

## **Mellan vanor och faror Ett kulturanalytiskt perspektiv på äldre människors bruk av läkemedel**

Åsa Alftberg

Denna studie avser att undersöka den *mening* som mediciner skapar, och hur de påverkar människors vardagliga erfarenheter och identitetsskapande. Medicineringens relation till kroppsliga tecken och symptom påvisar den spänning som finns i synen på läkemedlet; mediciner som något farligt och riskfyllt men samtidigt med förmåga att förebygga och bota. Mediciners farlighet tycks delvis kunna motverkas genom den domesticering som sker i skapandet av rutiner kring läkemedlen. Resultatet påvisar en ambivalens i individens relation och interaktion med läkemedlen; en ständigt pågående balansgång mellan medicinen som vana eller fara.

**Nyckelord:** Medicinering, åldrande, kropp, rutiner, domesticering

**Between routines and risks. A cultural analysis of older people's use of medications:** This study aims to explore the meaning that is created when using medicines, and how medicines affect older people's experiences of everyday life and their identity. The connection between medicines and the body demonstrates the tension that the medications contain; something dangerous and unsafe but with the power to cure and prevent illness. The risks of medications seem to be counteracted through the domestication of the medicines through everyday routines. The result of the study shows the ambivalence in the interaction between older people and their medicines; a constant balancing act between the medication as routine and risk.

**Keywords:** Medicines, ageing, body, routine, domestication

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD .....	3
SAMMANFATTNING .....	4
1. INLEDNING .....	5
Läkemedel som ting .....	6
Åldrandets medikalisering .....	7
Material och metod .....	8
2. MEDICINERS TINGSLIGHET .....	11
Estetisering och domesticering .....	12
Tid och rutiner .....	18
Mediciners rumslighet .....	20
I det offentliga rummet .....	21
3. KROPPEN OCH LÄKEMEDLEN .....	24
En ofullständig kropp .....	25
Starka mediciner .....	27
Kroppen träder fram .....	29
4. AVSLUTANDE DISKUSSION .....	33
REFERENSER .....	35

## **FÖRORD**

Denna rapport är ett resultat av forskningsprojektet ”Medicineringens ideal och praktik. En etnologisk studie av äldre människors bruk av läkemedel”, finansierat av Erik Philip-Sörensens Stiftelse och Torsten Söderbergs Stiftelse. Tack till dessa, och ett stort tack till alla medverkande intervjupersoner!

### **Författarpresentation**

Åsa Alftberg är fil.dr. i etnologi vid Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet samt lektor vid Institutionen för socialt arbete, Malmö högskola. Hennes pågående forskning handlar om åldrande och hälsa, kropp och funktionsförmåga, och hur sambandet mellan kropp och materialitet är en del av människors meningsskapande och görande av identitet.

## SAMMANFATTNING

Äldre personer idag använder många läkemedel och användningen har ökat kraftigt de senaste tjugo åren. Läkemedel kan naturligtvis bidra till god livskvalitet, men genom vad som anses vara ett felaktigt användningssätt kan de istället försämra hälsan. Äldre personer anses generellt ha en högre risk för ett felaktigt användningssätt, så kallad bristande följsamhet. Bristande följsamhet kan förstås som ett normativt begrepp som belyser relationen mellan *ideal och praktik*, det vill säga förhållandet mellan läkarens ordination och hur läkemedlen hanteras av individen som använder dem. Detta blir särskilt intressant när vi beaktar att mediciner inte enbart har biologiska effekter; de medför också sociala och kulturella konsekvenser som inverkar på människors dagliga liv. Denna studie avser att ur ett kulturanalytiskt, etnologiskt perspektiv undersöka den *mening* som mediciner skapar, och hur de påverkar människors vardagliga erfarenheter och identitetskapande. Syftet är att undersöka hur individen använder läkemedlet, på vilket sätt medicineringen går till och vilken mening och betydelse som medicinen skapar.

Medicineringens relation till kroppsliga tecken och symptom påvisar den spänning som finns i synen på läkemedlet; mediciner som något farligt och riskfyllt men samtidigt med förmåga att förebygga och bota. Den egna kroppen övervakas därför ständigt och symptom och känningar utöver det vanliga leder till att uppmärksamheten riktas mot medicineringen och dess påverkan på kroppen. Kroppen och ordinationen ställs på så sätt ibland emot varandra och individen tvingas ta ställning till vad han eller hon ska följa och handla efter: upplevelsen av den egna kroppen eller den medicinska ordinationen.

Men medicinens farlighet tycks delvis kunna motverkas genom den domesticering som sker i skapandet och handhavandet av rutiner kring läkemedlen. Genom att införliva medicinerna i vanor och rutiner framträder de också som vanliga ting, som vilka föremål som helst som ska hanteras dagligen. Medicineringens sammankoppling med vardagliga rutiner leder till att när rutiner av olika anledningar ändras så frångås ordinationen. Rutinerna är också starkt knutna till tid och rum, vilket också påverkar möjligheten till att vilja eller kunna följa ordinationen.

Resultatet påvisar en ambivalens i individens relation och interaktion med läkemedlen; en ständigt pågående balansgång mellan medicinen som vana eller fara. Det sker oavbrutet en förhandling kring läkemedlets dubbla betydelser av vardaglig rutin respektive farlig substans.

## 1. INLEDNING

Jag frågar Maj hur många tabletter hon tar varje dag. ”Jag tar inte många” säger hon och går samtidigt fram till köksskåpet för att visa mig. ”Jag tar fem stycken per dag. Jag har dem här i köket.” (Fältanteckningar 2014-01-21)

Maj är 93 år gammal och hon använder fem läkemedel om dagen. Enligt hennes sätt att se är det inte särskilt många, och i vårt intervjusamtal verkar hon närmast uppfatta medicineringen som en naturlig del av åldrandet. Hon förklarar sig också vara ”ovanligt frisk för att vara så gammal och ha gått igenom så mycket.” Maj har flera svåra sjukdomar bakom sig tidigare i livet, och hon har också opererats för hjärtproblem för några år sedan.

Maj är inte ensam om att ta flera läkemedel varje dag. Äldre personer idag använder många läkemedel och användningen har ökat kraftigt de senaste tjugo åren. De som är 75 år och äldre utgör nio procent av befolkningen men konsumerar mer än en fjärdedel av alla mediciner i Sverige. Bland personer över 80 år har 15 procent tio eller fler läkemedel, och åldersgruppen använder i genomsnitt fem läkemedel (Socialstyrelsen 2011). Är då detta ett problem? Läkemedel kan naturligtvis bidra till god livskvalitet, men genom vad som anses vara ett felaktigt användningssätt kan de istället försämra hälsan. Vårdgivare betonar ofta vikten av att ta läkemedlen i rätt mängd, i rätt tid och under rätta förutsättningar. Patienter som inte följer rekommenderade ordinationer riskerar att drabbas av onödigt lidande samtidigt som detta ger en ökad samhällskostnad (Bos & Craftman 2011). Ändå visar forskning på att ungefär femtio procent av patienter med långvarig medicinering inte följer de rekommendationer som medföljer läkemedlet. Detta brukar kallas för bristande följsamhet. Enligt en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU 2009) anses äldre personer generellt ha en högre risk för bristande följsamhet. Detta skulle bero på att äldres användande av mediciner ofta är komplext och långvarigt, och att det kan finnas kognitiva nedsättningar eller andra svårigheter som beror på individens åldrande. Eftersom denna åldersgrupp också använder många läkemedel, ökar risken för medicineringsfel (Fastbom 2006).

Det talas alltså om ”brister i ordinationsföljsamhet hos äldre” (SBU 2009), men vad är det egentligen som brister? Och hur går det till? Det medicinskt inriktade forskningsfältet som studerat så kallad bristande följsamhet har i hög grad fokuserat på uppfattningar och attityder rörande läkemedel och medicinering och hur detta påverkar användningen (se till exempel Midlöv et al. 2009, Mårdby et al. 2007, Doran et al. 2005, Pound et al. 2005). Här definieras individen i första hand som patient och i relation till vårdåtgärder, vilket bara är *en* aspekt av det som kallas bristande följsamhet. Bristande följsamhet kan också förstås som ett norma-

tivt begrepp som belyser relationen mellan *ideal och praktik*, det vill säga förhållandet mellan läkarens ordination och hur läkemedlen hanteras av individen som använder dem. Detta blir särskilt intressant när vi beaktar att mediciner inte enbart har biologiska effekter; de medför också sociala och kulturella konsekvenser som inverkar på människors dagliga liv (Whyte et al. 2002).

Ur ett kulturanalytiskt, etnologiskt perspektiv ligger tonvikten på att undersöka den *mening* som mediciner skapar, och hur de påverkar människors vardagliga erfarenheter och identitetsskapande. Genom att studera mediciners mening och hur läkemedlen hanteras i vardagliga praktiker, erhålls kunskap om det komplexa förhållandet mellan ideal och praktik, alltså förhållandet mellan ordinationen och hur läkemedlen hanteras i vardagen. Syftet med denna studie är således att undersöka hur individen använder läkemedlet, på vilket sätt medicineringen går till och vilken mening och betydelse som medicinen skapar. Vilka tillvägagångssätt och strategier utarbetar människor för sin medicinering? Hur går det till när läkemedlen införlivas (eller inte införlivas) i vardagliga vanor och rutiner? Hur skapas och förhandlas mediciners mening och betydelse i olika situationer?

### **Läkemedel som ting**

För att förstå mediciners meningsskapande betydelse utgår denna studie från läkemedlen som materiella objekt. Utgångspunkten är teorier om materialitet (Miller 2005); ett perspektiv som fångar tingens förmåga att påverka människors tankar, känslor och handlingar. Ett materiellt perspektiv innebär att tingen inte studeras som underkastade individens vilja utan snarare som något som genom sin materialitet har förmåga att gripa in i personens självbild. Föremål "do not subject themselves to what we wish them to do, but interfere with who we are" skriver Annemarie Mol (2008:50). Tingen kan fungera som en förlängning av individen, men de kan samtidigt fungera förtryckande. Öppet eller i det fördolda, "things might authorize, allow, afford, encourage, permit, suggest, influence, block, render possible, forbid, and so on" (Latour 2005:72). Människor formas av sin materiella omgivning och de föremål som de dagligen hanterar. Tingen har betydelse och skapar mening i relation till människors identitet och självbild (Frykman & Gilje 2003).

