LUND UNIVERSITY

Möten med motstånd : kultur, klass, kropp på vårdcentralen

Fioretos, Ingrid

2009

Link to publication

Citation for published version (APA):
Fioretos, I. (2009). *Möten med motstånd : kultur, klass, kropp på vårdcentralen*. [Doktorsavhandling (monografi), Institutionen för kulturvetenskaper]. Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet.

Total number of authors:
1

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

möten med motstånd

kultur, klass, kropp på vårdcentralen

ingrid fioretos

möten med motstånd

kultur, klass, kropp på vårdcentralen

ingrid fioretos

möten med motstånd

kultur, klass, kropp på vårdcentralen

ingrid fioretos

Avdelningen för etnologi
med folklivsarkivet
Institutionen för kulturvetenskaper

LUNDS UNIVERSITET

Ingrid Fioretos: Möten med motstånd

Avdelningen för etnologi
med folklivsarkivet
Institutionen för kulturvetenskaper
Biskopsgatan 7, 223 62 Lund
Tel. 046-222 00 00,
kultur@kultur.lu.se
http://www.kultur.lu.se

© 2009 Ingrid Fioretos
Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet
Grafisk form Magnus Gudmundsson
Bokproduktion yta&innehåll
Tryck Media Tryck i Lund 2009
ISBN 978-91-628-7901-3

One measures the carrying capacity of a bridge by the strength of its weakest pillar. The human quality of a society ought to be measured by the quality of life of its weakest members. And since the essence of all morality is the responsibility which people take for the humanity of others, this is also the measure of a society´s ethical standard.

Zygmunt Bauman
2001

INNEHÅLL

FÖRORD **8**

INLEDNING **12**
Syfte 17
Kulturella processer 18
Kategoriseringar och gränsdragningar 25
Föreställningar om kroppen 30
De komplexa patienterna 35
Den välmenande personalen 39
Metod och material 41
Etiska reflektioner 46
Disposition 48

MELLAN KAOS OCH KONTROLL **50**
2001 – ”En tidsinställd bomb” 53
En tung vardag på Lyran 58
Sandbacken – vare sig Rosengård eller Limhamn 63
Situationen i Malmö 71
Frustration och uppgivenhet 74
2006 – läget under kontroll? 80
Vårdgivarens tydliggjorda roll 84
Förändring som osynliggjort 87

SYNEN PÅ KROPPEN **92**
Fokus på kroppsliga symtom 97
Känsla av sammanhang 102
Inga enkla lösningar 107
Att omdefiniera ett problem 112
Tron på arbete 115

ANSVAR GENOM UPPLYSNING **122**
Egenvård 125
Hälsa som norm 128
Det rätta valet 133
Behandling i grupp 135
Samtalspromenader med Sonja 140
Livsstil eller livsvillkor 146
Den flexibla individen 151

KROPP, KLASS, KULTUR **156**
Kultur och klass 162
I behov av kunskap 167
Att osynliggöra problematiken 169
Slutord 172

SUMMARY **176**

REFERENSER **190**
Internetkällor 200

FÖRORD

I arbetet med min avhandling har jag fått ovärderlig hjälp från en rad personer och med detta förord vill jag passa på att tacka er alla. Först vill jag tacka Gunnar Alsmark som gav mig nyfikenhet inför avhandlingsämnet och fungerade som handledare under den inledande fasen.

Ett varmt och innerligt tack vill jag rikta till Susanne Lundin som under övervägande tiden varit min handledare och som med stor generositet, insiktsfullhet och kunskap har väglett mig i arbetet med avhandlingen. Likaså vill jag tacka Markus Idvall som, i egenskap av biträdande handledare, har visat värdefullt engagemang i mina texter och gett mig klurigheter att fundera på. Utan Susanne och Markus som inspirerande samtalspartners hade det varit betydligt svårare.

Håkan Jönsson fungerade som opponent vid mitt slutseminarium och med skärpa och noggrannhet lästes och kommenterades texten på ett sätt som gav inspiration till fortsatt arbete. Tack till Lars-Eric Jönsson som kunnigt och noggrant läst delar av texten. Likaså tack till Jonas Frykman, Orvar Löfgren, Finnur Magnússon och Fredrik Nilsson som i slutskedet läste texten med kritisk blick, gav värdefulla kommentarer och inspirerade till att tänka nytt.

Ett särskilt tack vill jag rikta till mina goda vänner och kollegor som följt mitt arbete med stort intresse under alla år. Tack Kristina Gustafsson och Anna Månsson McGuinty för att ni läst, kritiserat och uppmuntrat och för att ni ställer upp och finns vid min sida. Tack Anna för ovärderlig hjälp med den engelska sammanfattningen.

Jag vill även rikta ett speciellt tack till Eva Norström som fungerat som en värdefull diskussionspartner och gett viktiga och kloka kommentarer på texten. Likaledes vill jag tacka Margareta Stigsdotter för uppmuntrande, roliga och livsviktiga samtal.

Under åren som doktorand på etnologiska institutionen i Lund är det många som jag har delat vedermödor, festligheter, skratt och rum med. Tack till er alla för att ni har gjort doktorandtillvaron både rolig och inspirerande! Ett särskilt tack till Gabriella Nilsson som fungerat som ett nödvändigt stöd under det sista året av skrivande.

Tack till Sven-Olof Isacsson som i inledningsskedet hjälpte mig att hitta till vårdcentralen Lyran i Malmö. Likaså tack till alla er på vårdcentralen, både personal och patienter, som har delat med er av era erfarenheter. Utan er medverkan hade det inte blivit någon avhandling.

Tack till Margareta Tellenbach för omsorgsfull språkgranskning av texten och till Magnus Gudmundsson som genom sitt gedigna och kreativa arbete har förvandlat texten till en bok. Tryckning av avhandlingen har möjliggjorts tack vare bidrag från Kungliga Gustav Adolfs Akademien för svensk folkkultur och Ebbe Kocks stiftelse.

Slutligen vill jag tacka min familj som gett mig inspiration och kraft att avsluta arbetet. Tack till mamma Marianne som med omtanke och lekfullhet har spenderat tid med barnbarnen. Mitt innerligaste och mest kärleksfyllda tack riktas till Thoas, Alexander, Sofia, Magda och Hector. Tack för att ni berikar min vardag och fyller den med kärlek och mening.

INLEDNING

Sonja kommer regelbundet till vårdcentralen Lyran och genom åren har hon sökt hjälp för värk, magbesvär, yrsel, kramper, ont i hjärtat, sömnsvårigheter, depression och ångest. Enligt henne själv kunde listan göras längre. Nyligen har hon fått diagnosen diabetes och är övertygad om att hon fått denna sjukdom på grund av den stress hon känner i det dagliga livet. Stress över att inte ha ett arbete, stress över att fylla i alla papper som varje månad ska skickas till de sociala myndigheterna, stress över att få pengarna att räcka till, stress över att inte vara någon, att inte vara delaktig, att inte bli sedd. ”Jag är noll. Ingen ser mig. Jag behöver hjälp.” Orden kommer snabbt och hennes ögon tåras. ”Vad kan jag göra?”, hon suckar djupt innan hon fortsätter: ”Men vem kan hjälpa mig? Ingen kan hjälpa mig.”

Anita, som är sjuksköterska på vårdcentralen Lyran, tycker att det är svårt att ge Sonja och andra patienter med liknande problematik den vård de efterfrågar. De återkommer med smärta i olika delar av kroppen och svarar ofta inte på den behandling som ges. ”Vad ska jag göra? Ska jag bara strunta i dom? Ja, jag kan inte göra något annat än att strunta i dom”, säger Anita. Egentligen borde arbetet med dessa patienter även falla på andra institutioner i samhället för att, enligt Anita, kunna ge ett bättre resultat. Det hon kan göra är att informera patienterna om hur kropp och hälsa hänger ihop. Med råd om hur man lever hälsosamt ska Sonja ges verktyg att själv kunna ta ansvar för sitt liv. ”Det finns väl ingenting viktigare än att ta hand om sin egen hälsa”, påpekar Anita.

Denna avhandling handlar om vårdcentralen Lyran i Malmö och personalens syn på de patienter som regelbundet söker vård för smärta, oro och ångest. Vårdcentralen är en institution med ett ålagt samhällsansvar och här ska människors behov av vård vid vardaglig ohälsa tillgodoses. Personalen träffar dagligen patienter som anses svåra, tunga och besvärliga och till vårdcentralen kommer människor som nekas tillträde till andra platser i samhället. Lyran blir på detta sätt en bra arena för att undersöka hur personalen arbetar för att skapa förståelse för eller distans till det som anses vara avvikande och besvärligt. På Lyran sker dagliga prioriteringar, här inordnas människor i olika kategoriseringar och här blir maktstrukturer och hierarkier i samhället synliga. Spänningar mellan ideala synsätt och avvikande förhållanden blir tydliga när vårdpersonalen utvecklar olika förhållningssätt till patienterna för att skapa ordning i verksamheten på Lyran. Även om alla ges möjlighet att uppsöka en vårdcentral, ses inte alla ärenden som presenteras av patienterna som angelägna och möter inte samma acceptans. I avhandlingen är fokus på personalen och de ordningsskapande strategier som utformades i den förändringsprocess som skedde på vårdcentralen Lyran.

För att förklara skeendet på Lyran väljer jag att sätta in verksamheten där i en specifik samhällskontext. Jag inspireras av de teoretiker som beskriver hur det nyliberala samhället har medfört ökade klyftor mellan stater, likaväl som mellan enskilda individer. Enligt nyliberalismen värderas den individuella friheten högt och det finns en tro på att individens välmående är beroende av ett samhälle som gynnar entreprenörsanda och kompetens. I enlighet med dessa tankar blir det viktigt att skapa ett samhälleligt ramverk som främjar privat egendomsrätt, privatisering av offentliga verksamheter, ökad konkurrens och skattelättnader. Det blir angeläget att skapa möjligheter till fri handel av kapital, varor, tjänster och arbetskraft över

nationsgränser (Harvey 2005). I ett nyliberalt samhälle framhävs individualism och individens ansvar för den egna livssituationen. Flera teoretiker pekar på att det är människors intellektuella kunskaper och relationer som förväntas generera lönsamhet och konkurrenskraft i dagens västerländska samhälle. Enligt detta synsätt ökar kraven på en ny typ av människa, en människa som klarar av att vara flexibel, rörlig, reflexiv och självkontrollerad för att vara en attraktiv aktör på marknaden (Sennett 1999). I denna syn på världen ses vissa stater och individer vara mer gynnade, medan andra hamnar utanför i det som sociologen Manuel Castells benämner ”den sociala utstötningens nya geografi” (Castells 2000:181). Hur avspeglas dessa samhällsförändringar i vårdpersonalens arbetssituation på vårdcentralen i Malmö? Hur påverkar tankar om den kreativa och flexibla människan verksamheten på Lyran?

Under 1990-talet ökade klyftorna mellan fattiga och rika i Sverige när en växande arbetslöshet medförde att de ekonomiskt redan svaga hushållen blev svagare, medan de redan starka blev starkare. Framförallt var det ungdomar, ensamstående kvinnor med barn och personer födda i ett annat land som drabbades av den ekonomiska krisen under 1990-talet (SOU 2001:79). Paralleller kan dras till den globala ekonomiska kris som sköt fart under hösten 2008 och som kan medföra liknande svårigheter för människors ekonomiska situation som under 1990-talet. Även om det i Sverige finns en lång politisk tradition av att vilja garantera att alla invånare ges samma rättigheter och att människor ska ha likvärdig tillgång till utbildning, sociala försäkringssystem och hälso- och sjukvård, visar omfattande forskning att det finns tydliga samband mellan människors hälsa och deras sociala och ekonomiska situation. Hälsan kan påverkas av faktorer som arbetssituation, var en person bor, om personer upplever delaktighet i samhället och har inflytande över sin situation (SOU 2000:3). Villkoren för människors

förutsättningar för ett friskt liv är således ojämlika och det finns vissa grupper i samhället som har större risk än andra att drabbas av ohälsa. Generellt sett har män bättre hälsa än kvinnor, yngre bättre hälsa än äldre, tjänstemän bättre hälsa än arbetare och personer födda i Sverige bättre hälsa än personer födda i ett annat land (SOU 2001:79).

Personalen på Lyran upplever att det är fler patienter som söker vård på vårdcentralen under 2000-talet än tidigare. Även sjukdoms- och ohälsosymtomen har förändrats och personalen berättar att en stigande andel av patienterna söker vård för besvär som anses vara både svåra att diagnostisera och att behandla. Framförallt är det mer diffusa diagnoser eller symtomdiagnoser[1] som ökar, och patienterna söker oftare läkarhjälp för besvär som exempelvis ängslan, oro och ångest (Frykman och Hansen 2009). I mötet med dessa patienter uppstår friktion i den vardagliga arbetsrytmen på Lyran. Den invanda smidighet som finns vid diagnos och behandling av exempelvis en öroninflammation eller ett brutet ben, finns inte när patienterna söker för diffusa symtom som smärtor i olika delar av kroppen, för ångest eller för sömnsvårigheter. För personalen på vårdcentralen utgör dessa patienter tydliga avvikelser från, som de säger, de normala mottagningarna och patienterna beskrivs som svåra, komplexa eller som tunga.[2] Utifrån vårdpersonalens definition väljer jag att hädanefter benämna dessa patienter ”de komplexa patienterna”.

De komplexa patienterna uppvisar stor variation vad gäller ålder, ekonomisk situation, utbildningsnivå, födelseort och

1 Med begreppet symtomdiagnoser beskrivs att patienter söker upp hälso- och sjukvården och berättar om sina symptom, men vårdpersonalen kan inte hitta en medicinsk eller biologisk förklaring till patienternas besvär (Frykman och Hansen 2009).

2 När jag ber de anställda att uppskatta hur stor andel av patienterna på Lyran som under år 2001 kan definieras som komplexa, varierar svaren mellan 60 och 90 %. Även om uppskattningarna skiftar är personalen överens om att dessa patienter tillhör en majoritet av dem som söker vård på vårdcentralen. Denna uppfattning förändras över tid och under 2006 gick denna siffra ner.

språkförmåga. I denna grupp ingår såväl män som kvinnor, äldre som yngre, de som har ett arbete att gå till och de som står utanför arbetsmarknaden, samt de som är födda i Sverige och de som är födda i ett annat land. Det gemensamma för dessa patienter är att de ger uttryck för olika kroppsliga symtom som enligt vårdpersonalen inte kan förklaras utifrån medicinska eller biologiska aspekter och att de återkommer med regelbundenhet till vårdcentralen utan att uppvisa ett förbättrat tillstånd.

