *Economic Journal* 111 (470):295-321.

Zola, Irving Kenneth, 1972: Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*, 20(4), 487-504.

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2009:

- 2009:1 Hur länge spelar pappors föräldradighet roll? En studie av sambandet mellan pappors föräldradighet och deras kontakt med sina barn
- 2009:2 Trygghetens variationer. Om hälsa och lokal kultur