Just läkemedlet som ting har en speciell laddning med referens till det grekiska ordet *farmakon*. Begreppet syftar på läkemedlets (eller drogens) inneboende ambivalens på grund av sin förmåga att fungera både som ett botemedel och som ett gift. En medicin kan inte sägas vara *antingen* läkande *eller* skadlig, den är på samma gång *både och*. Den konstrueras som skadlig eller botande beroende på den situation som läkemedlet ingår i (Derrida 1997).

Läkemedlen har därmed en specifik laddning eller kraft som ofta brukar beskrivas som magisk, i betydelsen laddad med krafter som går utanför tingets egen materialitet (Hansson 2007a:117). Kristofer Hansson (2007a) påvisar hur läke-

medlet får sin meningsskapande betydelse genom två olika krafter: förmågan att läka eller förändra kroppar, samt kraften som består av att människor tror på dess verkan och effekter. Båda dessa krafter har betydelse för hur människor organiserar sin vardag, eller snarare hur vardagen organiseras kring läkemedlet och dess magiska kraft. Läkemedlet, eller *det medicinska föremålet*, är ett ting som kan förflyttas i rummet – individen bär det med sig – men när substansen konsumeras tas den upp och blir en del av kroppen, samtidigt som den förändrar kroppen (Hansson 2007a:112ff). Läkemedlet bör också förstås som ett socialt fenomen som binder samman individen och individens kropp med sjukvården och läkemedelsföretagen (Hansson 2010, Lundin 2007).

Genom användandet och den praktiska hanteringen av läkemedlet i vardagen uppstår både människans och tingets *agens*, det vill säga förmåga till handling och påverkan av vilka handlingsvägar som är möjliga. Till exempel kan användandet av smärtstillande tabletter öka rörligheten hos en person med fysisk smärta, men sådana läkemedel kan samtidigt innebära hinder för bilkörning (som också är en typ av rörlighet). Tonvikten på handling bidrar till att framhäva individen som en aktör istället för en passiv mottagare av mediciner och ordinationer. Äldre personer bör följaktligen betraktas som aktiva brukare och skapare av strategier för att hantera sin medicinering, där tingens förmåga att påverka både kan underlätta och försvåra.

Mediciner inverkar således på människors vardagliga erfarenheter och identitetsskapande, både som magisk kraft och symboler, men också som konsumtionsvaror (Whyte et al. 2002, Moerman 2002). Ett exempel på detta är Viagra, som med sin koppling till manlig sexualitet skapar normer och värderingar kring maskulinitet och sexuell hälsa (Johnson & Åsberg 2012, Loe 2004, Mamo & Fishman 2001). Antidepressiva mediciner är ett annat exempel, där läkemedlen förknippas med specifika livsstilar genom sina associationer till samhällelig stress och diagnoser som utbrändhet (Svenaesus 2008, Healy 2004).

### **Åldrandets medikalisering**

Jag vill här kort beskriva den kontext som äldres bruk av läkemedel ingår i. Den ökade användningen av mediciner hos äldre personer beror delvis på att nya läkemedel har introducerats och nu kan användas för behandling, men också på att åldrandet och dess medföljande förändringar har *medikaliserats* och betraktas som åkommor som bör åtgärdas (Conrad 2007, Fastbom 2006). Medikalisering kan beskrivas som samhällelig process som rör både en omdefiniering av hälsa och av vad som anses vara hälsosamt, och möjligheter till mer omfattande vård- och behandlingsmöjligheter (Dumit 2012). Allt fler områden i tillvaron har blivit definierade i termer av friskt eller sjukt, normalt eller avvikande (Olin Lauritzen 2005, Armstrong 1995). Mänskliga livsvillkor förklaras och behandlas inom ramen för en medicinsk modell som framstår som en symbios mellan biomedicinsk veten-

skap, patientföreningar och läkemedelsindustrin (Conrad 2007). Samtidigt har skett ett skifte i synen på vård, egenvård och ansvar. Den biomedicinska vårdparaten anses inte längre fullt ansvarig för botandet av patienter, utan individens eget ansvar för aktiv egenvård erfordras allt mer. Alla människor förväntas ta ansvar för sin hälsa och sitt välbefinnande, inte bara som patienter. De förväntas föra en hälsofrämjande livsstil för att kunna betraktas som goda medborgare. I förlängningen av detta finns en moralisk implikation; den goda medborgaren är en individ, ett moraliskt subjekt, som strävar efter att legitimera sig i termer av ansvarstagande och normalitet (Alftberg & Hansson 2012). Att ta ansvar för sin medicinering, vilket innebär att följa ordinationen, ligger alltså i linje med dessa tankegångar.<sup>1</sup>

Samhällets intensifierade betoning på hälsa genererar också kategorier eller grupper som i sig anses vara i extra stort behov av hälsofrämjande åtgärder (Kenen 1996). Äldre människor är en sådan kategori, eftersom åldrandeprocessen betraktas som en period av reducerad hälsa och ökad risk för sjukdomar och åkommor. Kategorin ”äldre” förknippas med hälsoproblem, minskad rörlighet och förmåga till aktivitet, ensamhet och ökat beroende av andra – kort sagt en livsfas som uppfattas som präglad av förfall (Blaakilde 2007). Åldrandets medikalisering leder således till föreställningen om att åldrandet och dess konsekvenser kan och bör behandlas på olika sätt, delvis eller kanske främst med medicinering.

Genom att betraktas som en hälsoriskgrupp åläggs äldre personer per automatik större ansvar och moralisk skyldighet för att leva hälsosamt och hälsofrämjande (Alftberg 2012). I motsats till vissa andra riskgrupper kan åldrande och ålderdom inte väljas bort. Däremot kan valet sägas handla om *hur* man bör åldras – till exempel hur den äldre individen bör hantera sin medicinering.

## **Material och metod**

Efter slutförd etikprövning genomfördes kvalitativa, semistrukturerade intervjuer. Urvalskriteriet var att intervjupersonerna skulle vara minst 65 år, bosatta i sina ordinarie hem och inte i vård- och omsorgsboende, samt använda minst ett receptbelagt läkemedel dagligen. Kontakt med intervjupersoner togs genom presentation av forskningsprojektet på dagliga verksamheter för pensionärer i två kommuner i Skåne. De som anmälde intresse av att delta fick bestämma tid och plats för en intervju. Efter intervjun avslutats fick de i sin tur ge förslag på andra potentiella intervjupersoner, så kallad snöbollsmetod. Även forskarens eget kontaktnät har använts för snöbollsmetoden.

Intervjuerna pågick cirka en timme och innehöll frågor kring vilka läkemedel som personen använde, rutinerna kring medicineringen och vad man gjorde för att komma ihåg att ta dem. Intervjupersonerna ombads också visa var de förvarade sina mediciner. En beskrivning av förvaringen skrevs ned efter intervjun i så kallade fältanteckningar. Intervjuerna spelades in med en digital diktafon och tran-



skriberades sedan ordagrant. En av intervjuerna genomfördes på telefon i enlighet med intervjupersonens önskemål. Denna intervju spelades inte in utan anteckningar fördes under samtalet.

Intervjuer genomfördes från januari till juni 2014 med nio personer mellan 66 och 93 år. Nedan följer en kort presentation av respektive intervjuperson. Presentationen liksom det transkriberade materialet är avidentifierat för att skydda intervjupersonernas integritet. Detta innebär att vissa detaljer har ändrats för att undvika igenkänning samt att personerna tilldelats fingerade namn:

Agneta, 70 år. Använder nio läkemedel per dag, bland annat blodtryckssänkande och smärtstillande samt insulin för diabetessjukdom.

Barbro, 83 år. Använder sju läkemedel per dag, bland annat smärtstillande och vätskedrivande samt för blodfetter och hjärtproblem.

Bengt, 70 år. Använder fyra läkemedel per dag, bland annat blodtryckssänkande och blodförtunnande.

Folke, 75 år. Använder sex läkemedel per dag, bland annat smärtstillande.

Gunnel, 77 år. Använder 1-2 homeopatiska läkemedel per dag enligt recept, bland annat för artros och sköldkörtelproblem. Använder farmaceutiska läkemedel som ordinerats vid behov, till exempel smärtstillande.

Ingrid, 82 år. Använder fyra läkemedel per dag, bland annat blodförtunnande och vätskedrivande samt för hjärtproblem.

Maj, 93 år. Använder fem läkemedel per dag, bland annat blodförtunnande och vätskedrivande samt för hjärtproblem.

Mona, 66 år. Använder ett läkemedel per dag, för struma.

Stig, 68 år. Använder fyra läkemedel per dag, bland annat blodförtunnande och för blodfetter.

Förutom Stig, som påbörjade sin medicinering för cirka ett år sedan, har de övriga använt sina mediciner under en längre tidsperiod (minst fem år). Agneta och Mona som båda har kroniska sjukdomar sedan yngre år har använt minst en medicin i mellan trettio och fyrtio år. Det kan naturligtvis ha betydelse hur länge medicineringen har pågått och om den beror på en kronisk sjukdom, kanske från yngre ålder, eller mer diffusa besvär som medföljer åldrandet. I denna studie har jag

dock valt att lägga mindre vikt vid vilka diagnoser som medicinerna är konsekvenser av och under hur lång tidsperiod som medicineringen pågått. Fokus är läkemedlens hantering i vardagen, där jag har funnit många gemensamma faktorer i intervjupersonernas beskrivning av sina erfarenheter.

Rapportens följande delar är upplagda så att kapitel två innehåller resonemang rörande vanor och rutiner kring medicinens intagande och förvaring. Kapitel tre behandlar relationen mellan kropp och läkemedel och vilka synsätt som omgärdar medicineringen. Kapitel fyra består av en avslutande diskussion.

## 2. MEDICINERS TINGSLIGHET

Medicinens symboliska betydelse och kulturella meningsskapande bygger på att det är ett konkret *ting* som ska hanteras och vanligtvis förtäras. Kapitlets benämning ”tingslighet” handlar om hur läkemedlen är ting, fysiska föremål, som ska införlivas och bli en del av vardagliga rutiner. Medicinerna är oftast tabletter i olika former, färger och smaker. De kan vara tinkturer som ska drickas eller dropas i ögonen, eller är de salvor för huden med olika dofter och konsistenser. Just formen på tabletterna är viktig för Barbro. Hon tar sammanlagt tretton olika tabletter under en dag men vet att skilja på dem genom hur de ser ut: ”Ändrar de bara inte pillren så vet jag precis vilka jag har, jag ser det på pillren. En är hjärtformad, så då vet jag att den är för hjärtat.” Hon fortsätter med att berätta hur en av tabletterna är lite svår att svälja:

Sedan har jag en sort jag ska dela, en hel blir för stor dos. De sa nu på apoteket att jag skulle säga ifrån hos läkaren så jag kunde få en sort som hade mindre dos per tablett, så jag slapp dela. De kan riva i strupen när man har delat dem, de blir ju ojämna och så. Det gäller att fylla munnen med vätska så får man ned dem. Man ska inte känna efter.