Det är om hur vårdpersonalen förstår mötet mellan dem själva och de komplexa patienterna som min undersökning handlar. Jag vill undersöka om det finns alternativa ingångar till en förståelse för varför vissa patienter inte anses svara på föreskriven behandling eller uppfattas som svåra att nå fram till. Genom att beskriva mötet på Lyran utifrån nyliberala tankar och postkolonial teori kan de färdiga mallar och kategoriseringar som vårdpersonalen ofta använder i mötet med patienterna, brytas upp och ifrågasättas. Det blir ett försök till att visa att det finns andra sätt, andra redskap, andra nycklar för att förstå vad som händer i mötet mellan personal och patienter på vårdcentralen.

SYFTE

Som etnolog är jag intresserad av att studera kulturmönster och kulturella processer. Jag frågar mig hur människor i dagens samhälle påverkas av fenomen som globalisering, migration och övergång till ett nytt ekonomiskt system. Avstamp tar jag i kritisk kulturteori, där kulturbegreppet är kopplat till olika maktförhållanden som utgör grund för kategorisering och hierarkisering av individer och samhällen. Syftet är att studera hur personal på en vårdcentral i Malmö i mötet med patienterna förhandlar och förstår kroppsliga konsekvenser av den sociala utstötningens nya geografi. Jag vill studera individers vardagliga

erfarenheter, som anställd på en vårdcentral eller som patient, och undersöka hur struktur och individ i samspel skapar, påverkar, förändrar och reproducerar varandra. Vilka strategier utformas för att hantera mötet med de komplexa patienterna på vårdcentralen? Vad innebär kulturella, sociala och ekonomiska kategoriseringar och stereotypa föreställningar för mötet mellan vårdgivare och vårdtagare på vårdcentralen? Avhandlingen handlar vidare om de förväntningar som finns i dagens samhälle på individen att vara reflexiv, flexibel och att ha förmåga att själv ta ansvar för att leva ett liv i hälsa. Jag är intresserad av hur de som lever på samhällets skuggsida förstås, förklaras och kategoriseras av personalen på Lyran.

KULTURELLA PROCESSER

Genom att använda Lyran som en empirisk och analytisk arena vill jag utläsa något om förhållanden i samhället i stort. Eller omvänt, för att få förståelse för vad som händer på Lyran, måste även samhälleliga sociala och kulturella processer inkluderas i analysen av verksamheten där. Begreppet kulturella processer poängterar att kultur är ett pågående skeende, där identifikationer skapas, uttrycks, förändras och förhandlas i ett ständigt flöde. Kulturella processer, som analytiskt begrepp, fångar inte enbart vardagliga praktiker eller hur man utför saker, utan innefattar dessutom rådande normer och maktstrukturer i samhället, samt medföljande kategoriseringar. Det kan beskrivas som en referensram som individen, på olika sätt, måste förhålla sig till (Ehn och Löfgren 2007). Men det innefattar även en förståelse för att i varje möte mellan människor sker identitetsförhandlingar. Detta ger individen möjlighet att utifrån sina egna premisser definiera, skapa och omförhandla olika identiteter vid varje enskilt möte. Eftersom det finns en inbyggd möjlighet till

ambivalens eller motsägelse i kulturella processer, kan samma fenomen få olika betydelser i möten mellan olika personer. En person kan därmed förstås som underordnad vid ett givet tillfälle och som överordnad vid ett annat. Människor tillåts, med andra ord, att göra eller forma sin identitet i mötet med andra. Men, även om individuella möten ges individuella yttringar, tvingas alla förhålla sig till de maktstrukturer och samhälleliga normer som finns.

Kulturella processer ska förstås som ett mer öppet analytiskt redskap, för att studera individers möjliga representations- och identifikationsmöjligheter, än vad som inryms i en essentialistisk förståelse av begreppet kultur. I analyser av fenomen i dagens samhälle, speciellt i en miljö som kan betecknas som mångkulturell eller mångetnisk, framstår kultur som svåranvänt. Det svåranvända hänger samman med att kultur, vid sidan av att fungera som ett uttryck för hur människor förstår, gör och skapar sin omvärld, har kommit att definieras som ett speciellt särdrag eller egenskap som människor anses besitta. Denna tanke hänger samman med att kultur kan förknippas med plats, enligt tankekedjan att en nation bebos av ett folk, med ett gemensamt ursprung, som talar ett språk och som delar en gemensam kultur. En persons agerande kan därmed förklaras utifrån var hon kommer ifrån (Ferguson och Gupta 1992; O´Dell 1998). Denna gemenskap behöver inte nödvändigtvis förknippas med en nation, utan kan utgå från en lokal identitet, exempelvis en förort (Ristilammi 1994) eller en landsort (Hansen 1998). Individen framstår i detta perspektiv som en kulturbärare och ses som en representant för ”sin kultur”, en kultur som anses skilja sig från ”vår kultur”. Kultur innesluter på så sätt de som förväntas dela referensram och förståelse av världen. Samtidigt skapas föreställningar om skillnad mot omgivningen, mot dem som inte anses dela denna gemensamma referensram. Enligt detta synsätt kan en person som är född i ett annat land än

Sverige, inte anses ha förmåga eller förutsättning för att kunna ingå i en svensk kulturell gemenskap. Kultur blir på detta sätt inneslutande, men även exkluderande i sin definition (Eriksen 1999; Gustafsson 2007).

I en tidigare studie (2002) undersöker jag hur läroboksförfattare till kulturmöteslitteratur för vårdstuderande har en ambition att ringa in och beskriva en kulturs essens eller kärna. Författarna gör detta i syfte att försöka tydliggöra hur en person som anses tillhöra en kultur vill bli bemött i en vårdsituation. De talar om för läsaren hur ”muslimska patienter” vill bli omhändertagna, exempelvis vid livets slutskede. Läroboksförfattarna gör generella påståenden som utgår från ett essentialistiskt kulturbegrepp där en påtaglig risk är att mångfalden inom en definierad grupp negligeras; istället förstärks stereotypa uppfattningar om vem den muslimske patienten är. Även etnologen Magnus Öhlander (2005) har studerat texter skrivna av och för vårdpersonal. Han beskriver hur begreppet kultur används som förklaring till problem som uppstår i olika vårdmöten. Det är skillnaden mellan olika kulturer som poängteras, och svårigheter som kan uppstå i mötet anses bero på dessa kulturskillnader. Det finns en uppenbar fara för att dessa texter, ämnade för vårdstuderande och vårdpersonal, blir manualer för att förstå individer utifrån deras kultur. Personen tvingas in i rollen som representant för sin kultur (Fioretos 2002).

Det förekommer att personalen på vårdcentralen använder kulturtillhörighet för att förklara vissa personers agerande. Exempelvis anser en barnmorska på Lyrans barnavårdscentral att en fyraårig pojke har alltför långt hår. När en läkare säger att hon tycker att pojken är gullig i det långa håret, vidtar en diskussion där barnmorskan vidhåller hur förfärligt det är att föräldrarna inte klipper sin son. Samtalet avslutas med att barnmorskan ger sin förklaring till pojkens hårlängd: ”Ja, det är kanske inte så konstigt att han har så långt hår, dom är ju zigenare.” Med detta

uttalande förstärks skillnad och annorlundahet, samtidigt som kulturell tillhörighet anses förklara pojkens frisyr. Det finns all anledning att ifrågasätta tillvägagångssättet att ensidigt förklara människors agerande utifrån ett essentialistiskt kulturbegrepp. Framförallt eftersom detta kan leda till att problem i samhället, som exempelvis segregation och diskriminering, ges kulturella förklaringar istället för strukturella, sociala och ekonomiska (Molina 2001; Gustafsson 2007).

Genom kulturella processer sätts fokus på sammansatta relationer mellan olika individuella uttryck, och det ges utrymme för en person att anta varierande tillhörigheter, egenskaper och identiteter. På så sätt tillåts individen att innefatta motsägelser, överskridande, ambivalenser och förändring. Detta kan jämföras med ett intersektionalistiskt perspektiv som vill fånga olika maktdimensioner i samhällets organisering, och visa hur kön, klass, etnicitet och sexualitet görs och reproduceras genom varandras interaktion och maktförhållanden (De los Reyes 2005; Martinsson 2006). Det blir viktigt att sammanföra olika maktaspekter för att skapa en förståelse för att en individ inte enbart är kvinna, utan även född i Somalia och för tillfället utan arbete.

När jag först kom till vårdcentralen Lyran var jag inriktad på att studera skeendet där utifrån begreppet etnicitet. Snart insåg jag att etnicitet som ensamt analysverktyg inte var tillräckligt, utan det blev viktigt för förståelsen av både enskilda situationer och för strukturella sammanhang i samhället att även inkludera klass. Ett exempel som förtydligar detta är ett möte mellan en läkare och en manlig vårdsökande, där min upplevelse är att patienten talar dålig svenska med en stark brytning som gör honom svår att förstå. Tvärtom, säger läkaren efter mötet, och tycker att mannen pratar mycket bra svenska och att han har förstått precis vad mannen vill få sagt. Patienten i exemplet är högutbildad och hittar ett sätt att förhålla sig till vårdgivaren som läkaren kan relatera till. Mannen lyssnar, uttrycker att han har

förstått, utvecklar läkarens tankegångar och på andra sätt visar att han är en reflekterande person som behärskar situationen på vårdcentralen. Då spelar det mindre roll om hans språkliga förmåga är lägre och hans brytning grov. Det är inte läkarens och patientens etniska bakgrund som dominerar i mötet, utan det handlar snarare om utbildningsnivå och klasstillhörighet. På detta sätt blir det viktigt att utöver etniska aspekter även inkludera klass i min analys av hur den sociala utstötningens nya geografi gestaltas på en vårdcentral i Malmö. Det är viktigt att visa att faktorer som ekonomisk situation, socialt nätverk, förankring på arbetsmarknaden eller utbildningsnivå kan vara minst lika betydelsefulla som etnicitet för förståelsen av individers situation på Lyran.

Både etnicitet, kultur och klass ingår som viktiga delar i hur individen förstår, ordnar och strukturerar sin omvärld. De är identitetsmarkörer som handlar om olika aspekter av människors vardagsliv, men även om samhällsstrukturer, och påverkar vem personen är och tillåts vara. Både etnicitet, kultur och klass är relationsbundna begrepp vars definition varierar utifrån olika förutsättningar. Det är i mötet med andra som etnicitet får betydelse, anser socialantropologen Fredrik Barth (1969), och ser den interaktiva processen som grund till förståelsen av begreppets innebörd. Etnicitet blir därmed något som omtolkas och förändras utifrån möte, situation och över tid. På detta sätt blir etnicitet ett fenomen som ständigt produceras och reproduceras och där gränserna mellan grupper inte ses som fasta och för en gång givna.

På liknande sätt går det att beskriva klassbegreppet som beroende av relation. Inspiration till min förståelse av klass hämtas från kultursociologen Pierre Bourdieu och sociologen Beverly Skeggs, som båda förklarar klass utifrån andra grunder än ekonomisk underordning eller ojämlik tillgång och fördelning av arbete och kapital. Bourdieu visar hur symboliskt kapital inverkar på individers sätt att uttrycka klasstillhörighet.

Att ses som tillhörande en specifik klass handlar inte alltid om ekonomisk förmåga, utan även om hur personers position i samhället ger upphov till vanemässiga sätt att förstå och handla. Det liv som människor lever och har levt har inverkan på deras åsikter och sätt att agera, vilket Bourdieu kallar för habitus. Med habitus vill han fånga att människors sociala och ekonomiska bakgrund får betydelse för individens sätt att tänka och agera. Med hjälp av subtila handlingar som mimik, sätt att uttrycka sig, val av klädsel, mat och dryck kan en person visa vem hon är eller vill vara. Detta beskrivs som dispositioner, som individens habitus, och är klassbundna och nedlagda i individen och utgör grunden för handlandet. Dessa dispositioner ger upphov till ojämna maktrelationer och i vissa fall innebär habitus en resurs och ett maktredskap, men i andra sammanhang utgör det ett hinder och en oförmåga att behärska vissa situationer. Olika individer ges olika värde beroende på kulturell tillhörighet och social position (Bourdieu 1991; Broady 1991; Lundin 1992). Det handlar om det sociala arvets betydelse. Genom att tänka genom Bourdieu kan jag fånga relationens betydelse för hur individer uppfattas i olika sammanhang. Bourdieu pekar på betydelsen av just relation och vikten av att någon eller några måste erkänna kapitalet som en tillgång. Tillskriven klasstillhörighet påverkas av plats- och tidsaspekter och förändras utifrån sociala, kulturella och ekonomiska sammanhang. Om en person byter sammanhang kan även klasstillhörighet förändras i betraktarens öga. Detta öppnar för en förståelse av klass som något rörligt och föränderligt.

På liknande sätt talar Skeggs om klass som något som görs i mötet mellan människor. Skeggs beskriver hur klass är inskrivet i kroppen och hur detta avläses, kategoriseras och värderas av andra i mötet. Beroende på vem som möts, och var, värderas olika kroppsliga uttryck utifrån specifika sätt att klassificera omvärlden. Den andres blick kan ange begränsningar för vem individen anses vara och påverka

personens upplevelse av värde och självkänsla (Skeggs 2004).

Genom att fokusera på kultur och klass får andra viktiga identifikationer med samma grundläggande strukturerande och organiserande principer, som kön och ålder, ingen genomgående analys. Detta val kan medföra att gruppen ”de komplexa patienterna” framstår som mer homogen än vad den egentligen är. I mitt material återfinns både kvinnor och män, samt representanter för olika generationer.

Kultur och klass har betydelse för och är en viktig del av en persons identitet. Det sätter ramarna för en form av gemenskap som människor måste förhålla sig till, och kan utgöra ett villkor även vid avståndstagande från detta villkor. Detta beror på att trots valmöjligheter är det svårt att frigöra sig från de sociala, kulturella och ekonomiska kontexter som man är född in i. I vissa sammanhang kan kulturell tillhörighet få en avgörande betydelse för förståelsen av ett visst skeende, medan det i andra situationer kan sakna relevans och betydelse. I exemplet med pojkens hårlängd får kulturell tillhörighet en viktig roll för barnmorskans förståelse av föräldrarnas val av frisyr, medan i exemplet med den högutbildade patienten försvinner etnicitet som förklaringsgrund och blir inte betydelsefullt för mötet. Istället synliggörs andra aspekter i det individuella mötet, där andra möjligheter för identifikation uppstår. På vårdcentralen Lyran är kultur närvarande, men anses på samma gång i vissa fall som betydelselös. Man skulle kunna beskriva det som så, att det är just denna betydelselöshet, den kontext där förutbestämda definitioner saknar förklaringsvärde, som utgör ett av de viktigare analytiska fälten i avhandlingen.