Läkemedlens tingslighet i detta fall innebär att tablettens känns sträv och är svår att svälja. Den fastnar i halsen, och tabletter som delats kan också smaka obehagligt i munnen. Även Gunnel beskriver att hon har svårt att få i sig tabletter:

Jag kan ha lite svårt att svälja tabletter, så det kan vara ett bekymmer ibland, att man måste, jag tillhör ju dem som måste ha en ordentlig tugga [mat] att svälja medicinen med. Annars sätter det sig på tvären.

Medicinerna ska så att säga förenas med kroppen, antingen invärtes eller utvärtes. Läkemedlen är alltså intimt förknippade med kroppen, vilket jag kommer att återkomma till i nästa kapitel. Men det är inte bara medicinerna i sig som ska hanteras. Kring varje läkemedel förekommer en mängd andra föremål som visar sig ha lika stor betydelse, till exempel förpackningar (som kan vara svåra att öppna) och bipacksedlar. Bipacksedeln är ett dokument som framstår som laddat. Även om det framhålls av intervjupersonerna som något ”man borde läsa”, väljer somliga att endast hastigt ögna igenom den eller inte alls läsa läkemedlets bifogade anvisningar och uppräknings av biverkningar för att undvika kunskapen om vilka följder medicinen kan ge. Bengt påpekar att ”det finns ju tusen biverkningar, när man läser den här listan [på bipacksedeln] blir man ju lite rädd.” Dessutom menar Bengt att det är lätt att känna efter ”för mycket” och tro att man drabbats av varje biverkning just på grund av kunskapen om dem. Läkemedlens inneboende ambivalens som både bot och gift blir här påtagligt. Medicinens huvudsakliga effekt är

den som är läkande, medan biverkningarna får representera läkemedlets farliga, giftiga sida.

Andra exempel på ting eller dokument som är direkt knutna till medicineringen är läkemedelsrecept och uttagskvittenser på e-recept. Gunnel använder sig även av egna anteckningar:

Om det är någon ny sort, så lägger jag kanske en lapp (Gunnel visar en lapp hon har bredvid medicinen). Det kan ju vara ibland att hon [läkaren] ändrar doseringen, då får man ju trimma in det så då har jag kanske en lapp där jag har skrivit det, så jag inte behöver springa och titta på hennes recept var gång.

Gunnel använder egna noteringar med utgångspunkt i läkarens recept. Flera av intervjupersonerna använder dock e-recept. Det innebär att det inte finns ett pappersdokument utan receptet är digitaliserat. Fördelen är naturligtvis att inte behöva hålla reda på receptet utan det finns bevarat i apotekets databas. Nackdelen är å andra sidan att det är svårare att komma ihåg till exempel när det är dags att förnya receptet. Därför ber många om en uttagskvittens från apoteket där det också står hur många tillfällen som kvarstår för uthämtning av medicinerna. Antalet papper kan då sägas öka, eftersom varje uttag producerar ett dokument. Det unika receptet kan sägas förlora något av sin laddning och symbolvärde. Överlämnandet av receptet från läkare till patient brukar beskrivas som en avslutande ritual av vårdmötet och något som bekräftar och konkretiserar patientens sjukdomsupplevelse och behov av behandling (Whyte et al. 2002). Receptet innebär också en ”frysning” av det talade ordet till skrift, vilket förstärker läkarens auktoritet (Hansson 2007a:76f). Vid långvarig behandling är det dock så att många recept förnyas via telefon utan läkarbesök, vilket kan leda till att receptets kulturella kraft osynliggörs eller reduceras. Kanske överförs denna istället till egna lappar och anteckningar såsom i Gunnels fall.

Bipacksedlar och recept är således förtätade dokument eller föremål som bidrar till läkemedlets specifika betydelse. En annan typ av tingslighet som är särskilt framträdande i intervjumaterialet är förvaringen av medicinerna, vilket ska diskuteras nedan.

## **Estetisering och domesticering**

Maj förvarar alla mediciner och sin dosett i en kökslåda bredvid spisen. Förpackningarna, både burkar och pappersförpackningar, ligger prydligt placerade i en vit och en röd plastkorg med låga kanter. I den röda korgen finns de mediciner som hon använder nu och som är öppnade; i den vita finns de som ska öppnas senare när de i den röda korgen tagit slut. Dess-

utom finns en oval porslinsask med lock av pärlemor bland läkemedlen.  
(Fältanteckningar 2014-01-21)

Bland det första som slår mig under besöken i intervjupersonernas hem är förvaringen av medicinerna. Som i citatet ovan så förvaras vanligen originalförpackningarna med medicin i större burkar eller behållare av något slag. Dessa burkar och behållare verka syfta till att hålla läkemedlen i en kontrollerad, organiserad ordning på en specifik plats.

Det är också mycket vanligt att flytta ransoner av läkemedlen från originalförpackningarna till dekorerade askar eller andra förvaringskärl. Just omplacerandet av föremål till olika platser i hemmet, ett ständigt görande med tingen, betonar hemmets processartade karaktär (Miller 2001). Hemmet är en plats som aldrig någonsin är färdig, utan ständigt skapas och omskapas genom hanterandet av de föremål som är närvarande där (Löfgren 2007). På grund av läkemedlets magiska kraft och laddning är det ett ting som inte automatiskt blir en vardaglig del av hemmet. Förvaringen och förflyttningen av medicinerna verkar därmed ha en meningsskapande betydelse.

Förvaringen av de mindre ransonererna är ibland regelrätta dosetter, som underlättar organiseringen av både veckovisa och dagliga ransoner. Apoteksbolagens dosetter är ofta fyrkantiga plastlådor med genomskinligt lock. De innehåller fack som är sorterade och märkta efter dag, ibland till och med för- och eftermiddag, samt vecka för att underlätta att komma ihåg den dagliga ransonen av läkemedel. Den estetiska utformningen är här inte särskilt påtaglig, snarare är det den funktionella aspekten som betonas. Men lika ofta förekommer bland intervjupersonerna små prydnadsaskar, ofta i porslin och dekorerade, eller andra förvaringskärl såsom äggkoppor, tomma glassförpackningar av plast, flätade små korgar, en beautybox eller en necessär.

Dessa askar och förvaringskärl, med eller utan originalförpackningar, förvaras ibland synliga, ibland dolda i olika typer av möbler som skåp eller byråer. Att hålla asken synlig kan fylla flera funktioner, både estetisk och praktisk. En av de intervjuade, Mona, visar mig sitt badrum där hon förvarar sina tabletter:

Jag har en sådan här liten nipperask i marmor. Jag tar dem [tabletterna] från originalförpackningen och så håller jag över dem i den asken för den ser lite trevligare ut. Och sedan har jag den på en hylla på badrumsskåpet, det är ingen stängd dörr eller så utan den står synlig där, den lilla asken. Och då på kvällen tar jag en tablett och lägger på locket ovanpå asken. Så ser jag den på morgonen. Jag lägger mig inte utan att lägga fram tabletten.



Majs dosett. Foto författaren.



Monas nipperask. Foto författaren.

Den vackra asken fyller en funktion av utsmyckning och trevnad, den ”ser lite trevligare ut” helt enkelt enligt Mona. Asken fungerar också som påminnelse om en rutin som sker varje morgon, vilket jag kommer att återkomma till.

En annan av intervjupersonerna, Maj, har sin lägenhet i anslutning till ett servicehus för äldre personer där det finns en gemensam matsal. Eftersom hon behöver ta en av sina mediciner i samband med lunchen, tar hon med sig en tablett i en liten oval nipperask av porslin med lock av pärlemor. Asken är liten och behändig, säger hon, och får lätt plats i fickan. Men det är onekligen en dekorerad och vacker ask. Dess praktiska funktion, att ta med en tablett till matsalen, hade troligtvis lika gärna kunnat ersättas av en ask eller burk av liknande storlek men i ett material som anses mindre estetiskt, såsom plast. Materialet porslin med dess form och färg anses ofta förhöja den estetiska upplevelsen av ett ting i motsats till plast, trots båda materialens vardaglighet. Detta blir också påtagligt när Gunnel tar fram sina olika mediciner från sitt köksskåp och visar hur hon använder två äggkoppor av porslin, vita med dekorationsmålat blått blommönster, som hon dukar fram vid frukosten. I äggkopporna lägger hon de tabletter som ska intas i samband med måltiden. Hon berättar att det för henne innebär en slags påminnelse för att undvika att ta dubbel dos: ”Så då lägger jag tabletterna där, antingen gör jag det på kvällen innan jag lägger mig eller gör jag det på morgonen. Då har jag ju dem samlade där som jag behöver.” De dekorerade äggkopporna fyller således en praktisk funktion, knutet till en daglig rutin i vad som närmast skulle kunna kallas en ritualiserad uppdukning i samband med måltiden.

De estetiskt utformade förvaringskärlen av porslin verkar fylla samma funktion som en regelrätt dosett av plast, genom att dagligen påminna om och dosera läkemedlet i korrekt mängd. Det finns följaktligen ett behov av att organisera det dagliga intagandet av mediciner. Dock hade en regelrätt dosett troligen underlättat organiseringen i högre grad än de mindre prydnadsaskar som används där dosen måste fyllas på dagligen. Dosetter används oftare av de allra äldsta intervjupersonerna, och att ålder kan ha betydelse framträder explicit när Bengt berättar om sin dosett:

Det dröjde faktiskt innan jag ville ha den här dosetten, för jag tyckte det kändes lite... ja, lite väl ålders... Så gammal var jag inte att jag behövde det. Och jag behöver nog inte den men faktiskt när man reser bort så... Ska man vara borta fjorton dagar kanske, då gäller det ju att ha koll så att det räcker. Så den använde jag [vid resor], och så la man en extra vecka så man hade tre veckor. Och nu använder jag den hemma med. Och det funkar ju.



Gunnels mediciner och äggkoppar. Foto författaren.