Hur förhåller sig de anställda och patienterna på vårdcentralen Lyran till invanda kategoriseringar? Vilken roll spelar klass-tillhörighet i mötet? Hur uppstår gränsdragningar för vem som anses ingå och vem som utesluts ur en specifik tillhörighet? Hur kan invanda kategoriseringar och gränsdragningar ifrågasättas?

KATEGORISERINGAR OCH GRÄNSDRAGNINGAR

Människor delas in, både av sig själva och av andra, i sociala och kulturella kategorier som värderas och definieras i relation till varandra. Genom att utgå från olikhet och likhet, annorlundahet och skillnad producerar och reproducerar individer olika kategoriseringar och gränsdragningar i en ständigt pågående process. För att förstå hur individens skapande av mening och sammanhang är beroende av specifika kunskaps- och maktrelationer, inspireras jag av poststrukturalistiska och postkoloniala teoretiker. I dessa teoretiska perspektiv poängteras vikten av att genomskåda olika maktstrukturer för att på så sätt kunna förklara vem som ges tolkningsföreträde och därmed har rätten att definiera andra individer in i olika grupptillhörigheter.[3] Makten att definiera de normer, ideal och praktiker som är gällande, ger även möjlighet att fastställa gränser för dem som innesluts i en gemenskap och de som anses vara avvikande, de som underordnas och de som utesluts. Förhållandet mellan vi och de andra är beroende av struktur och organisation i ett samhälle.[4]

Genom att visa att det var i en specifik historisk kontext som bilder och berättelser om vi och de andra en gång skapades, öppnade Edvard Said (1978) en teoretisk diskussion om hur de nationalistiska och koloniala berättelserna fortfarande formar vår världsbild. Han beskriver hur den vite, europeiske mannen

3 En inspiratör till de poststrukturalistiska och postkoloniala teorierna är Michel Foucault och ett centralt begrepp för dessa teoretiska perspektiv är diskurs. Diskurs kan förklaras som ett övergripande kunskapssystem eller förståelseram, som innefattar en typ av vetande som är dominerande under en historiskt avgränsad period och som formar människors sätt att tänka och handla. Det är omöjligt att ställa sig utanför en diskurs eller att agera oberoende av den (Thörn 2004; Öhlander 2005). På detta sätt styr rådande normer och ideal i samhället människors förståelse av sig själva och andra och hur individer definieras och inplaceras i olika grupperingar.

4 För att skapa en känsla av gemenskap och tillhörighet inom en grupp, ett vi, är det effektivt att sätta sin egen tillhörighet i kontrast till någon annans. De andra blir de som inte är som vi, utan snarare vår motsats. De andra är annorlunda och ses ofta som hotfulla eller som mindre önskvärda, men de kan även vara något som fascinerar eller lockar (Jonsson 1993).

inte enbart innehar ekonomisk och militär dominans över stora delar av världen, utan samtidigt ett tolkningsföreträde som ger rätten att berätta, beskriva och representera de andra. Denna strukturella ordning är alltjämt aktuell, enligt Said, och han visar hur de föreställningar om de andra som skapades genom kolonialismens berättelser även idag formar vår världsbild. Dessa berättelser innebär en hierarkisering av olika kulturella och sociala grupper, där vi framställs som mer utvecklade, mer framstående och så vidare än de andra. Litteraturvetaren Stefan Jonsson beskriver hur den verklighet vi känner och lever i är oskiljaktig från dessa koloniala berättelser. Våra bilder av och föreställningar om de andra bygger på invanda kategoriseringar, som vi på olika sätt inskolats i.[5] Dessa kategoriseringar påtvingar samtidigt de andra fasta, stabila, homogeniserande sociala och kulturella identiteter som varken är sanna eller representativa, men som påverkar vårt sätt att vara i och förstå vår omvärld (Jonsson 1993; 1995).

Under 1970- och 1980-talen identifierades flera nationer i Europa som mångkulturella, exempelvis Storbritannien, Frankrike, Tyskland och Sverige, och en rad nya frågor uppkom som berörde nationalstat, etnicitet, integration, segregation, diskriminering, rasism, etnocentrism, representation och erkännande. Majoritetsbefolkningens tolkningsföreträde ifrågasattes och samtidigt det faktum att olika minoriteters erfarenheter hade uteslutits och osynliggjorts i den rådande historieskrivningen. I denna kritik blev det viktigt att genomskåda förhärskande föreställningar om de andra och på vilka historiska grunder dessa bygger.

5 Denna inlärning av hur vi kategoriserar vår omvärld sker t.ex. i skolan, genom medier, akademisk teori, politisk retorik och litteratur. Vi har inskolats i att förstå bl.a. hur det är i Afrika och hur människor lever i Asien (Olsson 1984; Palmberg 1987; Palmberg 1999). Tidigare rasideologi delade in mänskligheten i olika raser, som i sin tur rangordnades, och vissa rastyper ansågs vara mer utvecklade och bättre än andra (Lindqvist 1992). Dessa indelningar och kategoriseringar påverkar idag vår uppfattning om de andra.

Detta ledde till diskussioner om hur samhällets normer, struktur och organisation i sig bär på en inbyggd diskriminering av individer och grupper. Svenska institutioner är uppbyggda enligt en viss struktur och organisation, samt utifrån gällande normer och ideal. Värderingar och normer, som ligger till grund för exempelvis den svenska hälso- och sjukvården, innefattar en speciell förståelse av världen och vad som anses vara viktigt och rätt. Flera etnologiska studier behandlar hur det mångkulturella samhället har kommit att formuleras både politiskt och praktiskt, och de beskriver konflikten mellan idén om det mångkulturella och mötet med det svenska samhällets normer och ideal. I Ann Runfors avhandling (2003), beskrivs hur den värdegrund som är rådande i svenska skolan inte lyckas innefatta alla elever och hur den därmed verkar exkluderande. Runfors diskuterar hur lärarnas mål är att förmedla det goda livet och vägen för att nå dit. Kristina Gustafsson visar i sin studie hur en svensk värdegrund blir styrande för verksamheten i en muslimsk friskola. Även här handlar det om att lära eleverna det rätta sättet att tänka och vara för att inskolas in i det liberala tänkandet och in i det svenska samhället. Gustafsson diskuterar huruvida krav på lika värde kan förenas med erkännande av särskildhet (Gustafsson 2004). I båda dessa studier ifrågasätts hur vissa grundläggande värden ses som naturliga och därmed svåra att ifrågasätta. Runfors och Gustafsson anser att även andra sätt att organisera vardagen bör erkännas som bra och goda, istället för att som ofta tolkas som tecken på svaghet eller brist på insikt. Flera paralleller kan dras mellan deras resonemang och verksamheten på vårdcentralen Lyran.

Etnologiska studier i vårdmiljö som verkat inspirerande är Karin Lövgrens och Ann Runfors (1993) studie om personalens upplevelser och berättelser om sitt vårdarbete i en mångkulturell miljö. De fokuserar de vårdanställdas beskrivningar av den dagliga arbetssituationen och hur de förhåller sig i mötet med dem som ses som annorlunda. De pekar på att vissa

möten upplevs som hotande i förhållande till centrala värden i den svenska kulturen och hur vårdpersonalen beskriver detta som problematiskt och som något som bör kunna förändras. Även Mirjaliisa Lukkarinen Kvist (2001; 2002) beskriver de vårdanställdas erfarenheter och syn på patienterna på en vårdcentral i Fittja, liksom de boendes syn på hälsa och vård. Dessa studier sammanfaller med min ambition att studera synen på de komplexa patienterna och hur detta påverkar den verksamhet som bedrivs på Lyran. Eva M. Karlsson (2008) undersöker hur vårdtagarna konstrueras som patienter i mötet mellan hemsjukvårdens personal och äldre döende patienter. Karlsson beskriver ideala föreställningar om det goda döendet och mötet med individers inflytande över den egna döden.

Vårdcentralen är en samhällsinstitution som kan betraktas som en egen kultur med egna normer, regler och idésystem. Samtidigt kan sjukvården ses som ett uttryck för svensk kultur och som uppbyggd utifrån svenska ideal. Enligt poststrukturalistisk teori finns en inneboende maktstruktur i själva språkets konstruktion, vilket påverkar betydelsen för skapandet och upprätthållandet av sociala hierarkier, politiska riktlinjer, institutionell ordning och kulturell identitet. I detta perspektiv ses språket som uppbyggt av ord som i sig genererar skillnader och kontraster, samt med ett inbyggt förhållande av dominans och underordning som påverkar förståelsen av innebörden. Ordet ”svart” ges därmed innehåll genom att ställas mot sin kontrast ”vit”, och denna betydelse påverkas av att det finns en hierarkisering mellan begreppen svart och vit, där vit ses som överordnad svart (Hall 1992; se även Mattsson 2005).

Genom beteckningar som exempelvis ”Statens invandrarverk”, som fram till år 2000 arbetade med asylärenden, medborgarskapsfrågor och integrationsfrågor, förstärktes skillnader mellan det svenska och det andra. Uttrycket fick en inneboende kraft som påverkade människors uppfattning av det som

beskrevs. Benämningen Statens invandrarverk poängterade ett tudelat Sverige, och pekade på att vissa tillhörde medan andra stod utanför. När de andra hamnade under en speciell statlig institution stärktes känslor av främlingskap och annorlundahet (se även Kamali 2005a). På vilket sätt manifesteras skillnad mellan människor genom hur begrepp och uttryck används på vårdcentralen?

Genom de poststrukturalistiska och postkoloniala teorierna problematiseras begrepp som identitet, kultur och etnicitet som något som är stabilt och homogent, och öppnar därmed för att tänka bortom fastställda gränser och gängse narrativa strukturer. På detta sätt ges möjlighet till alternativa strategier för att undersöka social och kulturell identitet eller att förstå förhållandet mellan vi och de andra. Genom att visa möjligheter till att ständigt ifrågasätta vanligt förekommande fördomsbilder och kategoriseringar kan individer tillåtas att formas av flera platser och flera berättelser samtidigt. I etnologen Gunnar Alsmarks studie (1997) beskrivs en ung kvinnas reflexiva sökande efter att tillåtas anta en överskridande identitet och erkännas som både svensk, som ugandier och som indier. Dessa olika tillhörigheter innehar samma värde för henne och för formandet av hennes identitet. Likaså undersöker etnologen Magnus Berg turkiska ungdomars identitetsförhandling när de tvingas förhålla sig till majoritetens föreställningar om en fixerad och homogen turkisk identitet. Berg beskriver hur den tillskrivna identiteten påverkar den enskildes uppfattning om vem hon är som individ (Berg 1998). Även Anna Månsson (2002) undersöker samspelet mellan självbild och tillskrivna sociala och kulturella kategoriseringar. I hennes studie av svenska kvinnor som konverterat till islam beskrivs hur en individ upplever sig vara en och samma, även om andras förståelse av personen förändras när de konverterat. Dessa texter behandlar vikten av att ständigt ifrågasätta och samtidigt överskrida och upplösa invanda kategoriseringar. Hur

individen bör tillåtas att göra anspråk på att definieras utifrån olika identiteter och att vara *både och* eller *varken eller*.

Litteraturvetaren Gayatri Spivak anser att människor måste befria sig från all tidigare kunskap för att ha möjlighet att ifrågasätta och se bortom invanda kategoriseringar. Anledningen till detta är att den kunskap vi har tillgång till bygger på en uppdelning av världen, som har skapats och skapas i specifika maktförhållanden (Spivak 1993; se även Bhabha 1994; Eriksen 1999). Spivaks uppmaning är förstås en omöjlighet, men sätter fokus på att människor bör sträva efter en förståelse för att deras uppfattning av omvärlden är en historisk, kulturell och social konstruktion. En konstruktion som lika väl hade kunnat utformas på andra sätt utifrån andra premisser. Det är viktigt att tillåta sig själv och andra att vara den man är, eller vill vara, vilket överensstämmer med kravet på ett samhälleligt erkännande för den enskilde individens rätt till att definiera sig själv (jfr Taylor 1999).

Med utgångspunkt i postkoloniala och poststrukturalistiska teorier vill jag studera hur maktposition, normer, ideal och tolkningsföreträde produceras på en vårdcentral i Malmö. Fokus ligger på vårdpersonalens vardagliga praktiker och erfarenheter i mötet med de komplexa patienterna. För att undersöka detta blir det viktigt att få förståelse för personalens föreställningar om kroppen och deras förståelse av de komplexa patienternas kroppsliga symtom.

FÖRESTÄLLNINGAR OM KROPPEN

På vårdcentralen är uppmärksamheten inställd på kroppen och på kroppsliga uttryck. Patienterna söker vård för besvär med kroppar som smärtar, som strejkar, som beter sig annorlunda mot tidigare och som är infekterade och ömma. Även personalens kroppar ger sig till känna och de berättar hur känslan av otillräcklighet på

arbetet gör att de har svårt att slappna av när de kommer hem efter arbetsdagens slut. Personalen har ont i axlar, de har magar som krånglar och ryggar som värker. Verksamheten på vårdcentralen Lyran handlar till stor del om möten mellan olika kroppar.

Min analytiska ingång för att förstå synen på kroppen är inspirerad av antropologerna Margaret Lock och Nancy Scheper-Hughes (1996) och hur de binder samman samhälleliga tankestrukturer och individuell förståelse av kroppen i det som de benämner *the three bodies*. Genom att dela in kroppen i tre analytiska fält betonas samspelet mellan individens eget handlingsutrymme och samhälleliga processer. Modellen med de tre kropparna tydliggör hur den individuella och självupplevda kroppen samverkar med den sociala kroppen och den politiska kroppen. När patienterna upplever kroppslig smärta går de till vårdcentralen för att få vård. Där möts de av vårdpersonalens kulturellt präglade syn på kroppen, där förställningar om biologi och kultur påverkar vilka diagnoser och behandlingsformer som ges. Den sociala kroppen blir en del av de kulturella föreställningar som vårdpersonalen ingår i. Samtidigt påverkas patienternas kroppar och kroppsliga symtom i samspel med den politiska kroppen, dvs. hur samhälleliga normer och ideal med medföljande disciplinerings- och kontrollsystem inverkar på hur patienternas problematik uppfattas och prioriteras av vårdsamhället. Enligt modellen ”the three bodies” går det att undersöka hur individuella upplevelser, kulturella föreställningar och samhälleliga kroppsideal samverkar både hos individen och i synen på individen.

Lock och Scheper-Hughes vill visa hur kropp, samhälle och ekonomisk situation är sammanvävda och hur kroppen är den mest direkta arenan för att ge uttryck för sociala, ekonomiska och kulturella förhållanden. Detta synsätt möjliggör för en analys av hur kraven på människor att vara självkontrollerade, kompetenta och flexibla som formuleras i det nyliberala

samhället, påverkar synen på individen och på kroppen. På detta sätt kan vårdcentralen ses som en kulturell förhandlingsplats, där både patienter och personal blir aktiva medskapare av samhälleliga, strukturella och kulturella mönster. Hur förklarar vårdpersonalen på Lyran olika kroppsliga besvär? Vilka symtom får en diagnos och vilka förblir namnlösa?

Flera av patienterna i denna undersökning berättar om hur deras ekonomiska och sociala situation skapar oro och stress och hur denna stress äter sig in i kroppen och sätter sig i deras kroppar. För Lock och Scheper-Hughes kommunicerar den individuella smärtan en social, politisk och ekonomisk utsatthet, och kan ses som en protest mot en förtryckande eller nedtryckande social position. Ohälsa kan därmed förstås som en möjlig väg för att uttrycka ett motstånd mot sin tilldelade plats i samhället. I en studie av arbetare på en sockerplantage i Brasilien beskriver Nancy Scheper-Hughes (1992) hur en del drabbades av skakningar, svimningar, hysteriskt gråtande, minnesförlust eller ansiktsförlamning. Scheper-Hughes anser att detta blev ett sätt att göra motstånd mot rådande strukturer i det brasilianska samhället och diskuterar hur dessa besvär egentligen handlade om plantagearbetarnas position som lågt avlönade arbetare utan möjlighet att påverka sin situation. På detta sätt uttrycktes en vägran att leva under givna förhållanden, en vägran att acceptera sin placering i en social hierarki, en vägran att klara av eller att orka, enligt Scheper-Hughes. På ett tydligt sätt visar hon i sin undersökning hur hälsa hänger samman med position i samhället, klasstillhörighet, utbildningsnivå, ekonomisk tillgång, upplevd delaktighet i samhället och det inflytande en individ har över sin situation.

Liknande perspektiv har socialantropologen Lisbeth Sachs, som i flera studier diskuterar hur individen är sammankopplad med den sociala, kulturella och ekonomiska situation som hon lever under. Sachs ser den mänskliga kroppen som en levd

kropp och hur människan är sin kropp och därmed ständigt förbunden med sina egna känslor och erfarenheter, vilket påverkar individens tolkningar av kroppens uttryck (Sachs 1996; 1998). Sachs diskuterar hur individer reagerar inför känslan av smärta, illamående och yrsel utifrån egna erfarenheter och speciella kunskaper. Hon använder begreppen *illness* och *disease*[6] för att beskriva den individuella och den medicinska förståelsen av ohälsa; där illness står för den i fenomenologisk mening självupplevda kroppen och ohälsan. Genom att förklara upplevelsen av illness kan vårdpersonalen fastställa om det föreligger en disease. Med disease avses ohälsa som kommer av ett objektivt och observerbart fenomen, som kan klassificeras, förklaras och behandlas utifrån medicinska termer. Disease är beroende av en kulturell och samhällelig kontext som formar läkarens förståelse för uppvisad illness. Illness och välbefinnande är varandras motsats, medan disease och välbefinnande inte behöver utesluta varandra.

Som en tredje nivå används begreppet *sickness*, vilket är den sjukroll som patienterna ges möjlighet att gå in i efter fastställd diagnos. Det är den socialt accepterade rollen som sjuk och som bygger på att de kroppsliga symtom som uppvisas accepteras ur ett kulturellt och samhälleligt perspektiv som just ohälsa. Denna sjukroll måste sanktioneras av familj, vänner, arbetskamrater och sjukvårdens aktörer, för att tillmätas något värde (Sachs 1983). Att gå in i en sjukroll kan innebära minskade krav och ökat hänsynstagande från omgivningen, men även svårigheter som låg självkänsla och upplevelse av meningslöshet. Etnologen Mia-Marie Hammarlin (2008) beskriver hur det är att leva vid sidan av samhället med diagnosen utbränd. Hon undersöker hur patienterna upplever illness och hur detta ges en medicinsk definition, utmattningsdepression, och hur de genom sjukskrivning kan gå in i en sjukroll, i sickness. Till skillnad från

6 För en mer utförlig beskrivning av begreppen *illness* och *disease*, se Kleinman 1980.

personerna i Hammarlins studie, återkommer de komplexa patienterna i texten nedan med regelbundenhet till vårdcentralen Lyran och berättar om kroppslig smärta, men deras utsagor resulterar mycket sällan i att de tillskrivs en diagnos.

Studiet av synen på kroppen har delvis influerats av Michel Foucaults tankar om hur samhälleliga föreställningar om vad som är normalt och onormalt, rätt och fel påverkar människors syn på individen. Foucault visar hur moraliska aspekter är kopplade till ett rådande kroppsideal (Foucault 1994). På detta sätt kan kroppen beskrivas som en yta som avspeglar samhällets gängse föreställningar om vad en kropp är eller borde vara och hur detta styr på vilket sätt individen uppfattar och förstår sin egen kropp, likaväl som andras kroppar. Den kulturellt präglade blicken blir en viktig del av att förstå hur individer kategoriseras och bedöms på en vårdcentral (Johannisson 1994).

Enligt detta synsätt inbegrips olika medföljande samhälleliga disciplineringsmöjligheter och kontrollverksamheter. Etnologen Jonas Frykman (1993) visar hur inskolningen till att bli en god medborgare i det moderna samhället delvis gick via kroppslig praktik. Genom att synen på kroppen och på kroppens uttryck förändrades i 1930-talets samhälle, inskolades samtidigt individen till ett modernt liv, där renlighet, punktlighet och styrka värdesattes. Frykmans tankar kan jämföras med dagens ideal om den hälsosamma, smala och vältränade individen som har förmåga till självkontroll och reflexivitet. Även etnologen Susanne Lundin diskuterar samspelet mellan kropp, identitet och samhällsstruktur och visar hur samtidens idéer och kulturella föreställningar om kroppen griper in i människors liv och kroppsuppfattning. Hon beskriver hur individens möjligheter blir både begränsade och gränsöverskridande i förhållande till den medicinska teknologiska utvecklingen och hur människor är beroende av de maktstrukturer som är kopplade till kroppen (Lundin 1996; 2007).

I Anna Ljungs avhandling kopplas den självupplevda kroppen samman med samhälleliga ideal och Ljungs utgångspunkt för att förstå synen på kroppen tas i både ett fenomenologiskt, dvs. den individuella upplevelsen av ohälsa och där individen ges möjlighet till eget handlingsutrymme i förhållande till samhälleliga och kulturella mönster, och ett strukturellt perspektiv. De hiv-positiva i Ljungs studie ses som handlande individer, men som samtidigt är medvetna om de maktrelationer, kategoriseringar och begränsningar som omger dem och synen på deras sjukdom (Ljung (Hagborg) 2001). Inspirerad av Ljung väljer jag att sammanföra dessa teoretiska perspektiv och använda Lock och Scheper-Hughes three bodies som analytisk ingång till att förstå vårdpersonalens syn på de komplexa patienternas kroppar och kroppsliga symtom.

DE KOMPLEXA PATIENTERNA

Flertalet av de möten mellan personal och patienter som jag observerar på Lyran flyter friktionsfritt och de följer en rytm som passar för vårdcentralens struktur. Det är patienter med halsont, med en stukad fot, ett skadat knä, influensa eller eksem. Dessa patienter visar en tydlig orsak till sitt besök och vårdpersonalen kan i de flesta fall hitta en lika tydlig behandling för deras besvär. Patienterna ordineras vila, rikligt med dryck, får medicin och salvor utskrivna. När mötet följer denna rytm tillåter den avsatta tiden även möjlighet till administration och journalhantering. I dessa fall är patienterna en fungerande del av den vardagliga rytmen på vårdcentralen.

Samtidigt sker en annan typ av möten på vårdcentralen, möten som inger personalen känslor av motstånd och motvilja. Dessa möten uppvisar, enligt personalen, en seghet och en tröghet, och fylls av patienter som inte agerar som de borde. För att beskriva

dessa patienter använder vårdpersonalen begreppen tung, svår och komplex. Även beteckningen ”kändis” förekommer och relaterar till att patienterna på grund av att de är återkommande besökare på vårdcentralen är igenkända. Arbetet med dessa patienter anses vara tungt och det är svårt att ställa diagnos när de söker vård för, som personalen säger, diffusa symptom såsom oro, sömnsvårigheter, andningssvårigheter, yrsel, illamående, trötthet, ångest, domningar, kramper och magbesvär. Likaså är det svårt att hitta en lämplig behandling för deras besvär.

Bland de komplexa patienterna återfinns både män och kvinnor i olika åldrar, med variation vad gäller utbildningsnivå, födelseort och språkförmåga. En del arbetar, medan andra inte har någon förankring på arbetsmarknaden, en del är sjukskrivna, förtidspensionerade eller lever på socialbidrag. Flertalet är mellan trettiofem och femtiofem år. Det som binder samman denna patientkategori är att de bor i vårdcentralens upptagningsområde, att de söker sig till Lyran för kroppsliga symtom som anses svåra att handlägga och att de regelbundet återkommer till vårdcentralen utan att uppvisa någon förbättring av sina besvär. Ofta relaterar patienterna sin ohälsa till den stress som de anser att deras sociala och ekonomiska situation ger upphov till. De pekar på att deras självkänsla är låg efter att i flera år ha arbetat på ett jobb där de inte trivs eller efter att ha varit beroende av bidrag under lång tid på grund av arbetslöshet eller ohälsa.[7]

När personalen benämner dessa patienter som tunga och komplexa blir det en metafor för den situation som patienterna anses leva under, men även för personalens upplevelse av mötet som komplext eftersom de symtom som presenteras är både svårdefinierade och svårbehandlade. Dessa patienters besvär anses, utöver biologiska aspekter, innefatta sociala, kulturella och ekonomiska faktorer, vilket medför att deras symtom

7 De komplexa patienterna får ofta inte någon diagnos och blir sällan sjukskrivna. Det stora flertalet lever på socialbidrag istället för sjukbidrag eller sjukersättning. Därmed faller de utanför statistiken över ohälsotal.

beskrivs som komplexa. Samtidigt ses de som tunga eftersom de ofta går utanför de former och normer som definierar verksamheten och stör därmed arbetsrytmen på vårdcentralen. Även bostadsområdet där patienterna bor beskrivs som ett tungt belastat område.

Liksom ”invandrarpatienten” (Lövgren och Runfors 1993; Lukkarinen Kvist 2001; Öhlander 2005) framstår de komplexa patienterna som idealpatientens motsats.

> Den ideale patienten talar mycket god svenska, har lekmannens grundläggande medicinska kunskaper, har god insikt i hur sjukvårdssystemet fungerar och söker sig därmed till rätt instans, begränsar sitt besök till de symtom man sökt för, delger sköterskan och/eller läkaren nödvändig information, lyssnar noga och följer alla råd samt har i stort en hälsosam livsstil (Öhlander 2005:267).

De ideala patienterna kommer till vårdcentralen med ett tydligt symtom, behandlas för detta och går sedan tillbaka till sitt arbete, sin bostad och sitt sociala kontaktnät. I synen på både ”invandrarpatienten” och de komplexa patienterna anses de försvåra vårdmötet på olika sätt, exempelvis beroende på språksvårigheter, att patienterna söker för flera olika symtom samtidigt, att patienterna inte visar en förståelse för de råd som ges och att patienterna inte kan övertyga om att de lever hälsosamt. Men, istället för att tala om invandrarpatienten väljer jag att använda en bredare benämning för att visa att de komplexa patienterna även innefattar personer som är födda i Sverige och som anses vara svenskar. De komplexa patienterna definieras inte utifrån etnicitet eller kultur, utan kan beskrivas som patienter som på olika vis sätter verksamheten på vårdcentralen på sin spets. I likhet med Bråkiga Bertha, en patient som beskrivs i

etnologen Finnur Magnússons studie av äldreomsorgen (1996), ifrågasätter och utmanar mötet med de komplexa patienterna vården genom att, ofta oavsiktligt, visa på omsorgens brister och tillkortakommanden.

De patienter som vårdpersonalen beskriver som komplexa, ses som komplexa i en specifik kontext, i mötet på vårdcentralen. I ett annat sammanhang kan dessa personer tvärtom anses vara både kompetenta, rörliga och konstruktiva. En person kan alltså beskrivas som en komplex patient av vårdpersonalen, för att ses som en välorganiserad och rationell person i ett annat sammanhang. Beteckningen är på detta sätt beroende av situation. Begreppet de komplexa patienterna säger inget om hur patienterna själva uppfattar att de agerar i vårdmötet. De behöver nödvändigtvis inte se sig som komplexa eller beskriva sin situation som komplex.

I min användning av vårdpersonalens uttryck ”de komplexa patienterna” blir detta även ett analytiskt begrepp. Det innefattar då aspekter av vad kultur, klass, kunskap och kropp innebär för synen på individen. De komplexa patienterna blir de som på olika sätt har svårt att leva upp till vårdpersonalens ideala bild om det goda livet. Begreppet komplex används för att undersöka på vilket sätt dessa patienter avviker från det som anses vara normalt. I enlighet med antropologen Emily Martin kan de komplexa patienterna beskrivas som någon som anses ha förlorat kontrollen över sin kropp och som inte anses ha förmåga att leva upp till nyliberala ideal om eget ansvar och flexibilitet (Martin 1994). På vilket sätt betraktas de komplexa patienterna som avvikande från normen? På vilket sätt passar de inte in i samhällsideal? Hur blir de komplexa patienterna de som inte passar in? Varför anses de inte ha förmåga att leva upp till samhälleliga ideal? I dessa tankar ses de komplexa som motsats till de självkontrollerande och flexibla. Patienternas komplexitet hänger samman med att de anses sakna kunskap eller ha fel

sorts kunskap om exempelvis kropp och hälsa, men även att de uppfattas sakna förmåga till flexibilitet. På detta sätt blir komplex och flexibel motsatspar i min undersökning av vårdpersonalens syn på de komplexa patienterna.