Dosetten associeras uppenbart med ålderdom i Bengts berättelse, vilket han har svårt att förknippa med sig själv. En dosett verkar inte vara förenlig med hans självbild, då dosetten hör samman med hög ålder och han identifierar sig inte som gammal på det sättet. Dock har han valt att använda dosetten på grund av dess praktiska funktion. Bengt visar mig sedan hur han förvarar dosetten i en mindre necessär i röd färg med en bild av Nalle Puh och hans vänner. Han förklarar att han inte tycker att vare sig dosetten eller läkemedelsförpackningarna ska ligga framme:

Jag har dosetten i en liten väska så den syns inte så där ... (Bengt skrat-  
tar). Om man kommer hem till folk och det står förpackningar med medi-  
ciner uppradade... Nej, det är inte min... Utan jag vill ha det, förpack-  
ningarna ligger liksom dolda i ett skåp i köket. De tar man ju fram när  
man lägger i dosetten, men annars ska de inte ligga framme tycker jag.

Bengt berättar med ett skratt att barnbarnet uttryckt en önskan om att få Nalle Puh-necessären och han menar att den egentligen är mer passande för åldersgrup-  
pen barn och unga. Necessärens ungdomliga anknytning kan sägas motverka eller  
dölja dosettens association till ålderdom. Fallet med necessären kan också tolkas  
som att även här sker en estetisering av läkemedlens förvaring, om än i annan  
skeptad än de prydnadsaskar som diskuterades ovan.





Bengts dosett i necessären. Foto författaren.

Denna estetisering, askar som necessär, bidrar till processen av införlivandet av läkemedlen i hemmiljön. Ett hem, i betydelsen hemtrevligt och ombonat, definieras utifrån dekorativa ting som ofta (men inte alltid) har en feminin association (Alftberg 2012). Vad de alternativa förvaringskärlen gör är att de skapar en mer hemlik laddning kring läkemedlen. Genom att medicinerna förvaras i askar och burkar som mer förknippas med hemmet än med medicinering i betydelsen vård och medikalisering, kan läkemedlen lättare bli införlivade i vardagen. Läkemedlens medicinska laddning blir dold eller förminskas. Ett begrepp myntat av Roger Silverstone (1993) är *domesticering* (på engelska *domesticating*). Detta begrepp har använts i samband med det vardagliga användandet av nya teknologier, främst informationsteknologier. Nya teknologier måste förvandlas från okända och möjligen farliga ting till välbekanta och trygga föremål som är införlivade i vardagliga rutiner. Detta är en process som på samma gång består av acceptans, anpassning, kompensation och motstånd, och som är beroende av hemlivets historiska och kulturella kontext (s. 231). Hemmet och hemlivet står inte i motsats till "världen utanför" utan hemmiljön är del av, och konstrueras genom, ständig interaktion med omvärlden (Silverstone 1993).

Domesticering bör således betraktas som en process som innefattar relationen mellan (det nya) tinget och individen och som bär med sig historisk, social och kulturell kontext rörande hemmet och omvärlden. Processen inbegriper både tingets symboliska laddning, kunskapen kring det och det praktiska hanterandet av, som här, medicinen som ett ting. Hanteringen av föremålet och dess tingslighet

leder till föremålets förmåga att påverka och beröra individen i sin tur (Frykman 2012).

Domesticering som begrepp associerar till tämjandet av något som kan vara farligt. Läkemedlen betraktas som något måste kontrolleras och regleras då de kan skada lika mycket som bota och lindra, något jag kommer att diskutera vidare i nästa kapitel. Tämjandet inbegriper också införlivandet av ett ting som tidigare inte varit en del av hemmet. Detta underlättas genom den estetiska aspekten. Att använda dekorativa förvaringsaskar gör medicinerna både mer vardagliga och mer personliga och de kan på så sätt obemärkta införlivas i hemmets rutiner.

Silverstone (1993) påpekar också att begreppet domesticering inbegriper en organiserande av tid och rum inom ramen för hemmiljön. I denna studie framträder tydligt att förvaringen av läkemedel innebär ett stöd för att komma ihåg att ta medicinerna och ta dem i anvisad mängd. Nedan följer därför en diskussion om tidens och rummets betydelse.

### **Tid och rutiner**

De intervjuade personerna använder olika knep för att komma ihåg att ta sina mediciner. Att förlägga intagandet av läkemedlen till måltider, särskilt frukosten, är vanligt förekommande. Stig menar att det på så sätt aldrig har varit svårt att minnas: ”Jag tar fram medicinerna på kvällen när jag förbereder frukosten, så slipper jag hålla på med det på morgonen. Så jag har aldrig haft bekymmer att komma ihåg det.” Bengt har bytt läkemedel och upplever att det nu är lättare att komma ihåg att ta det då den nya medicinen enbart behöver tas på morgonen i samband med frukost:

Nu blev det faktiskt jättebra när jag bytte till denna. De andra var på morgonen och sedan var det en på kvällen, men den här nya ska man ta på morgonen stället, i samband med frukost, så det är jätteskönt. Det är lite enklare.

Han fortsätter dock med att det ändå finns en risk att glömma den:

Någon gång händer det ju att – det ska så lite till att man glömmer. Om man ändrar sina morgonrutiner, så är det helt borta. Om man äter något annat till frukost än det man brukar äta, då kommer jag inte ihåg medicinerna (Bengt skrattar).

I synnerhet morgonens rutiner beskrivs som extra sårbara av Billy Ehn och Orvar Löfgren. Alla vanor och rutiner har en form av rituell laddning och som sådana är de betydelsefulla för självbild och identitet. Morgonrutiner framstår dock som extra tyngda av ritualiserade skeenden. Ehn och Löfgren menar att detta beror på

att morgonen är en övergångsfas mellan natt och dag, mellan sömn och vakenhet, mellan vila och aktiviteter (Ehn & Löfgren 2007:84ff). När Bengt beskriver sina morgonrutiner framhåller han att minsta ändring av dem, till exempel något annat att äta än det han vanligtvis äter, påverkar andra rutiner som frukosten är förknippade med, i detta fall hans medicinering.

Det är emellertid inte bara morgonens rutiner som kan vara sårbara. Även tider på dagen som kanske inte är så ritualiserade som morgonen blir sårbara just på grund av frånvaron av rutiner. Särskilt eftermiddagar beskrivs ofta som svårare när det gäller att komma ihåg att ta sin medicin. Agneta berättar hur svårt det var i början när medicinen var en ny del av vardagen, särskilt det läkemedel som skulle tas vid sextiden på kvällen. Lösningen blev att hon bad sin man lägga in en signal i mobilen som meddelade när det var dags. Bengt talar om liknande problem:

Det [medicineringen] blev klockan fem på eftermiddagen, det var ingen bra tid. Då är man kanske inte hemma, man är iväg och så. Och ha det med sig alltid är, det tänker man ju inte alltid på, särskilt i början när det är något nytt. Men när man har hållit på med det länge så tänker man på det på ett annat sätt.

Bengts berättelse framhäver betydelsen av tid. Efter en tid så är en ny rutin inlärd och det blir lättare att komma ihåg. Tidsaspekten kan också sägas gälla för fasta tider eller klockslag som kan förknippas med ständigt återkommande händelser. Detta skapar hållpunkter och underlättar för rutiner att uppstå och de fungerar också som en påminnelse för medicineringen. Folke återger hur han tar sina läkemedel på kvällen, där tv-nyheterna har stor betydelse:

När vi dricker kvällskaffe eller kvällste – eller ungefär när jag gör i ordning det, jag brukar göra i ordning det inför nyheterna – då går jag och gör i ordning teet respektive kaffet och medan det står och kokar eller håller på att bli i ordning så går jag och tar tableterna.

Liksom morgnar verkar kvällarna ha något mer fasta rutiner än övriga tider på dagen, vilket underlättar och påminner om när det är dags för medicineringen. Måltider framstår som viktiga hållpunkter, vilket kan försvåra ihågkommandet beträffande de läkemedel som inte bör tas i samband med mat. Bland annat Gunnel har sådana läkemedel och hon beskriver dessa som svårare att komma ihåg än de tableter hon kan ta i samband med måltiderna. Som minneshjälp har hon placerat medicinen vid sängen så hon kan komma ihåg att ta den när hon går och lägger sig.

## Medicinens rumslighet

Det är inte enbart själva rutinen kring till exempel frukosten som har betydelse för att komma ihåg att ta sin medicin eller inte. Rutinerna utspelar sig i specifika rum som tillsammans med de ting som finns där skapar materiella hållpunkter för rutinerna. Platsen eller rummet i sig har således betydelse för hur medicineringen införlivas och blir del av vanor och rutiner.

Bengt påpekar att hans förutvarande medicin stod i badrummet, vilket gjorde det lättare att komma ihåg att ta den i samband med kvällens tandborstning: ”Jag hade ju lärt mig att, jag hade ju den kvällsmedicinen som stod ju tillsammans med, i badrummet när man borstade tänderna, så det var ganska lätt att komma ihåg.” Även Monas berättelse om marmorasken där hon förvarar sina tabletter vilket omtalats tidigare visar sig handla om ett specifikt rum: badrummet. Med utgångspunkt i marmorasken på hyllan i badrummet berättar Mona vilka rutiner som läkemedlet och asken inbegriper:

Det här är så inrutat nu, det här med tabletten. Jag stiger i regel upp vid halvåttatiden och då när jag kommer ut i badrummet och... man vaskar ju av sig lite i ansiktet för första och så. Och då ser jag alltid den där tabletten. Och då tar jag den. För då vet jag, jag har samma rutin alltid, då vet jag att nu har jag tagit den. För att det har hänt tidigare att jag har tagit tabletten och sedan när jag kommit in i badrummet kanske en stund senare så kommer jag inte ihåg. Är där ingen tablett så tänker jag: ”la jag inte fram den igår kväll?”

I rutinen kring läkemedlet ingår marmorasken som en viktig komponent för hågkomsten av hur och när medicinen ska inmundigas. Men som vi såg i Monas berättelse är också platsen, alltså själva rummet, en påminnelse om detta. Hemmets olika rum brukas som *minnesmarkörer*, vilket blir särskilt märkbart i Agnetas fall:

Agneta beskriver hur hon förvarar sitt insulin på två olika ställen: ”middagsdosen” som tas vid 18-tiden förvaras i badrummet på bottenvåningen, medan dosen som ska tas vid sänggåendet förvaras i badrummet på ovanvåningen i anslutning till sovrummet. Agneta menar att det för henne är mycket viktigt att hålla dem åtskilda just för att underlätta att komma ihåg om hon tagit insulinet, i synnerhet som det är livsfarligt att ta för mycket. (Fältanteckningar 2014-05-16)

De två badrummen på olika våningsplan fungerar som rumsliga påminnelser för respektive dos av insulin. Rummen blir här vad Peter Danholt och Henriette Langstrup (2012) kallar för *enabling places*: “These places are more than mere locations – they are allies that help weave medication into the fabric of everyday

life in the home, as both material objects and as activities.” (s. 524). De menar således att själva platsen är medskapare i de rutiner och den mening som formas i samband med medicineringen (Danholt & Langstrup 2012). Hemmets rutiner bygger på de rum och föremål som i sig är förutsättningar för att rutinerna ska kunna försiggå. Detta innebär att oavsett om medicineringen införlivas i redan befintliga rutiner eller skapar nya sådana, är ting, tid och rum förbundna med läkemedlen av största vikt för medicineringens genomförande.