På ett analytiskt plan anknyter det komplexa till kulturella processer och hur individen innefattar, och anses innefatta, kroppsliga uttryck av kultur och klass.

DEN VÄLMENANDE PERSONALEN

Vårdcentralen är den första instans som många söker sig till när de inte mår bra. Personalens uppgift är att bedöma vem som får träffa en läkare idag, nästa vecka, nästa månad eller inte alls. I detta arbete påverkas vårdpersonalen av den kulturellt präglade blick och praktik som de inskolats i. Förståelsen av ohälsa bygger på samspel mellan biologisk verklighet och de tolkningar som görs av en bestämd sjukdomserfarenhet. Detta samspel formas av normer som förändras över tid och som bestämmer vad som är friskt eller sjukt, normalt eller avvikande, och farligt eller ofarligt. Olika kulturella koder, föreställningar, erfarenheter och myter påverkar på detta sätt vad som anses som ohälsa och vilken innebörd som läggs i sjukdomen (Johannisson 1994).

På vårdcentralen sker möten mellan personer med olika referensramar, villkor och preferenser. Upptagningsområdets sociala, ekonomiska och etniska premisser avspeglas i patienterna, medan vårdpersonalen representerar samhälliga normer och ideal i en institutionaliserad form. Rutiner och den institutionella ordning som finns på vårdcentralen upprätthålls av de anställda och för personalen är vårdcentralen en välkänd plats. Denna hemkänsla kan, tillsammans med att de är utbildade och besitter en medicinsk kunskap, ge ett överläge i mötet med patienterna. I all välmening arbetar personalen för

att förverkliga målet att alla människor ska kunna leva ett liv i hälsa. Genom detta arbete, som utgår från ett ideologiskt och moraliskt samförstånd om hur det goda livet bör gestaltas, har personalen en tendens att normalisera sig själv och sin egen situation. Forskning visar att vårdpersonal oftast ser patienterna som kategorier av människor, typer av sjukdomar och typer av beteenden snarare än som individer (Svensson 1993). På så sätt bedöms ofta individuella symtom utifrån redan färdiga mallar, vilket kan leda till rutiniserade handlingsmönster som påverkar omhändertagandet av patienterna.

För att undersöka hur vårdpersonalen agerar och förstår sin omvärld har jag inspirerats av hur etnologen Lena Gerholm använder de analytiska begreppen *modell av* och *modell för* i sin undersökning av hur visioner i ett statligt kulturprojekt kom att realiseras på lokal nivå (1985). Modell av och modell för fungerar som en tankemodell för att förstå hur bilden av hur det är, hänger ihop med bilden av hur det borde vara. Genom att tänka via en modell av (en förståelse av världen) och en modell för (de behandlingar och verktyg som används för att hantera den beskrivna världen) kan kulturella processer bli tydliga.[8] I Gerholms studie presenteras det statliga kulturprojektets verklighetsbild (modell av) som en bild som pockade på åtgärder och just sådana åtgärder som ansågs som förnuftiga enligt den modell av verkligheten som utarbetades. Genom att betona att människor levde i ensamhet, isolering, främlingskap, passivitet och missmod utarbetades en modell för som innefattade specifik projektverksamhet och samhällsorienterade kulturarbetare för att förändra detta (Gerholm 1985). Modell av och modell för ska ses som två samverkande aspekter av en enda process och ska förstås som integrerade tankemönster. Gerholm beskriver hur modell av, precis som kultur, berättar för oss hur scenen ser ut, medan modell för, som inkluderar normer och ideal, talar om

8 För en utförligare definition se Geertz 1973.

hur individer bör agera på denna scen (Gerholm 1985:96).

När läkarna och sjuksköterskorna talar om arbetet på Lyran väljer de ut vissa aspekter och utelämnar andra. Denna bild blir på så sätt konstruerad och förses samtidigt med outtalade värderingar och ideal (modell av). Dessa ideal ger riktlinjer för ett rimligt och meningsfullt sätt att hantera den uppfattade verkligheten och vilka behandlingsformer som anses som bra (modell för).

METOD OCH MATERIAL

Detta är en kvalitativ studie som med observationer, samtal och intervjuer studerar vardagliga praktiker på en vårdcentral och analyserar dess konsekvenser. Vid två olika tidsperioder, under 2001 och 2006, har jag följt arbetet under en period av nio månader och tillbringat i genomsnitt en dag i veckan på vårdcentralen. Jag har varit på vårdcentralen vid 42 olika tillfällen och deltagit vid 230 mötessituationer.[9] Jag har följt tjugo personer ur personalgruppen, några enbart vid enstaka tillfällen, men tio personer har jag träffat upprepade gånger.[10] Av dessa tio är två män och åtta kvinnor och de representerar olika yrkeskategorier. I mitt material finns läkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor, undersköterskor, barnmorskor, kuratorer, sjukgymnaster, hälsokommunikatör och patienter representerade. Att andelen kvinnor överväger överensstämmer med hur könsfördelningen såg ut på vårdcentralerna, vilket sammanfaller med hur omhändertagande arbetsuppgifter organiseras även i andra samhällsinstitutioner. Den omvårdnad som sker inom exempelvis sjukvård, dagis, skola

9 Av de 42 tillfällena är 27 tillbringade på Lyran (2001: 17 tillfällen och 2006: 10 tillfällen) och 15 tillfällen är tillbringade på en jämförande vårdcentral (2001: 11 tillfällen och 2006: 4 tillfällen). Antalet mötessituationer uppgår till 150 på Lyran (2001: 124 möten och 2006: 26 möten) och 80 på en jämförande vårdcentral (2001: 67 möten och 2006: 13 möten).

10 Av dessa 10 arbetar 8 på Lyran och 2 på en jämförande vårdcentral.

och socialt arbete är ett samhällsansvar som ofta ombesörjes av kvinnor (se t.ex. Salomonsson 1998).

Eftersom det gavs tillfälle för mig att återvända till vårdcentralen Lyran fick jag möjlighet att fånga en förändringsprocess i mitt material. Vid mina besök under 2001 var Lyran en vårdcentral i kaos, medan det 2006 är en vårdcentral som uppvisar lugn och kontroll. Med denna komparativa metod tydliggörs att Lyran är en kulturell förhandlingsplats. Genom att tillskriva de förändringar som sker på vårdcentralen betydelse har jag velat fånga hur vårdpersonalen formar det vardagliga, hur de skapar praktiker och rutiner. Jag har fokuserat på hur de arbetar med kategoriseringar om kultur och klass och hur de talar om ideal och moral. För mig är det personalens vardag, vanor och praktiker som har varit av intresse att studera, liksom personalens förståelse av kroppen.

Denna studie bygger till stor del på observationer av de olika verksamheterna som bedrivs på vårdcentralen och dessa har kombinerats med samtal och intervjuer. Genom att vara närvarande i situationer, att se, höra och ta del av det som händer har jag kunnat fånga skeenden som ofta anses som alltför triviala eller vardagliga för att tillmätas något värde. På så sätt har jag fått syn på det outtalade och det som undandrar sig uppmärksamhet (Blehr 1994). Ofta undrar vårdpersonalen vad jag får ut av att följa dem under en dag och de nästan ber om ursäkt för att det som händer är både alldagligt och alls inte spännande i deras ögon. Jag har löpande fört anteckningar under den tid jag har befunnit mig på vårdcentralen och denna fältdagbok utgör en stor del av mitt material. Jag har försökt att vara med i flera olika sammanhang och följa med personal i deras arbete på barnavårdscentralen, sjuksköterskemottagningen, läkarmottagningen och sjukgymnastikmottagningen, både vid akuttider och vid i förväg inbokade besök. För att komma i kontakt med patienter har jag följt med på samtalspromenader och jag har suttit i väntrummet

och talat med väntande. Observation som metod kräver en öppenhet inför att alla situationer, miljöer och individer kan vara relevanta och intressanta för en förståelse av skeendet (Magnússon 1996). Det handlar om att försöka se Lyran utifrån olika håll och fånga olika personers förhållningssätt till verksamheten som bedrivs där.

En viktig del av mitt material består av samtal. Samtalen karakteriseras av en informell ton och påbörjas och avslutas mer sporadiskt i jämförelse med en intervju. I mitt material finns dialoger förda med den personal som jag har följt under en hel dag, en förmiddag eller en eftermiddag. Hos alla yrkeskategorier gavs utrymme för samspråk mellan patientbesöken, under den tid som annars eventuellt upptogs av att diktera journalanteckningar, att förbereda sig inför nästa patient eller liknande. Med flera av de anställda förde jag en dialog som kunde fortsätta över tid, både från vecka till vecka, men även från år till år. Vid dessa konversationer skrev jag sporadiska anteckningar under samtalets gång, vilka kompletterades när jag lämnat vårdcentralen för dagen. Stödord och viktiga citat skrevs ner på små lappar som förvarades i mina fickor. Dessa samtal skiljer sig från intervjun genom att de inte spelas in och inte följer en utarbetad intervjuplan. Samtidigt skrivs de inte ner ordagrant, vilket försvårar användandet av direkta citat. Vid en utskrift av ett samtal i efterhand blir det min förståelse av de stora svepen, snarare än direkt ordföljd, pauser och ordval som fångas upp. I de fall jag citerar utifrån samtal, är citaten hämtade från de anteckningar jag gjort i direkt anslutning och utifrån de citat som skrivits ner på papperslappar under samtalet.

Samtalet är en viktig metod som tillåter fikarummets dialog att tillmätas betydelse för en förståelse av vad som sker på Lyran. I detta skapas en förståelse för hur personalen förhandlar sig själv och skapar sig själv i förhållande till andra. Jag har intervjuat tre av de anställda, en vid tre olika tillfällen och dessa

intervjuer har bandats och transkriberats. Dessa intervjuer är ungefär en och en halv timme långa.[11] När jag citerar från intervjuer eller samtalsanteckningar har dessa redigerats språkligt för att underlätta förståelsen. Alla citat, om inget annat anges, är hämtade från mina intervjuer och fältanteckningar. Jag har suttit med under ett stort antal möten mellan vårdpersonal och patienter och av dessa är det tre patienter som jag har träffat vid ytterligare tillfällen. När jag samtalat med patienter har dessa inte bandats utan nedtecknats för hand.

Med en etnografisk metod är det viktigt att få med både vad som sägs om en specifik situation och vad som görs i samma situation, eftersom detta inte alltid sammanfaller. Med observationer fångas det som händer i interaktionen mellan människor och genom att vara på plats kan även små antydningar och skiftningar i röster, liksom blickar och gester registreras och användas i en analys (Ehn 1986). Detta gör det lättare att komma åt det som människor gör, men inte pratar om, och denna metod kan beskrivas som en studie av praxis där jag inspirerats av fenomenologisk metod (Frykman och Gilje 2003; Hammarlin 2008) och antropologiska täta beskrivningar (Geertz 1973). Det har varit viktigt att fånga och lyfta fram individens egna upplevelser av en situation eller ett skeende. Samtidigt har min undersökning en socialkonstruktivistisk karaktär och strukturella mönster upptar en stor del av min analys av verksamheten på vårdcentralen Lyran. Stor vikt läggs vid att förstå hur synen på individer påverkas av olika samhällsstrukturer. På detta sätt sammanförs en inkännande metod som framförallt vill fånga görande och upplevelser med ett strukturellt perspektiv.

Den vårdcentral som jag valt att undersöka ligger i ett område i Malmö som är relativt anonymt. Lyran ligger på en plats som varken kan jämföras med ett resursstarkt område, som exempelvis Limhamn, eller sammankopplas med ett resurssvagt

11 Mitt insamlade material finns arkiverat på Folklivsarkivet vid Lunds universitet.

bostadsområde, som till exempel Rosengård[12], utan kan snarare beskrivas utifrån termer som gråzon eller periferi. Vårdcentralen ligger i en stadsdel som i spåren av 1990-talets ekonomiska kris håller på att förändras. Människor som har ekonomiska möjligheter väljer att flytta, medan det sker en inflyttning till bostadsområdet av personer med låg inkomst. Det är en demografisk och ekonomisk förändring som sker och som leder till att befolkningen blir fattigare och samtidigt mer etniskt heterogen. Denna förändring hade ännu inte uppmärksammats i ett politisk sammanhang vid undersökningens utförande. Avsikten med att placera undersökningen till en mer obemärkt plats, som inte utmärkts i en statlig eller kommunal kontext, är att försöka fånga en allmängiltighet i materialet och att visa hur problematiken inte enbart existerar i vissa specifika miljöer. Det är tvärtom ett samhälleligt och allmänt problem som jag behandlar i denna avhandling och som berör hela det svenska samhället.

Ledstjärnan i arbetet har varit att garantera alla medverkande anonymitet. Ett sätt att göra detta var att förlägga mina observationer vid två olika vårdcentraler i Malmö. Genom att samla in material på två olika platser blir det svårare att identifiera den enskilde vårdgivaren eller patienten. Därmed valdes ytterligare en vårdcentral som är jämförbar både vad gäller antal invånare i upptagningsområdet och den sociala, ekonomiska och etniska sammansättningen. Dock bygger föreliggande studie uteslutande på det material som samlats in på Lyran och den andra vårdcentralen fungerar enbart som jämförande. Vistelsen på den andra vårdcentralen fördjupade min förståelse för verksamheten på Lyran. Löftet om anonymitet leder till att jag inte nämner vårdcentralen vid dess rätta namn, utan väljer att använda det påhittade namnet Lyran. Även vissa

12 I Malmös sociala och ekonomiska struktur ses Limhamn som en symbol för en rikare stadsdel och Rosengård representerar ett fattigare och mer etniskt blandat område. Det finns en allmän uppfattning om statusskillnad mellan dessa bostadsområden och därmed också mellan de människor som bor där.

enskilda detaljuppgifter är ändrade och likaså är de egennamn på enskilda individer som förekommer fingerade.

Materialet består även av tidningsartiklar, radioinslag och nyhetsrapporteringar i tv som behandlar hälso- och sjukvårdens situation mer allmänt. Under avhandlingsarbetets gång har omfattande diskussioner förts i media om besparingar, kriser eller omorganisationer som på olika sätt berört primärvårdens specifika situation eller sjukvården i allmänhet.

I inledningsskedet av detta avhandlingsprojekt var det viktigt att lära känna vårdcentralens olika arbetsuppgifter, mottagningsformer och patientrutiner. Jag har inga tidigare erfarenheter av att arbeta inom hälso- och sjukvården och inte heller besitter jag några medicinska kunskaper. Mina första observationer gjordes på barnavårdscentralen när jag följde med en barnmorska i hennes dagliga arbete. Eftersom det är mötet mellan vårdpersonal och de komplexa patienterna som står i fokus för denna undersökning kan det medföra att det ges en skev bild av verkligheten på Lyran. Vårdpersonalen utför dagligen ett viktigt arbete och gör bra saker för att underlätta människors livssituation. Här lagas, botas, lindras, behandlas symtom och besvär och här ges avgörande, nödvändig och fin omvårdnad.

ETISKA REFLEKTIONER

Denna studie godkändes 2001 av Forskningsetikkommittén vid medicinska fakulteten, Lunds universitet (LU590-01). Givetvis respekteras krav på tystnadsplikt och när jag beskriver verksamheten på Lyran är ambitionen att minimera risken för igenkännande. För mig var det av stor vikt att både personal och patienter var informerade om anledningen till min vistelse på vårdcentralen och att krav om samtycke skedde inför varje enskilt möte. Vanligtvis var det vårdpersonalen som presenterade

mig för patienterna innan mötet och de informerade muntligen om mitt avhandlingsprojekt i korthet. Detta gjordes på olika sätt och vissa vårdgivare gav en mer utförlig presentation än andra. De ord som personalen valde att använda för att introducera mig var beroende av patienternas kunskaper i svenska språket och det intresse som visades inför min närvaro. I de flesta fall gav patienterna sitt samtycke till att jag följde med in i mottagningsrummet och var med under mötet. Den skriftliga information som fanns att tillgå, en ämnad för vårdpersonal och en för vårdtagare, visades oftast inget intresse, utan de flesta lät sig nöjas med en kortare och muntlig presentation.

För mig var det viktigt att både personal och patienter förstod att det var möjligt att neka mig tillträde. Genom att låta personalen introducera mig är jag medveten om möjligheten att jag drog fördel av ett eventuellt maktförhållande mellan vårdgivare och vårdtagare. Om patienten upplevde sig vara i underläge, kunde detta innebära att det var svårt att neka mig tillträde till rummet (Lundin 1997; Hansson 2007; Karlsson 2008). Det blev ofta upp till personalen att bedöma om min närvaro under mötet var lämplig eller olämplig. Någon gång bad vårdgivaren mig att stå över ett möte och istället vänta utanför i korridoren. Vid några enstaka tillfällen godkände inte patienten min närvaro, vilket givetvis respekterades.

Både personal och patienter gav intryck av att vara vana vid att ha andra personer med i mottagningsrummet under konsultationen. Förutom en etnolog fanns läkarkandidater, sjuksköterskestuderande, tolkar eller närstående representerade på vårdcentralen Lyran och ibland även i samma vårdmöte. Vid några tillfällen hände det att jag uppfattades vara läkarpraktikant eller sjuksköterskestuderande och att patienter kom fram för att ta mig i hand och tacka efter besöket. Detta gav en känsla av att det var svårt för både personal och patienter att riktigt få förståelse för i vilket syfte jag befann mig på Lyran. Jag

upplevde det många gånger som besvärande att inte hinna med att ge en mer omfattande förklaring till vad en etnolog arbetar med. Att på kort tid redogöra för den teoretiska bas som min studie utgår från, att förankra tankar om kulturella och sociala kategoriseringar, om samhällsnormer och idealet om den flexibla människan under den tid som vi hade till vårt förfogande var ofta svårt.

DISPOSITION

I min avhandling vill jag undersöka vårdpersonalens syn på de komplexa patienterna och vilka strategier som utarbetas på Lyran för att hantera mötet med dessa patienter.

”Mellan kaos och kontroll” ger en presentation av vårdcentralen Lyran och den förändringsprocess som skedde där mellan 2001 och 2006. Med avsikt att ge en rumslig och tidslig förankring skildras det lokala och det konkreta. Det är den vardagliga praktiken och hur den förändrats som är i fokus för att undersöka hur ordning har skapats på vårdcentralen. Det handlar om hur olika strategier har utarbetats för att hantera mötet med de komplexa patienterna. Detta kapitel innehåller även en beskrivning av Lyrans upptagningsområde och Malmös speciella förutsättningar skisseras.

”Synen på kroppen” handlar om personalens syn på kroppen och deras förståelse av olika kroppsliga symtom. Vårdpersonalens kulturellt präglade blick är i fokus och hur kroppen förhandlas fram i det specifika mötet. Det behandlar även hur det är att leva med stress, oro, sorg, saknad, i arbetslöshet, med en otrygg ekonomisk situation eller med en upplevelse av att inte kunna påverka sitt liv och hur detta sätter spår i kroppen. På vårdcentralen Lyran talar personalen om vikten av att införliva en helhetsbild av patienternas livssituation i den vård som ges, men

detta visar sig vara svårt att göra. På sjuksköterskemottagningen prioriteras att skapa en känsla av sammanhang hos patienterna, medan det på läkarmottagningen fokuseras på det kroppsliga.

I ”Ansvar genom upplysning” undersöks de hälsotips som förmedlas på sjuksköterskornas mottagning och hur personalen arbetar för att visa vägen till ett fungerande och drägligt liv. Med råd och tips om hälsa ska patienterna fås att både vilja och välja att leva aktiva och hälsosamma liv. Det handlar om att öka individens eget ansvar för sin hälsa och hur det har skett en ansvarsförskjutning mellan vårdgivare och vårdtagare på Lyran. I arbetet med att få patienterna att ta ett större eget ansvar ger man dem olika redskap för hur de bör leva sina liv. Dessa redskap har ofta en moralisk underton och det finns sätt att agera som anses som mer rätt än andra. På detta sätt ska patienterna inte enbart ta ett större eget ansvar, utan detta ansvar ska tas utifrån gällande moraliska principer om vad som anses vara det rätta sättet att leva.

I ”Kropp, klass, kultur” ges en sammanfattande diskussion av de kulturella processer som tog form på Lyran och behandlar synen på kunskap och osynliggörandet av patienternas livssituation.

MELLAN KAOS OCH KONTROLL

Redan innan vårdcentralen Lyran öppnar på morgonen står en klunga människor utanför och väntar. När klockan är åtta blir de insläppta i väntrummet och de flesta tar en rosa kölapp innan de går och sätter sig ner. Nummerlappen ger en plats i kön till dagens öppna sjuksköterskemottagning. Om man redan har en inbokad tid kan man anmäla sig direkt i receptionen och betala. Avgiftens storlek varierar utifrån vem man ska träffa och ett läkarbesök kostar mer än ett besök hos en sjuksköterska eller en sjukgymnast. På golvet framför receptionen finns en gul fasttejpad remsa och en skylt bredvid som upplyser om att endast en person får befinna sig inom det markerade området åt gången. I detta privata utrymme ska man ostört kunna berätta om sitt ärende.

Väntrummets sittplatser fylls på efter hand och när klockan är kvart över åtta är samtliga stolar och fåtöljer upptagna. Några av de väntande har en inbokad tid hos läkaren eller sjuksköterskan, några ska till sjukgymnasten, men de flesta som väntar har kommit dit utan någon inbokad tid. De väntar på att deras nummer ska ropas upp så att det är deras tur att få komma till sjuksköterskans mottagningsrum. Från väntrummet kan man se in genom de stängda glasdörrarna som leder in till korridorerna där mottagningsrummen finns och där råder redan full aktivitet. Morgonmötet i personalrummet på andra våningen har avslutats och vårdpersonalen är i rörelse i korridorerna på väg till sina rum eller för att hämta något.

Jag öppnar en av glasdörrarna och passerar det första rummet. Där inne sitter två sjuksköterskor, med släckt takbelysning och neddragna persienner, och svarar i telefon. Rummets enda ljuskällor är två skrivbordslampor och de blinkande röda ljusknapparna på telefonerna som indikerar att samtal väntar. Jag hör en av sköterskorna säga till någon i luren: ”Lugna ner dig lite nu, jag vill ha din pojkes personnummer först, sen tar jag dina. Lugna ner dig nu är du snäll”. Den andra sjuksköterskan talar långsamt och säger att barnet måste dricka mycket och att det är bra att ge vätskeersättning.

> Nej, vätskeersättning. Det kan du köpa på apoteket. Vätskeersättning. V ä t s k e e r s ä t t n i n g. V som i Viktor. Ä som i äta. T som i Tomas. S som i Sven. Nej, S. S som i Sven…

Jag ska följa med en av sjuksköterskorna under denna fredagsförmiddag på hennes öppna mottagning. När vi tillsammans går ut i väntrummet vänds allas ansikten uppmärksamt mot oss. Sköterskan ropar upp ett nummer och en yngre, för årstiden tunnklädd, man reser sig och följer med oss in i mottagningsrummet.

När vi kommer in i rummet sätter sig mannen ner, med spänd kropp, på stolens yttersta kant. Han för den ena foten upp och ner i snabba rörelser medan händerna vrids mot varandra så hårt att knogarna vitnar. Sjuksköterskan frågar efter hans personnummer och slår in siffrorna i datorn. På skärmen läser hon de senast införda anteckningarna i mannens journal. Under tiden sitter han tyst, tittar ner i golvet och vrider sina händer. Sjuksköterskan vänder sig mot mannen och undrar varför han har sökt sig till vårdcentralen. I samtalet kommer det fram att han försökt ta sitt liv för några dagar sedan, att han varit inlagd på en psykavdelning på sjukhuset, att han ville komma tillbaka dit eftersom det var

bra där och att han, för att kunna komma tillbaka, måste ha en remiss från sin lokala vårdcentral. Ibland rinner tårarna sakta ner för kinderna när han pratar, ibland höjer han rösten som i vrede. Sjuksköterskan lyssnar på hans berättelse, tittar i datorn och meddelar att det tyvärr inte finns någon tid hos läkare idag. Det besked hon ger mannen är: ”Du får komma tillbaka på måndag.”

Efter mötet säger sjuksköterskan att det är frustrerande att tvingas skicka hem mannen utan att kunna göra något för att hjälpa honom. Hon tycker att det är ”psykisk misshandel” att inte kunna erbjuda denne man adekvat vård. Samtidigt anser hon att det inte finns möjligheter att göra på något annat sätt denna dag på Lyran. Det finns inga läkartider att tillgå och därmed ingen tillgänglig läkare som kan skriva den remiss som patienten efterfrågar. ”Jag kan inte göra underverk, jag måste följa vissa ramar och kan inte gå utanför dom”, säger hon.

I detta kapitel är det den vardagliga praktiken på vårdcentralen som är i fokus. Verksamheten på Lyran kommer att presenteras och mina iakttagelser från 2001 kommer att jämföras med mina observationer under 2006. Med ett förändringsperspektiv är jag intresserad av att undersöka hur ordning skapas på vårdcentralen. Jag studerar vardagliga erfarenheter och hur olika strategier för att hantera mötet med de komplexa patienterna har utformats på Lyran. Det tecknas även en bild av Lyrans upptagningsområde, Sandbacken, där patienterna bor och Malmös speciella förutsättningar.

2001 – ”EN TIDSINSTÄLLD BOMB”

När jag besöker vårdcentralen Lyran under 2001 är det en arbetsplats under stor påfrestning. Personalen tycker att deras arbetssituation har förändrats successivt och blivit mer svårhanterlig under de senaste åren. De pekar på att

vårdcentralen har fått ett större söktryck och samtidigt att antalet patienter som söker vård ständigt ökar. För mig beskriver de sin situation med att de är utslitna, att de går på knäna, att deras arbetssituation innebär en ”omänsklig arbetsbörda” och de känner sig ”uppätna av patienterna”. Genom att försöka få de dagliga rutinerna att flyta så friktionsfritt som möjligt blir det ingen tid över till eftertanke och reflektion kring det arbete man utför och de anställda tycker att de för en ”ständig kamp mot tiden”. ”Snart exploderar det här!”, som en läkare uttrycker det.

Flera av sjuksköterskorna på Lyran anser att det är mängden av personer som är det största problemet och beskriver det som en ”anstormning av patienter som fyller väntrummet”. Om man vill boka en tid för en undersökning på vårdcentralen kan man antingen ringa eller själv ta sig dit. Eftersom det ofta är svårt att komma fram per telefon väljer fler och fler att gå till vårdcentralen, ta en nummerlapp till distriktssköterskans mottagning och vänta på sin tur. Detta medför att många personer befinner sig i väntrummet samtidigt, framförallt på förmiddagarna. För de anställda har väntrummet blivit en stökig och högljudd plats som de helst undviker att passera. Går de dit blir de ofta uppehållna av dem som väntar, som ställer frågor om sina symtom eller om när det är deras tur. En sjuksköterska säger att hon håller på att ”bli tokig av att behöva reda ut det här i väntrummet varenda dag”. Eftersom det inte finns några tider blir patienterna ofta irriterade och ”alla skäller och skriker och svär. Vilken cirkus!”. Väntrummet har blivit en plats för frustration och irritation.

På Lyran finns kapacitet att ta emot tjugo akuta patienter per dag, det vill säga patienter som har behov av att träffa en läkare samma dag. Akuttiderna släpps på morgonen när vårdcentralen och telefonlinjen öppnas, men redan efter femton-tjugo minuter kan samtliga tider vara uppbokade. En svår situation uppstår när man inte har möjlighet att erbjuda de personer som är akut sjuka, eller upplever akut ohälsa, att få träffa en läkare. Det finns

helt enkelt inte tillräckligt med mottagningstider för att kunna ta emot alla som vill bli undersökta. Patienterna kan erbjudas en inbokad tid till en undersökning längre fram, men till dessa kan väntetiden vara upp till tre eller fyra veckor. Invånarna i upptagningsområdet kan alltså vara sjuka, utan att kunna få hjälp av en läkare på sin lokala vårdcentral. Detta skapar ilska och irritation både bland personal och bland patienter.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska alla erbjudas god vård och på lika villkor oavsett hemort. Vårdcentralen ska vara det naturliga förstahandsvalet för patienterna och en första bedömning och en primär behandling bör kunna ges här. Primärvården ska tillgodose ”sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens” (HSL 1982:5 §). Tillsammans arbetar undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, barnsjuksköterskor, kuratorer och sekreterare på vårdcentralen för att kunna ta emot människor som söker vård ”utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper” (a.a.). Verksamheten på Lyran och på andra vårdcentraler i Sverige styrs av tre olika politiska nivåer, dvs. statlig, landstings- (regional) och kommunal nivå. Landstingen ansvarar för att alla ska ha tillgång till och möjlighet att välja en fast läkarkontakt och att vården som ges uppfyller kraven på att vara både god och säker (HSL 1982).