### **I det offentliga rummet**

Diskussionen ovan om hemmets betydelse leder till frågan: Vad händer då när personerna lämnar hemmet? Utanför hemmet finns troligen en lägre grad av ritualiserat beteende kring läkemedlen, särskilt med tanke på att intervjupersonerna är pensionärer och inte längre har fasta rutiner kring ett yrkesarbete. Gunnel förklarar att hon tycker det är besvärligt att ta medicin de dagar när hon inte är hemma:

Just förmiddag och eftermiddag kan ju vara lite svårt att flika in i samhället, eller ja... om man ska göra någonting. Det behöver ju bara vara att man ska gå på sjukgymnastik eller man ska gå och klippa sig eller... Så har man ju tider att passa till det.

I Gunnels berättelse tydliggörs hur det kan vara problematiskt att lämna hemmet när det gäller medicineringen. Det kräver ofta någon form av planering för att kunna ta med sig sina läkemedel eller ett val om de ska tas med eller intas senare när man kommit hem igen. Gunnel menar att det är lättare med tabletter än droppar om hon inte är hemma:

Är det tabletter är det ju lätt att ha burken med. Det tycker jag är lättare. Har det varit droppar så har jag senarelagt det. Jag försöker göra det någorlunda men att anpassa det lite grann till det liv som man lever. Det har hänt någon gång att jag låtit bli att ta.

Valet kan således också gälla om läkemedlen ska tas överhuvudtaget. Medicineringen måste gå att anpassa till ”det liv som man lever”, menar Gunnel, annars kan den väljas bort. Barbro förklarar att hon brukar välja att inte ta den tablett som är vätskedrivande om hon har andra planer: ”Jag tar de flesta av mina mediciner på morgonen, vid åttatiden. Ska man gå iväg så får man hoppa över den där som är urindrivande. Så får man ta den när man kommer hem.” Ibland finns inte utrymme för planering och val i förväg, utan mer spontana händelser kan inträffa. Barbro fortsätter med att berätta hur hennes son bara för några dagar sedan tagit med henne på en oplanerad utflykt, vilket hon uppskattade. Men när de var iväg

behövde hon snabbt en toalett på grund av det vätskedrivande läkemedlet hon tagit på morgonen, vilket hon upplevde som en ganska besvärlig situation.

Till skillnad från spontana utflykter kan planerad frånvaro från hemmet underlätta en organisering av medicineringen; hur och om medicinen ska tas inför, under eller efter en tillfällig vistelse eller resa. I de flesta fall, när det är en kortare frånvaro från hemmet, får läkemedlen stanna hemma. Stig säger att: ”En helg var vi bortresta med goda vänner. Då tog jag inte dem på söndagmorgonen. Men det är bara en gång, på det här året är det kanske en eller två gånger jag inte tagit.”

Ett annat val är att ta medicinerna vid ett annat tillfälle än det brukliga, antingen på grund av planering och medvetet val eller som i Ingrids fall på grund av glömska:

Ibland har jag glömt att ta dem [medicinerna] på kvällen. Om man har varit borta på kvällen och så går man och lägger sig utan att ta dem, när rutinerna blir rubbade. Jag har gått och lagt mig, jag var väl trött och så har jag gått och lagt mig. Men då har jag tagit dem på morgonen och så har jag frågat läkaren. Och det kan du göra har han sagt då. Om du inte gör det för ofta, sa han.

Maj å andra sidan påpekar att hon försöker vara väldigt noga, men medger att det är svårare att komma ihåg medicinerna när hon är borta:

Maj: Även när jag är borta så är jag väldigt... Klockan fem ska jag ta min Waran<sup>ii</sup>! (Maj skrattar)

Åsa: Är det svårare att komma ihåg när man är iväg nånstans?

Maj: Ja, ibland kan det hända, ett tu tre, oj hon är halvsex. Man sitter och pratar och så.

Både Ingrid och Maj beskriver situationer som uppkommit till följd av att de har varit borta från hemmet, vilket förvärrar hågkomsten av medicinerna. Att vara utanför hemmiljön försvårar möjligheten och ibland viljan till att ta sin medicin, vilket påvisats ovan. Livet, de rutiner man redan har och händelser som inträffar, går ibland före medicineringen. Här betraktas läkemedlen inte som en del av det som sker. Detta innebär att den så kallade bristande följsamheten främst uppstår utanför hemmiljön. Samtidigt finns i samhället ett hälsofrämjande aktivitetsparadigm som uppmuntrar äldre människor att leva ett händelserikt liv med resor och aktiviteter utanför hemmet, särskilt de personer som anses vara i den ”tredje åldern” (Nilsson 2011). Medicinering, som hos många äldre människor är förebyggande, anses möjliggöra ett hälsofrämjande aktivt liv. Samtidigt försvårar en så-

dan livsstil användandet av mediciner och förebyggandet av risker som läkemedlen syftar till att uppnå.

Att användandet av mediciner upplevs besvärligare utanför hemmet har också att göra med att läkemedlen synliggör sjukdom, symptom och kroppsliga tillstånd. Hansson diskuterar den uppmärksamhet som läkemedel och medicineringsförlopp ofta skapar i sociala sammanhang. Detta leder till individuella strategier kring döljandet av sitt bruk av mediciner. Situationen har stor betydelse för vilka strategier som utformas, liksom platsen (Hansson 2007a). Hansson framhåller hur vi kan tala om *kritiska platser*, för att förstå hur både rumsliga hinder och sociala relationer knutna till platsen kan försätta individen i ett tillstånd som framhäver det som anses avvikande, till exempel användandet av mediciner (Hansson 2007b). Detta då i motsats till *enabling places* som diskuterades tidigare, där platsen istället underlättar för individen genom att fungera som medskapare av rutiner kring medicineringen.

Hanssons exempel handlar om ungdomar där medicinering är betydligt mera ovanlig än bland ålderspensionärer. Likväl kan det finnas likheter i önskan kring att medicinen ska förefalla så diskret som möjligt. Medicinering framhäver kroppen som då framstår som något man saknar kontroll över, en kroppslig oordning som ter sig som motsatsen till det normala livet och den goda hälsan (Hansson 2010). Relationen mellan kropp och läkemedel har antytts flertalet gånger i texten ovan och det är nu dags att fördjupa diskussionen kring detta.

### 3. KROPPEN OCH LÄKEMEDLEN

Tabletterna gör att mina besvär förhoppningsvis inte tilltar utan kanske minskar istället, men man kan ju vid min ålder inte räkna med att bli botad. Det kan man ju inte bli, organismen blir ju sliten också.

I citatet ovan är det Folke som beskriver sin medicinering. Han ser inte läkemedlen som något som ska bota hans symptom, utan de ska snarare fungera förebyggande och bevara hans nuvarande hälsotillstånd. Denna uppfattning verkar alla intervjupersonerna vara mer eller mindre eniga om. ”Det finns ju inget som botar, det är bara för att hålla undan symptomen” påpekar Agneta. Bengt talar om ”säkerhetsmedicinering” när det gäller hans blodförtunnande och blodtryckssänkande läkemedel:

De botar ju ingenting utan de håller mig ju uppe. De får bort vissa symptom. Det kan man ju säga att blodtryckssänkande mediciner, de får ju bort symptomet högt blodtryck. Ett tag var jag lite skämtsam så när någon frågade mig om jag hade högt blodtryck: ”Nej”, sa jag. –”Ja, men du tar ju medicin?” –”Ja, men då har jag ju inte högt blodtryck. Det är ju normalt nu.” (Bengt skrattar).

Den förebyggande medicineringen har sällan något slutdatum, utan är en behandling som fortsätter kontinuerligt livet ut. Bengt reflekterar över detta:

Medicineringen får jag fortsätta med, men jag tycker ändå det är lite konstigt att man sätter in det en gång och sedan så får det vara så. Jag går ju på årliga läkarbesök och då tar jag gärna upp frågan: ”man skulle inte kunna minska på blodtrycksmedicinen?” men det är de [läkarna] väldigt försiktiga med.

Joseph Dumit (2012) påpekar att det finns få medicinska studier om *avslutandet* av förebyggande läkemedel men desto fler kring förordnandet av nya mediciner. Det evidensbaserade stöd som läkarvetenskapen söker finns sällan att tillgå när det gäller långvariga eller kroniska tillstånd och upphörande av läkemedel. De ekonomiska aspekterna från läkemedelsföretagens sida har stor betydelse, menar Dumit, men det hänger också samman med en förskjutning i synen på vad medicineringen syftar till att uppnå. De senaste decenniernas utveckling rörande föreställningar om hälsa och ”biomedical living” har lett till att det idag inte enbart är symptom och sjukdomar som behandlas med läkemedel. Lika mycket handlar medicinering om riskfaktorer och möjliga framtidsscenarier. Läkemedel används ”not to cure the condition but to reduce the risk factor and potential future events”



(Dumit 2012:5). Sådana tankegångar framkommer även i Regina Kenens begrepp "the at-risk health status". Hon konstaterar att en medikaliserad och intensifierad betoning på hälsa skapat ett nytt medicinskt begrepp: att vara i den medicinska riskzonen. Kenen betonar att vara i riskzonen för ohälsa är en social position som förhandlats fram på samhälls nivå, där specifika grupper anses löpa större risk än andra (Kenen 1996). Detta tydliggörs särskilt i samband med åldrandeprocessen som i sig anses innebära hälsorisker som behöver förebyggas. Äldre människor är genom sin ålder i riskzonen för ohälsa vilket leder till åtgärder såsom förebyggande medicinering. Den förebyggande medicineringen kan tolkas som ett försök att bevara det nuvarande hälsotillståndet och därmed skapa kontroll över åldrandeprocessen.