En ökad decentralisering innebär att landstingen har fått större frihet att utforma hälso- och sjukvårdens organisation. Så länge uppbyggnaden av vården utgår från patienternas behov av sjukvård kan vården utformas på olika sätt, vilket har lett till att organisation och verksamhet kan se olika ut på olika vårdcentraler (Davidsson 1998). Vardagsverkligheten på Lyran skiljer sig därmed från andra vårdcentralers vardag. På vårdcentralen i Arvidsjaur, där det är långt till närmaste akutsjukhus, påminner

verksamheten mer om ett litet sjukhus med jourverksamhet dygnet runt, ambulanstjänst och en observationsavdelning med åtta sängplatser (Wallin 2007). Lyran har öppet måndag till fredag mellan klockan åtta och sjutton och övriga tider hänvisas patienterna till Jourläkarcentralen i centrala Malmö.

Under 1970-talet fördes en diskussion om hur sjukvården kunde arbeta mer aktivt med förebyggande hälsoarbete och som ett led i detta skedde en utbyggnad av primärvården (Vallgårda 2003). Under 1980-talet expanderade antalet vårdcentraler i Sverige och flertalet av Malmös vårdcentraler startade sin verksamhet under denna period. I samma tidsskede skedde en snabb teknologisk utveckling inom hälso- och sjukvården. Det som tidigare enbart kunde behandlas av specialister och som krävde att patienterna var inneliggande i flera veckor på sjukhus, kan idag tas om hand av distriktsläkaren på vårdcentralen eller i hemmet (Davidsson 1998). Vid sidan av att lindra, vårda och bota ska det på vårdcentralen erbjudas hälsoförebyggande verksamheter. Rökavvänjning, sexualupplysning, stresshantering, råd om kost och motion ses som en självklar del i vårdcentralens arbete idag (Skane.se).

Arbetet på vårdcentralen Lyran leds av en verksamhetschef och hon har ett samlat ledningsansvar för att arbetet som bedrivs präglas av helhetssyn, kvalitet, tillgänglighet, kontinuitet och samverkan. Sammanlagt fanns tjugofem vårdtjänster på Lyran 2001, men en del av dessa var inte bemannade. Exempelvis var två av de fem läkartjänsterna sedan några år vakanta och det visade sig vara svårt att rekrytera nya läkare. Personalen förklarar detta med att arbetsplatsen har dåligt rykte inom yrkeskåren eftersom arbetsbelastningen på Lyran anses vara alltför hög. En läkare berättar att Lyran utmålas som ”en omöjlig arbetsplats” bland kolleger. Framförallt är det befolkningens ”vårdtyngd” som verkar avskräckande, påpekar läkaren. För de läkare som arbetar på Lyran innebär det att de har ansvar för fler patienter

än det rekommenderade antalet, en läkare per 1500 invånare (Davidsson 1998). I perioder har antalet invånare per läkare varit över 4000, berättar en sjuksköterska.

Under 1990-talet genomfördes marknadsinriktade styrformer i vården när krav på valmöjligheter och privatisering inom sjukvården ökade, delvis till följd av nyliberala idéer om individuell frihet. Detta har skapat ett större ekonomiskt medvetande inom sjukvården och patienterna beskrivs som kunder som kan göra egna hälsoval och ha egna privata sjukförsäkringar. Sociologen Manuel Castells (2000) synliggör hur den ekonomiska marknaden har blivit en alltmer betydelsefull faktor i samhället och hur detta skapar en ökad ekonomisering av samhällets olika institutioner. I den världsbild som skisseras av Castells, beskrivs hur större inkomstklyftor mellan olika individer ger upphov till alltmer väsensskilda levnadsförhållanden och hur detta medför olika uppfattningar av omvärlden. Enligt sociologen Zygmunt Bauman (2000; 2001) kan detta medföra att känslan av solidaritet mellan olika inkomstgrupper påverkas, vilket i sin tur kan innebära att de som har arbete och inkomst inte längre vill betala för att sjuka och arbetslösa ska kunna leva ett drägligt liv. Bauman anser att det har blivit svårt för individen att förlita sig på ett offentligt finansierat välfärdssystem och hur den egna försörjningen i större utsträckning blir upp till den enskilde individens förmåga. I det nyliberala samhället bör individen ta ett eget ansvar för sin situation och hitta egna lösningar för att trygga sin välfärd, hälsa och framtid. Ett exempel på detta är det svenska pensionssystemet som har gått från ett kollektivt ATP till ett individbaserat system, PPM, där den enskilde själv ska placera sina pensionsbesparingar i olika fonder. På detta sätt blir individen aktivt delaktig i sitt pensionssparande (jfr Nilsson 2003). Dessa samhällsförändringar påverkar på olika sätt förhållandena på vårdcentralen Lyran.

EN TUNG VARDAG PÅ LYRAN

En decemberförmiddag följer jag med Ivan på hans akuta läkarmottagning. Ivan började arbeta på Lyran direkt efter avslutad utbildning och har varit där i fem år. Han berättar att den patientkategori som han anser har ökat mest under de senaste åren är de som söker vård för diffusa sjukdomssymtom. Ivan säger att han möter flera patienter varje dag som söker för oro, sömnsvårigheter, andningssvårigheter, yrsel, ont i magen, ångest, illamående, trötthet och ofta allt på en gång. Med dessa diffusa besvär blir både diagnos och behandling svårdefinierade, påpekar han, och när dessa patienter sitter på britsen i mottagningsrummet störs den rytm som eftersträvas och takten bromsas. När Ivan beskriver arbetsförhållandena på Lyran använder han ord som rytm, hastighet, friktion, takt som ökas och bromsas. Verksamheten bör helst flyta enligt ett specifikt rörelsemönster och när rytmen stannar upp eller stoppas, uppmärksammas detta som problematiskt och störande. Enligt detta sätt att beskriva verksamheten förs tankarna till att likna vårdcentralen vid en maskin eller en fabrik.

Ivan berättar att eftersom vårdcentralens arbetsdag är strikt schemalagd är man beroende av att arbetsuppgifterna följer exakta tidsangivelser. De femton minuter som avsätts för varje patient vid akuta besök räcker ofta inte till för mötet med de komplexa patienterna. När den utsatta tiden överskrids, påverkas den fortsatta arbetsdagen med påföljande förseningar. Till skillnad från mer lättdiagnostiserade och lättbehandlade symtom, såsom öroninflammation, stukning, såromläggning, getingstick eller influensa, följer behandlingen av de komplexa patienterna inte på samma sätt några givna ramar, anser Ivan.

Denna decemberförmiddag söker flertalet av Ivans patienter hjälp för diffusa symtom. Ivan blir mer och mer irriterad ju längre förmiddagen fortskrider eftersom han anser att de patienter som

kommer till hans akuta mottagning inte har besvär av sådan karaktär att de bör besöka en akuttid. Innan vi hämtar in nästa patient läser Ivan tyst ur patientens journal och säger högt:

> Jaha, nu kommer ännu en kändis! Jag har behandlat hennes mamma under flera år för depression. Och även hennes systrar kommer hit. Det är inte roligt att se att både mamman och dom tre vuxna döttrarna inte mår bra. Det är alltid väldigt komplicerat allting. Detta är en patient som jag inte kan hjälpa, varje gång är det något nytt.

En kvinna i trettiofemårsåldern kommer in i mottagningsrummet och hon börjar berätta om den svåra huvudvärk som hon känt under den senaste tiden. Värken strilar ner i armarna och i axlarna och ger henne svåra smärtor även där. Hon har svårt att röra sig eftersom det gör ont. Samtidigt känner hon sig ofta yr när hon står upp eller går. Då får hon sätta sig ner och andas långsamt. Ofta brukar hon då även känna ett tryck över bröstet som gör det svårt att andas. När detta inträffade senast trodde hon att hon skulle dö, säger hon. Ivan förklarar att detta kan vara stressrelaterat och försöker föra in samtalet på hur kvinnans övriga situation ser ut genom att fråga henne hur det är på arbetet. Kvinnan berättar om sitt arbete i kassan i en matvaruaffär. Läkaren frågar kvinnan om hon känner sig stressad av arbetet.

> Jag är alltid stressad, alltid stressad. Från morgonen till kvällen är jag stressad. Barnen ska till skolan, jag ska gå till jobbet, laga mat, tvätta, städa. Det tar aldrig slut. Det är speciellt svårt i oktober, november, december. Det blir så mörkt, kallt, tråkigt.

Kvinnan fortsätter berätta om smärtan i huvud och nacke. Hon har spänningar i bakhuvudet. ”Tänk om det är cancer som ger denna hemska värk?”, frågar hon läkaren och undrar om det finns möjlighet för henne att få sitt huvud röntgat. Ivan säger att han inte tror att värken beror på cancer, men om hon gärna vill ska han skicka en remiss till röntgen av hennes huvud. Kvinnan säger att hon har problem med att sova och ofta ligger vaken på nätterna. Hon ligger och tänker på olika saker och blir stressad och kan inte somna. ”Det kör runt här uppe”, säger hon och pekar mot huvudet. På dagarna känner hon sig trött. ”Jag är alltid trött”, påpekar hon.

Ivan säger att han kan skriva ut insomningsmedicin, men det vill kvinnan inte ha. Hon vill inte ta för mycket olika mediciner eftersom hon har fått problem med magsäcken. Varje dag har hon ont i magen och hon tycker det är svårt att äta. Hon mår illa när hon ser eller luktar mat. Apelsiner går bra, det är gott och det äter hon mycket. ”Du kan väl inte leva på bara apelsiner”, säger läkaren. Kvinnan suckar och rycker på axlarna. Ivan skriver ut tre olika mediciner till kvinnan, varav en ångestdämpande, och säger att han ska skicka en remiss till röntgen. Patienten tackar läkaren och går ut genom dörren med det gula receptet i handen. När kvinnan lämnat rummet vänder sig Ivan mot mig och säger: ”Detta är tungt.”

Det tunga blir en sammanfattande bild både av patientens situation och av Ivans frustration över att inte kunna ge kvinnan en bättre lämpad vård. Tvärtom verkar det som att patientens tillstånd snarare försämras än förbättras över tid. Det faktum att patienten återkommer med regelbundenhet till vårdcentralen kan bero på att hon inte blir hjälpt av de åtgärder som kan erbjudas på Lyran. Det kan även vara ett sätt att inte ge upp förrän hennes smärtor och symtom legitimeras i en diagnos som kan förklara de besvär hon upplever. Kvinnans kropp delas in i olika enheter som behandlas var för sig med mediciner eller med utförligare

undersökning av en specialist. Ivan berättar att kvinnans smärtor vandrar runt i kroppen och vid varje tillfälle är det någon ny smärta placerad på något nytt ställe. Av de olika symtom som hon presenterar har läkaren hört henne berätta om vissa av dem tidigare, medan andra har tillkommit. Ivan väljer att skriva ut mediciner till kvinnan och att skicka henne via remiss till en specialistundersökning. Han har tidigare vid flera tillfällen sänt kvinnan för att få olika kroppsdelar undersökta och röntgade. Att kvinnan återkommer kan även ha att göra med att andra medlemmar i hennes familj regelbundet uppsöker vårdcentralen och att det finns en legitimitet i den nära omgivningen att söka vård för olika besvär.

Patienten i exemplet upplever sin vardagliga situation som stressande och anser att hon har mycket att göra både på arbetet och i hemmet. För många andra patienter förstärks sjukdomsbilden av den ensamhet och sysslolöshet som de lever med. Vetskapen om att patienterna skickas hem till en ensam lägenhet eller till arbetslöshet försvårar många gånger för personalen och förstärker deras känslor av att inte räcka till och att arbetsuppgiften upplevs som tung.

Nästa patient som kommer till Ivans mottagning är en kvinna som är född i Malmö på 1970-talet. Kvinnan berättar att hon fortfarande har besvär med sina ben och att det gör ont i knäna. På grund av detta har hon svårt för att gå och hon berättar att det varit arbetsamt för henne att ta sig till Lyran. Även när hon ligger ner gör det ont i benen. Ivan ber kvinnan lägga sig ner på britsen och med stor svårighet gör hon detta. Benen är svullna och de båda knäna gör ont vid lätt beröring. Ivan hjälper kvinnan att komma upp i sittande ställning och patienten suckar djupt. ”Vad brukar du göra på dagarna?”, frågar Ivan. Patienten berättar att hon för det mesta sitter hemma och lyssnar på musik. Ivan skriver ut tre olika mediciner till kvinnan och rekommenderar henne att gå dagliga promenader. ”Brukar du gå promenader?”,

frågar han och kvinnan tittar ner i golvet och säger att det gör hon.

Efter mötet berättar Ivan att kvinnan ofta kommer till Lyran och söker vård för olika besvär. Enligt Ivan är kvinnan ”nollklassad”, vilket innebär att hon inte får någon sjukersättning från Försäkringskassan längre.

> Försäkringskassan har kommit fram till att hon kan arbeta. Men var ska hon arbeta? Utan utbildning? Utan någon erfarenhet? Och med den otympliga kroppen? Jag tror att hon kommer bli förtidspensionerad till slut. Men vem vet hur lång tid det kan ta. Det värsta är att hon är helt ensam. Jag tror inte hon har någon annan att prata med än oss här.

Flera av läkarens patienter denna förmiddag anses som svåra att handlägga och inger en känsla av tyngd hos Ivan. Han blir flera gånger frustrerad under mottagningen. Framförallt därför att patienterna kommer på tider avsatta för akuta patienter och att dessa patienters besvär inte tillåts behandlas på den tid som är avsatt, men även för att han upplever att han inte kan hjälpa dessa patienter. Det ges inget utrymme för att undersöka olika bakomliggande sociala, existentiella, kulturella och ekonomiska orsaker till patienternas symtom. Istället får Ivan inrikta sin behandling på att hjälpa patienterna för stunden och skriva ut mediciner eller skicka patienterna för vidare undersökningar hos en specialist. Upplevelsen av att inte kunna hjälpa patienterna i ett längre perspektiv gör att han ofta känner sig otillräcklig som läkare, berättar han. När Ivan och jag äter lunch tillsammans efter förmiddagens akutmottagning, säger han att han känner sig mycket uppgiven inför uppdraget att lindra de komplexa patienternas besvär och inför befolkningens förväntningar och behov.