### **En ofullständig kropp**

Den allmänna föreställningen om åldrandet som synonymt med hälsorisker och sjukdom leder alltså till användning av mediciner för att motverka eller dämpa åldrandets negativa effekter. Men hur påverkar detta synen på den åldrande kroppen? Folke talar om att "organismen blir sliten" i kapitlets inledande citat. Gunnel använder liknande tankegångar när hon säger att "när vi blir äldre så tillverkar kroppen inte lika mycket, eller den behöver mer". Intervjupersonernas uppfattning om läkemedlens funktion, oavsett vilka symptom och sjukdomar de är verksamma mot, är att de innehåller något vitalt som måste *fills på* i kroppen. Medicinerna tillför något som kroppen har brist på. Detta kräver en viss regelbundenhet. Barbro berättar hur hon tar sina läkemedel, sju tabletter på morgonen och sex stycken på kvällen, vid åttatiden både morgon och kväll: "Så det är tolv timmar emellan från morgon till kväll." Detta är inget som läkarna har sagt, påpekar hon, men "man kan ju själv förstå att det ska vara viss ordning på det." Även Maj beskriver att hon gärna vill ta medicinerna på samma tid "för kroppen använder ju dem och då ska man fylla på när det är tid. Det får inte gå för länge, åtminstone inte mer än en halvtimme eller en timme, eller att man tar det för ofta." I Maj's skildring framstår kroppen som en aktiv användare av läkemedel och inte enbart som en passiv mottagare av det den har brist på.

Gunnel använder sig främst av alternativ medicin i form av homeopatiska läkemedel, ofta i kombination med eventuella farmaceutiska läkemedel som läkare har ordinerat henne. Hon anser att det homeopatmedicinska perspektivet står för en helhetssyn som inte finns inom den ordinära vården. I hennes beskrivning av homeopatens rekommendationer finns dock påfallande likheter i synen på kroppen som något som har underskott på substanser som måste tillföras:

Hon [homeopaten] har den uppfattningen att har man mycket värk så går det åt mycket magnesium i kroppen. Då förbrukar kroppen mycket magnesium. Så det har hänt att hon då har sagt att det går åt mycket magne-

sium, jag tycker du kan öka det. Vid ett tillfälle så hade jag kramp i benet, det kunde faktiskt vara hela benet, och då sa hon det att då ska du ta ytterligare en magnesiumtablett på kvällen. Och det gjorde jag, och det blev bättre.

Synen på kroppen som något som kräver regelbunden, helst daglig, påfyllnad gör att det kan finnas en misstro mot de läkemedel som inte ska tas varje dag. Ingrid berättar hur hon var skeptisk till en tablett med kalk som hon skulle ta en gång i veckan:

Helt plötsligt ta en tablett i veckan, det tyckte jag var så löjligt på något vis. Och varenda gång jag var där [på läkarbesök] sa jag: ”Måste jag ta den?” – ”Ja”, sa de då, ”det ska du göra”. Men så plötsligt en dag när jag pratar med läkaren så säger han: ”Du kan ta bort veckotabletten.”

Veckovis tillförsel av en substans uppfattar Ingrid som löjeväckande. Den kroppsliga rytmen, med brist och påfyllnad i en ständig cykel, verkar tolkas som en dygnsrytm mer än någon annan tidsrytm. Detta troligen för att de flesta mediciner återkommer dagligen och har då en slags dygnsrytm. Hur något kan verka i kroppen med enbart veckovisa intag framstår därmed som tvivelaktigt. Å andra sidan menar Gunnel att vissa läkemedel, som homeopatiska mediciner som hon själv använder, snarare fungerar som ”förstärkning” i relation till farmaceutiska läkemedel, vilket gör att det har mindre betydelse om det går en eller flera veckor mellan intagen.

Hur medicinerna verkar i kroppen och vad de faktiskt gör finns det oftast mindre kunskap om, men det finns ändå en strävan efter att läkemedlen ska få verka ”i fred”. Mona, som tar en tablett dagligen mot struma, svarar på min fråga hur hon tänker kring att kombinera olika mediciner, även receptfria läkemedel, med sin medicinering:

Men i regel gör jag nog så på eget bevåg liksom, har jag tagit den här tablettens så brukar jag vänta, kanske minst en halvtimme i alla fall, om jag behöver ta till exempel en Alvedon för någonting. Så jag brukar inte blanda någonting med den tablettens den närmaste tiden liksom. Jag vet inte varför jag tänker så, men... Att den ska få jobba själv den här tablettens och göra vad den ska i kroppen.

Här är det läkemedlet som är den aktiva aktören som arbetar i den mottagande kroppen som framträder som mer passiv.

Det synsätt som framträder i intervjupersonernas berättelser är att den åldrande kroppen har brist på livsnödvändiga ämnen som bör tillföras genom läkemedel.

De åkommor som åldrandet medför går inte att bota men kroppen kan underhållas och skötas genom mediciner. Även det homeopatiska perspektivet kan sägas vara del av detta med samma syn på den åldrande kroppen som något som måste ”fyllas på” med regelbundenhet. Detta kan jämföras med synen på vissa kroniska sjukdomar, exempelvis diabetes eller som i Monas fall struma, där en kroppslig brist är namngiven och diagnosticerad. När det gäller den åldrande kroppen är skillnaden att den brist som anses uppstå inte förknippas med specifika sjukdomar utan snarare med en generell åldrandeprocess.

### **Starka mediciner**

Medicinernas förmåga att inverka på kroppen betonas ytterligare när Mona berättar om sitt tidigare användande av starka migräntabletter:

Mona: Jag tror att jag på något sätt tog för mycket migräntabletter. För jag hade en fantastisk tablett, var gång jag kände att jag började få huvudvärk så tog jag en sådan tablett. Och det kunde vara ibland två, ibland tre gånger i veckan. Och då försvann huvudvärken. De var mycket bra de tablettarna, men... Sedan var jag förra året hos en neurolog för jag ville egentligen få bukt med varför får jag det här onda. Hon ställde en massa frågor till mig och sedan sa hon ”du ska sluta med migränmedicinen, du ska ta två Ipren morgon och kväll i tre veckor.” Sedan dess har jag i stort sett inte haft huvudvärk en enda gång.

Åsa: Det var precis som om du var beroende av migränmedicinen?

Mona: Ja, precis, precis. Och jag är själv väldigt, jag är förstummad inför detta. Och glad naturligtvis. (paus) Jag kanske har blivit lite förgiftad på något sätt eller vad man ska säga. Beroende av de där, och så till slut så... Det måste ju ta slut någon gång när man äter så starka tabletter. Jag var så inne i den här migränmedicinen så jag tog en tablett, och sedan *visste* jag att om fyrtio minuter så blir jag lite, lite, lite lullig och så försvinner det onda. Och det gjorde det, alltid, alltid. Så därför så... klamrade jag mig ju fast vid dem ju.

Mona använder ordet förgiftad i skildringen av hennes bruk av starka tabletter, vilket pekar mot de risker och faror som mediciner förknippas med. ”Starka mediciner” verkar handla om läkemedlets förmåga att påverka inte bara kroppen utan upplevelsen av det som är ”jag”, det vill säga upplevelsen av den sammanflätade kroppen och medvetandet som också kallas den levda kroppen (Merleau-Ponty 2006). I Monas fall är upplevelsen snarast positiv då ”lite lullig” innebär att smärtan försvinner, men ändå handlar det om en påverkan på ”jaget” som i sig kan

uppfattas som negativt. Detta framkommer uttryckligen i Gunnels berättelse. Hon redogör för hur hon påverkades av ett mildt lugnande medel som hon ordinerats i samband med stress och påföljande högt blodtryck:

Jag hade en sådan obehaglig upplevelse i samband med första dagen jag hade tagit tabletten. Jag skulle gå över ett övergångsställe och då kom det en bil. Och då var det precis som om jag hade, jag var två personer. Den ena sa, eller den ena halvan av mig sa: bara gå! Och den andra halvan sa: du stannar! Alltså, fortfarande så, det var en riktig chockupplevelse. Och det var ju ingen biverkan som fanns med i FASS, men jag åt ju ingen sådan mer. Det var så obehagligt att vara två personer, en som sa bara gå – alltså jag ser fortfarande det här, jag står där och bilen som kommer. Och så den andra halvan: nej, du stannar. Alltså, det var en jätteobehaglig upplevelse.

Gunnel avslutar med att konstatera att hon genast upphörde med att använda det lugnande medlet. Förutom att avstå från medicineringen så kan bruket av så kallade starka mediciner leda till beslut rörande själva doseringen som ordinerats. Folke tar halva den ordinerade dosen (en tablett istället för två) av sina värktabletter som han beskriver som starka:

Den som jag ska ta gånger två har jag tagit gånger en, därför att jag vill ju helst hålla tillbaka sådana här starka värktabletter så mycket som möjligt. Det vill man ju. Och de tar jag inte om jag ska köra bil. Det är egentligen inte sådana tabletter som det finns någon varningstext på att man inte får köra bil, det är inte sådana jag har, men jag tar ändå inte starka värktabletter på dagen. Nej, det gör jag inte.

För Folke är det naturligt att undvika användandet av starka värktabletter så mycket som möjligt. Detta är ett exempel på den ”farmakologiska kalvinismen” som Fredrik Svenaeus talar om (Svenaeus 2008:100). Den så kallade farmakologiska kalvinismen handlar om en rädsla som finns hos såväl allmänhet som läkare, åtminstone vid långtidsbruk av mediciner, som gäller beroende, biverkningar och långtidseffekter. För viss medicinering, såsom antidepressiva läkemedel, menar Svenaeus att rädslan även avser medicinernas påverkan på personligheten. Antidepressiva läkemedel anses leda till en förändring av individens personlighet och självkänedom. En sådan förändring uppfattas ofta som negativ om den beror på medicinering, som betraktas som en artificiell väg till ökad självkänedom, medan en förändring som sker genom terapeutiska samtal ses som autentisk och rätt slags självutveckling (Svenaeus 2008).

Som påvisades i citaten ovan så verkar även smärtstillande (eller ”starka”) mediciner framkalla liknande rädsla, dels för beroende och dels för åtminstone en tillfällig förändring av personligheten och ”jaget”. Monas citat handlar om rädslan för beroende, medan Gunnels handlar om rädslan att inte känna igen sig själv, att förändras. Folke ändrar sin dosering på grund av försiktigheten när det gäller starka mediciner. Även om läkemedlet inte är försett med varningstext så uppfattas det som starkt och därmed riskabelt vid till exempel bilkörning. Men hans beslut handlar också om vardagliga rutiner. Viljan och behovet av att kunna köra bil är viktigare än medicineringen och dess ordination.

Folke påpekar också att han ännu inte är så gammal eller sjuk att han inte klarar sig utan mediciner: ”Det har inte gått så långt att jag inte kan klara mig utan mediciner, jag kan klara mig utan medicinerna. Det kan jag göra, faktiskt.” Här framkommer den underliggande föreställningen om den åldrande kroppen som alltmer beroende av medicinering ju äldre personen blir. Å andra sidan kan hög ålder betyda att åtminstone vissa läkemedel uppfattas som ”svaga” och mindre riskfyllda. Maj tar en insomningstablett vid läggdags:

Men det är bara insomning så det är inga starka saker. Och jag har tagit den i så många år ska jag säga dig så jag bryr mig inte om, jag är så gammal så den kan inte skada någonting. Det kan den inte göra mer än det att jag kan bli yr och gå och trilla.

Majs höga ålder blir här en viktig faktor i förhållande till medicineringen. Kroppen anses redan vara så påverkad av åldrandet att insomningstabletten inte kan skada kroppen på något sätt. Att den indirekt skulle kunna leda till fallrisk verkar ha mindre betydelse för Maj. Det viktiga verkar vara att läkemedlet inte påverkar upplevelsen av henne själv, av jaget, och det är också därför hon beskriver insomningstabletten som svag (”inga starka saker”).

### **Kroppen träder fram**

Läkemedlets styrka eller kraft och den underliggande faran i starka mediciner som diskuterades ovan, kan leda till en slags övervakning av den egna kroppen. En ökad uppmärksamhet på kroppsliga tecken och symptom helt enkelt. Genom symptom och känningar träder kroppen fram, blir synliggjord och uppmärksam. Intervjupersonernas funderingar eller val kring att ändra doseringen – eller upphöra helt – sker ofta på grund av kroppsliga tecken och symptom. Upplevelser av den egna kroppen som uppstår till följd av läkemedlen leder ofta till funderingar och rådfrågningar bland vänner och bekanta i liknande situation och ålder. Det är också vanligt att läkaren konsulteras.

Bengt berättar hur han vid enstaka tillfällen ”fått medicin som jag inte kunnat fortsätta med. En gång blev jag så yr så jag, det gick bara inte alltså. Så den fick

jag byta.” Bengts upplevelse av yrsel ledde således till ett byte av läkemedel efter det att han tagit kontakt med sin läkare. Barbro har istället funderingar över själva doseringen och planerar att ta upp frågan vid nästa läkarbesök:

Jag fick ökat min Levaxin<sup>iii</sup>, men det tror jag inte är riktigt bra, så när jag träffar läkaren nästa gång ska jag fråga, för jag svettas så fruktansvärt. Så jag tror det är det. Jag hade 125 mg och så ökade han till 150. Men... jag tror att det är för mycket.

Genom svettningar gör sig kroppen påmind och skapar obehag. Sådana kroppsliga förändringar leder till sökandet av förklaringar och sammankopplingar med läkemedlen som intas. Kroppsliga symptom eller tecken avläses och jämförs med medicinens ordination och dosering. Detta är tydligt i Stigs fall när det gäller hans blodförtunnande läkemedel:

Nu tänker jag ringa och få en kontroll för att medicineringen är kanske för häftig. Det vet man aldrig. Så då får de ta lite prover på mig igen. Den ena tabletten är på 80 mg och det är... Förr fick jag aldrig blåmärken, men jag märker ibland om jag råkar stöta till hårt så kan jag få ett blåmärke då. Så därför vill jag nu ringa in och kolla upp doseringen. Jag skulle kanske kunna skära ner från 80 till 40 eller 50 mg och inte ta så starka.

Stigs berättelse tar sin utgångspunkt i de blåmärken, alltså de kroppsliga tecken, som han förknippar med medicineringen. Läkemedlets ”styrka” påverkar kroppen på ett bekymmersamt sätt ur hans perspektiv. Mängden medicin ska vara i balans med kroppens behov och inte tillföra för mycket av sin ”kraft”. Läkemedlets positiva effekter – förebygga symptom och sjukdomar – ställs här mot dess negativa påverkan i form av biverkningar. Den bild som framträder är att somliga effekter är sådana som eftersträvas, medan andra betraktas som mindre önskvärda och därmed klassificeras som biverkningar. Sammantaget är alla typer av påverkan från läkemedlet egentligen en del av dess effekt, men beroende på patientens symptom och hur medicinen ordinerats reduceras vissa av effekterna till att betraktas som så kallade biverkningar (jfr Conrad 1985).

Stig litar dock på läkarvetenskapens medicinska kunnighet och att de genom provtagning kan se vad som bör vara tillräcklig mängd av läkemedlet. Trots sina funderingar så väljer han att följa den ordinerade dosen tills vidare. Dock kan mer påtagliga kroppsliga effekter och känningar än till exempel blåmärken leda till andra val kring medicineringen. Kroppsliga (negativa) symptom tillmäts större vikt än den positiva effekt som läkemedlet anses ha. Detta synliggörs bland annat

av Barbro när hon berättar om hur hon blev uppmanad av sin läkare att ta en mindre dos av ett kortisonbaserat läkemedel:

Barbro: Jag skulle trappa ned och bara ta en och en halv tablett. Men det kan jag inte, jag var tvungen att ta två. Jag har ont överallt. Jag har ju inte tagit så länge. Men man kan få hålla på i årtal innan det är borta.

Åsa: Men läkaren ville att du skulle gå ned till en och en halv?

Barbro: Ja, de säger att jag ska minska ned till- jag har tagit fyra från början och fem någon gång, så jag har minskat ned det. Men jag känner ju när det gått tre dagar och jag har minskat ned det till en och en halv, då har jag ont. Jag kan inte resa mig som jag ska, inte lyfta armarna och... usch (Barbro suckar). Så jag struntar i det, jag tar två.

I Barbros fall får de kroppsliga symptomen företräde. Smärtan är viktigare att hantera än läkarens ordination och hon väljer att ta mer läkemedel än vad som rekommenderats henne. Genom hennes beslut att avvika från ordinationen så intar kroppen en mer ”dold” position och utmärks inte genom smärta.

Även Gunnel ger exempel på hur kroppens framträdande i förgrunden påverkar hennes val av läkemedelsanvändande. Vid ett tillfälle hade hon svår värk i knäet på grund av artros:

Läkaren skrev ut Alvedon: två på morgonen, två mitt på dagen, två på kvällen och två på natten om det skulle behövas, åtta får man ju ta. Jag började men jag blev ju helt groggy av så mycket Alvedon. Det passade absolut inte mig.

Gunnel valde istället att uppsöka en homeopat för behandling. Känslan av att bli omtöcknad, och kanske inte känna sig som sig själv, ledde till beslutet att avstå från det som ordinerats henne av läkaren. En liknande situation uppstod för några månader sedan när Gunnel tvingades söka akut vård för smärta i axeln, där behandlingen blev värktabletter:

Jag vågade inget annat än att ta den. Men så fick jag biverkningar, bland annat svettningar. Man fick ta högst två, och man skulle ta det med tolv timmars mellanrum, och så skulle man ta det med mat. Och jag gjorde allt enligt reglerna men jag mådde inte bra av den. Så sedan när jag fått tag på homeopaten och fått lite annan medicin så gick jag ned [i dos] så jag tog bara en, på kvällen.

Gunnel påpekar att hon tog sin medicin ”enligt reglerna”, men ändå mådde hon inte bra av den. De så kallade biverkningarna blev för stora. Valet blev då att minska dosen, i kontrast till vad som ordinerats henne. Hennes skildring, och även Barbros exempel, kan betraktas som en strävan efter en balans mellan kroppsliga tecken och ordinationen.

Den föreställning om läkemedlets dubbla sidor som framkommit i intervjupersonernas berättelser ovan kan beskrivas med utgångspunkt i det tidigare nämnda begreppet *farmakon*, det vill säga läkemedlets inneboende ambivalens på grund av förmågan att fungera både som ett botemedel och som ett gift. Mediciner är på samma gång läkande och farliga, beroende på den situation som de är del av (Derrida 1997). Läkemedel kan vara både välgörande och skadliga för individen som brukar dem. Detta beror till exempel på vilket (och vems) perspektiv som intas när det gäller långtidsverkningar kontra korttidseffekter, huvudsakliga effekter kontra biverkningar och så vidare (Persson 2004).

Läkemedlets inneboende ambivalens synliggörs genom de detaljerade instruktioner och varningar som medföljer ordinationen och läkemedlet, till exempel i bipacksedeln. Anvisningarna som medföljer medicinen berättar om vilka ”regler” som bör följas, vilka risker medicineringen kan innebära och den potentiella faran vid avvikelser. Läkemedlet är således en substans som verkar *domesticeras i förhållande till kroppen* lika mycket som i relation till hemmet och hemmets vardagliga rutiner. Denna kroppsliga domesticering sker genom att ”lyssna av” kroppen och sträva efter att skapa en balans mellan mängden läkemedel och kroppsliga tecken som framträder.



#### 4. AVSLUTANDE DISKUSSION

I denna avslutande del kommer studiens resultat att sammanfattas och diskuteras. Två övergripande teman har visat sig betydelsefulla för att förstå den mening som medicineringen skapar: införlivandet av medicinerna i hemmiljöns vanor och rutiner och förhållandet mellan läkemedlen och kroppen.

Medicineringens relation till kroppsliga tecken och symptom påvisar den spänning som finns i synen på läkemedlet; mediciner som något farligt och riskfyllt men samtidigt med förmåga att förebygga och bota. Åtminstone vissa mediciner betraktas som starka och med förmågan att förändra individen och påverka vem man är. Den egna kroppen övervakas därför ständigt och symptom och känningar utöver det vanliga leder till att uppmärksamheten riktas mot medicineringen och dess påverkan på kroppen. Kroppen och ordinationen ställs på så sätt ibland emot varandra och individen tvingas ta ställning till vad han eller hon ska följa och handla efter: upplevelsen av den egna kroppen eller den medicinska ordinationen.

Men medicinens farlighet tycks delvis kunna motverkas genom den domesticering som sker i skapandet och handhavandet av rutiner kring läkemedlen. Genom att införliva medicinerna i vanor och rutiner framträder de också som vanliga ting, som vilka föremål som helst som ska hanteras dagligen. Följaktligen kan svaret på frågan ”Tar du några mediciner?” bli nej, trots att personen som tillfrågas faktiskt har en eller flera ordinerade läkemedel som regelbundet intas (Alftberg 2012:114f). Medicineringens sammankoppling med vardagliga rutiner leder till att när rutiner av olika anledningar ändras så frångås ordinationen. Det brister alltså i den så kallade följsamheten. Rutinerna är också starkt knutna till tid och rum, vilket också påverkar möjligheten till att vilja eller kunna följa ordinationen.

Resultatet påvisar därmed en ambivalens i individens relation och interaktion med läkemedlet; en ständigt pågående balansgång mellan medicinen som vana eller fara. Det sker oavbrutet en förhandling kring läkemedlets dubbla betydelser av vardaglig rutin respektive farlig substans. Medicinen som vana kan knytas till den domesticering som sker och som gäller både medicinens plats i vardagliga rutiner och i förhållande till kroppen. Men innebörden i domesticering är just tämjande; här tämjandet (eller försök till tämjande) av läkemedlets potentiella farlighet.

Susan Whyte, Sjaak van der Geest och Anita Hardon hävdar att medicinens ambivalenta mening bland annat kan tillskrivas deras kapacitet att både *ge och ta kontroll*. Denna kontroll finns i relationen mellan individen och läkemedlet, men också i sociala relationer individer emellan, till exempel läkare och patient (Whyte et al. 2002). Denna studie har fokuserat på den kontroll som uppstår mellan individen och läkemedlet, där intentionen med medicineringen är att kontrollera kroppen genom att tillföra substanser som anses vara avsaknade eller som kan reglera vad som uppfattas som kroppens bristande funktioner. Det handlar här om den åldrande kroppen och att hålla åldrandet under kontroll. Medicineringen riktas

mot symptom och risker snarare än specifika sjukdomar och diagnoser. Läkemedlen syftar då sällan till att bota utan har som mål att förebygga eller hålla kvar nuvarande hälsotillstånd. Att behandlas för symptom utan en bestämd sjukdomsdiagnos kan ge en vagare form av patientskap, det vill säga att individen ser sig inte som en patient då det saknas en tydligt definierad sjukdom (som kan botas) och personen har därmed ingen förpliktelse att vara en god och följsam patient. Dessutom anses många symptom och ”krämpor” vara en naturlig del av åldrandet (Alftberg 2012). Detta gör att en äldre person inte nödvändigtvis behöver betrakta sig som sjuk eller gå in i en sjukroll på grund av medicinering, snarare tvärtom. Bruket av mediciner associeras mer till ålderdom än till sjukdom. Sammantaget skulle detta möjligen kunna leda till ett friare förhållningssätt gentemot ”doktors order”, det vill säga ordinationen.

Det som talar emot detta är den moraliska risk som följer den som avviker från en ansvarstagande, hälsofrämjande livsstil. I de fall ordinationen inte följs finns en moralisk risk som också kan knytas till samhällelig nivå och medborgarskap. När mediciner används i enlighet med ordinationen, följer individerna den hälsofrämjande livsstil som förväntas av dem. Därmed aktualiserar de sin potential som goda medborgare (Rose & Blume 2005). Avvikelse från ordinationen, eller att avstå helt och hållet från medicineringen, får motsvarande konsekvenser. Begreppet bristande följsamhet handlar därför om vad som anses vara ett misslyckat ansvarstagande kring hälsa och ytterst medborgarskap. En moralisk risk infinner sig således vid varje tillfälle när människor ”experimenterar” med sina mediciner och försöker hitta strategier som fungerar för dem i förhållande till läkemedlets medföljande instruktioner och ordination.

## REFERENSER

- Alftberg, Åsa 2012: *Vad är det att åldras? En etnologisk studie av åldrande, kropp och materialitet*. Lund: Lunds universitet.
- Alftberg, Åsa & Hansson, Kristofer 2012: Self-care Translated into Practice. *Culture Unbound: Journal of Current Cultural Research*, vol. 4, s. 415-424.
- Armstrong, David 1995: The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, vol. 17, nr. 3, s. 393-404.
- Beck, Ulrich (1986) 1998: *Risksamhället. På väg mot en annan modernitet*. Göteborg: Daidalos.
- Blaakilde, Anne Leonora 2007: Löper tiden från Kronos? Om kronologiseringens betydelse för föreställningar om ålder. I: Lars-Eric Jönsson och Susanne Lundin (red.): *Åldrandets betydelser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bos, Elisabeth & Craftman, Åsa 2011: Följsamhet till läkemedelsordinationerna. I: Margareta Grafström och J. Lars G. Nilsson (red.): *Äldre, läkemedel och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Conrad, Peter 2007: *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter 1985: The Meaning of Medications: Another Look at Compliance. *Social Science & Medicine*, vol. 20, nr. 1, s. 29-37.
- Danholt, Peter & Langstrup, Henriette 2012: Medication as Infrastructure: Decentering Self-care. *Culture Unbound. Journal of Current Cultural Research*, vol. 4, s. 513-532.
- Derrida, Jacques 1997: *Apoteket*. Stockholm: Kykeon.
- Doran, Evan, Robertson, Jane & Henry, David 2005: Moral hazard and prescription medicine use in Australia – the patient perspective. *Social Science & Medicine*, vol. 60, s. 1437-1443.
- Dumit, Joseph 2012: *Drugs for Life. How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham/London: Duke University Press.
- Ehn, Billy & Löfgren, Orvar 2007: *När ingenting särskilt händer. Nya kulturanalyser*. Stockholm/Stehag: Symposium.
- Fastbom, Johan 2006: *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Liber.
- Frykman, Jonas 2012: *Berörd. Plats, kropp och ting i fenomenologisk kulturanalys*. Stockholm: Carlssons.
- Frykman, Jonas & Gilje, Nils (red.) 2003: *Being there. New perspectives on phenomenology and the analysis of culture*. Lund: Nordic Academic Press.
- Hansson, Kristofer 2007a: *I ett andetag. En kulturanalys av astma som begränsning och möjlighet*. Stockholm: Critical Ethnography Press.

- Hansson, Kristofer 2007b: Unga viljor – kritiska platser. Platsens betydelse för unga män med astma och allergi. I: Sonja Olin Lauritzen (red.): *Leva med allergi. Samhällsvetenskapliga och humanistiska perspektiv*. Stockholm: Carlsons.
- Hansson, Kristofer 2010: Diskret medicin. Berättelser om astma i annonser och frågelistsvar 1950-1970. *RIG Kulturhistorisk tidskrift* nr. 2, s. 18-30.
- Healy, David 2004: *Let them eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*. New York: New York University Press.
- Johnson, Ericka & Åsberg, Cecilia 2012: Enrolling Men, their Doctors, and Partners: Individual and Collective Responses to Erectile Dysfunction. *Science & Technology Studies*, vol. 25, no. 2, pp. 46-60.
- Kenen, Regina 1996: The at-risk health status and technology: a diagnostic invitation and the “gift” of knowing. *Social Science & Medicine*, vol. 42, nr. 11, s. 1545-1553.
- Latour, Bruno 2005: *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Loe, Meika 2004: *The Rise of Viagra: How the Little Blue Pill Changes Sex in America*. New York: New York University Press.
- Lundin, Susanne 2007: Gamla kroppar och nya tekniker. I: Lars-Eric Jönsson & Susanne Lundin (red.): *Åldrandets betydelser*. Lund: Studentlitteratur.
- Löfgren, Orvar 2007: Order, Chaos and Desperation: the Hyper-materiality of Everyday Life. I: Rob van Ginkel & Alex Strating (eds.): *Wildness and Sensation: An Anthropology of Sinister and Sensuous Realms*. (A festschrift for Jojada Verrips.) Amsterdam: Spinhuis Publishers.
- Mamo, Laura & Fishman, Jennifer 2001: Potency in All the Right Places: Viagra as a Technology of the Gendered Body. *Body & Society*, vol. 7, no. 4, pp. 13-35.
- Merleau-Ponty, Maurice (1945) 2006: *Phenomenology of Perception*. London/New York: Routledge.
- Midlöv, Patrik, Eriksson, Tommy & Kragh, Annika 2009: *Drug-related problems in the elderly*. Dordrecht: Springer.
- Miller, Daniel (ed.) 2001: *Home Possessions. Material Culture behind Closed Doors*. Oxford/New York: Berg.
- Miller, Daniel (ed.) 2005: *Materiality*. Durham/London: Duke University Press.
- Moerman, Daniel 2002: *Meaning, Medicine and the “Placebo Effect”*. Cambridge studies in Medical Anthropology. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mol, Annemarie 2008: *The Logic of Care. Health and the problem of patient choice*. London/New York: Routledge.

- Mårdby, Ann-Charlotte, Åkerlind, Ingemar & Jörgensen, Tove 2007: Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Education and Counseling* 69, s. 158-164.
- Nilsson, Gabriella 2011: Age and Class in the Third Age. Talking about Life as a Mappie. *Ethnologia Scandinavica* vol. 41, s. 71-88.
- Olin Lauritzen, Sonja 2005: Den medelålders kvinnans motsägelsefulla kropp. In: Jeppsson Grassman, Eva & Hydén, Lars Christer (red.): *Kropp, livslopp och åldrande. Några samhällsvetenskapliga perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Persson, Asha 2004: Incorporating Pharmakon: HIV, Medicine, and Body Shape Change. *Body & Society*, vol. 10, nr. 4, s.45-67.
- Pound, Pandora; Britten, Nicky; Morgan, Myfanwy; Yardley, Lucy; Pope, Catherine; Daker-White, Gavin & Campbell, Rona 2005: Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science & Medicine* vol. 61, s. 133-155.
- Rose, Dale & Blume, Stuart 2005: Citizens as Users of Technology: An Exploratory Study of Vaccines and Vaccination. I: Oudshoorn, Nelly & Pinch, Trevor: *How Users Matter. The Co-Construction of Users and Technology*. Cambridge, Ma./London: The MIT Press.
- SBU 2009: *Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Silverstone, Roger 1993: Domesticating the revolution: information and communication technologies and everyday life. *Aslib Proceedings*, vol. 45, nr. 9, s. 227-233.
- Socialstyrelsen 2011: *Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. Läkarens roll*. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- Svenaesus, Fredrik 2008: *Tabletter för känsliga själar. Den antidepressiva revolutionen*. Nora: Nya Doxa.
- Whyte, Susan. Reynolds, Van der Geest, Sjaak. & Hardon, Anita 2002: *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.

---

<sup>i</sup> Ett ansvarstagande för sitt liv och sitt agerande framställs och uppfattas som en normalitet i det senmoderna samhället. I boken *Risksamhället* (1998) redogör Ulrich Beck för hur dagens samhälle ställer krav på att mer reflexivt bearbeta, planera och utforma livet än tidigare. Beck benämner detta som ”kreativa åtgärder”, vars syfte är att gestalta individens plats i samhället. Det krävs en ”aktiv handlingsmodell i vardagslivet” (s. 219), som ger möjlighet att agera utifrån de omständigheter som dyker upp.

<sup>ii</sup> Blodförtunnande läkemedel.

<sup>iii</sup> Levaxin ersätter saknad eller minskad produktion av sköldkörtelhormon, vilket i sin tur påverkar ämnesomsättningen.