> Det är inte alls tillfredsställande för mig att patienterna kommer hit varje vecka och tar upp olika saker. Det enda jag kan göra är att skriva ut mediciner för att lindra deras besvär. Det är frustrerande. Speciellt när besvären dom har kanske kommer för att dom är ensamma. Eller att dom är stressade för olika saker.

Situationen på Lyran är ansträngd och besvärlig när jag besöker verksamheten under 2001. Det känns nästan ironiskt att det är just Mikael Wiehes sång "Titanic" som spelas i telefonluren när man ringer till Lyran och ombeds vänta på sin tur. Personalen liknar gärna vårdcentralen vid ett sjunkande skepp. De menar att verksamheten varken fungerar tillfredsställande för dem eller för patienterna och att de inte kan garantera en säker och trygg vård för alla i upptagningsområdet.

SANDBACKEN – VARE SIG ROSENGÅRD ELLER LIMHAMN

Lyran är en av sjutton vårdcentraler i Malmö[13] och ligger i en stadsdel som, på Malmö stads webbplats (2008), presenteras som "ett Malmö i mindre format" med "ungefär samma variation i befolkningssammansättning och boendeformer" som staden i stort (Malmo.se). Lyrans upptagningsområde, som jag väljer att kalla för Sandbacken, utgörs av tre angränsande bostadsområden där det bor ungefär 20 000 personer.[14] Gränserna mellan dessa områden är på kartan otydliga, men den ekonomiska gränslinjen mellan dem är desto tydligare. Två av områdena har en större

13 2006 fanns 17 vårdcentraler i Malmö (Skane.se).

14 Vårdcentralen genomgick en omorganisation under den studerade perioden och delades i två separata enheter med ungefär 10.000 invånare i respektive upptagningsområde.

andel hyreslägenheter och de som bor där har en svårare ekonomisk situation än i det tredje.

De tre bostadsområdena byggdes upp under samma period, mellan 1965 och 1974, som en del av det landsomfattande så kallade miljonprogrammet. En viktig tanke när dessa områden uppfördes var att alla skulle erbjudas en bra bostad till ett rimligt pris och att olika inkomstgrupper skulle blandas i samma bostadsområde (Ristilammi 1994; Arnstberg 2000). Därmed finns det olika upplåtelseformer i Sandbacken och 2007 består området av tio procent villor, arton procent bostadsrätter och 72 procent hyresrätter (Strategisk utveckling, Malmö stadskontor 2008). Hyresrätterna återfinns framförallt i de åttavåningshus som ligger centralt placerade i området och i direkt anslutning till vårdcentralen Lyran. Omkring dessa ligger trevåningshus och sedan tar villabebyggelse vid. Spridda i bostadsområdena finns olika mindre närbutiker och där finns även skolor, daghem, en större matvaruaffär och församlingshem. Mellan husen finns stora grönområden med lekplatser och promenadstråk. Var tionde minut går bussen till centrala Malmö och resan tar ungefär femton minuter.

När jag rör mig i Sandbacken och på Lyran möter jag flera olika sätt att beskriva området. En av dessa bilder förmedlas av Melina, en kvinna i 30-årsåldern, som jag träffar på barnavårdscentralen på Lyran. Hon har man och två små barn, lever ett aktivt socialt liv och har flera vänner i området. Melina har inget arbete och söker inte något eftersom hon för tillfället är hemma med barnen. På följande sätt berättar hon om sina upplevelser av hur det är att bo i området:

> Det är här vi bor. Här lever vi våra liv. Mina barn trivs här. Jag har min koloni där jag kan odla grönsaker och blommor. Nej, någon annanstans kan jag inte tänka mig att bo. Här bor mina vänner, ja, här finns nästan hela mitt liv.

Efter att ha bott på flera olika platser i Sverige kändes det som att komma hem när hon flyttade till Malmö och till sin lägenhet. Det är här som de dagliga sysslorna utförs och här som hon kan skapa en utpost för en gemenskap och ett liv. Melina berättar att det är i Sandbacken hon vill leva och forma sin framtid. För henne är det viktigt att poängtera den känsla av trygghet och den sociala samvaro som hon upplever i området. Under min vistelse på vårdcentralen Lyran träffar jag ofta människor som delar Melinas vardagsnära beskrivning av hur de lever sida vid sida med familj, släkt, vänner eller grannar i en trygg närhet. För dem blir bostadsområdet utgångspunkten för det dagliga livet och de beskriver en ”samlevnadsfrid” bland de boende i området (Daun 1976; Ehn 1986).

Samtidigt förekommer helt andra bilder av Sandbacken. Vid läsning av tabellerna i *Malmö stads välfärdsredovisning* (Malmo.se 2005) och Rädda Barnens rapport om *Barnfattigdomen i Sverige* (Salonen 2005) kan man se att Sandbacken befinner sig under inkomstgenomsnittet i Malmö. Inom detta geografiska område bor människor som, av olika anledningar, lever i en svår social och ekonomisk situation. Texterna beskriver hur en del familjer bor hopträngda med många barn i små lägenheter. Jämfört med andra högstadieskolor i Malmö går en hög andel av eleverna i Sandbacken ut grundskolan utan fullständiga betyg. I dessa texter beskrivs hur strukturella problem och den ökande ekonomiska klyftan i samhället påverkar enskilda individer. Manuel Castells (2000) anser att på samma gång som den globalt integrerade ekonomin kännetecknas av allianser och nätverk över nationsgränser, blir de platser och människor som inte anses ha förmåga till entreprenörskap och skicklighet irrelevanta ur ett ekonomiskt perspektiv. Detta medför att de som inte förmår vara dynamiska och attraktiva och därmed anses svåra att marknadsanpassa, kan frikopplas från den ekonomiska arenan. Detta leder till ökade klyftor mellan de människor och

platser som besitter kunskap, idéer och information och de som inte gör det. Castells beskriver hur det i periferin har skapats, det som han kallar, en fjärde värld bestående av:

> en mängd svarta hål av social utstötning över hela planeten. Fjärde världen omfattar betydande delar av jorden /…/ Men den finns också närvarande i bokstavligt talat varje land, och varje stad, i denna den sociala utstötningens nya geografi (Castells 2000:181).

Castells pekar på att en globalt integrerad ekonomi inte har uppnått mer jämlika förhållanden mellan människor eller mellan olika platser. På samma gång som vissa individer och platser har en bättre ekonomisk utveckling, drabbas andra av ekonomisk stagnation. När stora företag förlägger sin produktion till låglöneländer i andra världsdelar leder detta till att det blir svårare för människor utan specifik kompetens att hitta arbetstillfällen i sin närmiljö. Det har uppstått ett nytt sätt att förena olika platser och att samtidigt åtskilja andra. Därmed, anser Castells, har nya förutsättningar för inneslutning och uteslutning skapats.

Flera stora industrier valde att lägga ner sin verksamhet i Malmö under 1990-talet och därmed minskade samtidigt efterfrågan på okvalificerad arbetskraft. Denna utveckling har drabbat olika områden i Malmö på skilda sätt. Befolkningen i Sandbacken har blivit fattigare och andelen fattiga hushåll har stadigt ökat sedan mitten av 1990-talet.[15] En stor del

15 Enligt statistik från Malmö stadskontor har andelen förvärvsarbetande i det område där vårdcentralen Lyran ligger minskat från 50 % år 1997 till 44 % under 2007. Vad gäller den disponibla medelinkomsten är det en betydande minskning från 129 266 kronor år 1997 till 86 781 kronor år 2007. Likaså har valdeltagandet bland de röstberättigade i området minskat och år 1997 röstade 72,2 % och år 2007 använde endast 55,8 % sin rösträtt (Planeringsavdelningen, Malmö stadskontor 1997; Strategisk utveckling, Malmö stadskontor 2007). I de statliga utredningar och rapporter som beskriver en ökande ojämlikhet i levnadsstandard i Sverige används begreppet fattigdom för att beskriva en ekonomisk situation med små marginaler som ger svårigheter att leva upp till den konsumtionsnivå som anses vara normal (Hjort och Salonen 2000; SOU 2000:3; Salonen 2005).

av invånarna i upptagningsområdet lever i ekonomisk otillräcklighet och har svårt att få pengarna att räcka till för att betala boende, mat och kläder. För de flesta handlar det inte om en tillfällig ekonomisk svacka, utan att i flera år leva under ”ekonomisk stress” utan förväntningar på att deras situation ska förändras (Hjort och Salonen 2000:10). För många av dem som bor i Lyrans upptagningsområde finns inte någon möjlig ”flykt undan den smärta och förödelse som präglar villkoren för dem som på ett eller annat sätt hamnat i dessa sociala landskap” (Castells 2000:179). Sandbacken, kan i detta perspektiv, liknas vid ”en fattigdomsficka” (Andersson 2001) eller, med Castells begrepp, vid ”ett svart hål”. Ett svart hål skapas och påverkas av omgivande villkor, som exempelvis arbetsmarknadspolitiska och bostadspolitiska aspekter. För de boende handlar det om att arbetslöshet, bidragsberoende, social otrygghet och lägre kvalitet på undervisningen i skolorna påverkar deras möjligheter och förutsättningar på olika sätt.

Ett svart hål kan givetvis gestaltas väldigt olika beroende på var i världen det är lokaliserat. Ett svart hål i Chicago, i Shanghai, i Teheran, i Lesotho och i Malmö skiljer sig avsevärt åt på flera sätt. Vissa givna förutsättningar eller institutionella ordning, som exempelvis synen på individens rättigheter, grundläggande värderingar, normer, regelverk, sociopolitiska ideal och den hälsopolitik som bedrivs i landet, påverkar den strukturella uppbyggnaden av platsen. Till exempel har vårdcentraler i Sverige en stark svensk prägel oavsett var i landet den befinner sig och Lyran är svår att skilja från andra svenska vårdcentraler såväl till den hälsoideologiska verksamheten som bedrivs där som till lokalernas disposition.

Vad som dock är gemensamt för olika svarta hål är områdenas marginalisering och utanförskap i förhållande till det omkringliggande samhället. Utifrån ett politiskt och samhällsekonomiskt perspektiv är de inte prioriterade områden, utan

har hamnat utanför ett tillväxtgenererande samhällsekonomiskt sammanhang. Men, även om platserna inte inkluderas i en social, politisk eller ekonomisk samhällskontext ska dessa inte förstås som tomrum utan aktivitet. Ett svart hål är en plats där människor lever sina liv, umgås med familj och vänner, köper sin mat och formar sin vardag. Dock påverkas de som bor där på olika sätt av att inte anses vara lönsamma eller nyttiga. Risken är att de som bor i ett svart hål inte framstår som aktiva och dynamiska aktörer i ett ekonomiserat samhälle. Vilket de givetvis är. I Castells uppfattning av ett svart hål saknas en analys av hur individer förhåller sig till sin omgivning. I Sandbacken skapas och skapar människor sitt liv och sin världsbild, men i förhållande till givna strukturer.

Kulturgeograferna Roger Andersson och Irene Molina studerar hur strukturella villkor i samhället förstärker skillnader mellan fattiga och rika stadsdelar (Andersson 2001). ”Det är med andra ord inte bosättningen i sig som skapar problemen, utan de omgivande villkor som följer med denna bosättning” (Molina 2001:77). Den ekonomiska boendesegregationen har ökat i Malmö och olikhet i förutsättningar för dem som bor i Limhamn och de som bor i Rosengård har tilltagit (Salonen 2005). Sandbacken är varken Rosengård eller Limhamn, men har blivit ett fattigt och etniskt heterogent område utan att ännu anses vara det i en politisk kontext. Det finns inte med i kommunala åtgärdsprogram eller statliga storstadsprojekt. Till Sandbacken ges inga extra resurser, inga projektpengar satsas och inga öronmärkta bidrag förmedlas, ännu.

Irina, som arbetar som läkare på Lyran, berättar att hon bodde i Sandbacken i sex år mellan 1991 och 1997. När hon flyttade in var Sandbacken ”ett lugnt område”, men ”på dessa sex år som jag bodde här hände det mycket med området”. När Irina och hennes familj bestämde sig för att flytta, togs beslutet framförallt utifrån oro för barnen och deras skolgång, men även på grund av att:

> Jag kände mig inte längre trygg i området och jag började känna mig rädd när jag gick ensam här. På bara ett par år blev det här ett invandrarområde. Det förändrades väldigt fort. Jag tror att det är många som inte har hunnit med i förändringen och förstår vad som egentligen har hänt här. Det börjar bli som Rosengård här.

När Irina hade kompletterat sin medicinutbildning från hemlandet fick hon arbete som läkare och när hennes ekonomiska situation tillät det, valde hon och hennes familj att lämna Sandbacken. De som inte har möjlighet får stanna kvar i ett bostadsområde som alltmer förlorar i attraktivitet.

> Det har blivit mer av ett klassamhälle. Nu är många som bor här arbetslösa. Även svenskar som bor här lever i en svår situation. Det har blivit ett fattigt område, dom som är fattiga bor kvar. Jag möter dom på jobbet, så jag vet.

Irina sätter ord på den ekonomiska förändring som sker i Sandbacken och i hennes bild av Sandbacken har det blivit ett område med en ökad koncentration av fattiga hushåll. Samtidigt drar hon paralleller mellan fattigdom och etnicitet och hon beskriver Malmös nya etniska gränsdragningar. En gränsdragning som Rosengård har varit symbol för, men som nu även har flyttat in i andra bostadsområden i Malmö. Irina tar avstånd från dem som bor i Sandbacken och gör detta framförallt utifrån ekonomiska orsaker. Även om hon säger att hon ”ofta upplever sig som invandrare” i möten med svenskar, tillhör hon inte de invandrare som befolkar Sandbacken. Det finns en skillnad och denna skillnad är ekonomisk. Hon anser att hon har

anpassat sig, skaffat sig utbildning och arbete och kan därmed själv klara av sin livssituation. På så sätt blir hennes berättelse om Sandbacken en del i hennes identitetsförhandling. I Irinas resonemang, liksom i kulturgeograferna Roger Anderssons och Irene Molinas, indelas staden efter ekonomiska förtecken, som även ofta har etniska markörer.

Förändringarna som sker i Sandbacken uppmärksammas även i lokalpressen. Vid genomläsning av de artiklar i Sydsvenskan som behandlar området mellan åren 2000 och 2007 överväger beskrivningarna av personrån, hot mot busschaufförer, polisjakter, misstänkta pistolskott, stenkastning och mord. Artiklarna handlar om brott som begås mot människor och om gangstergäng som styr i området. Endast ett fåtal gånger visas området ur en mer positiv synvinkel. Tidningstexterna om Sandbacken skapar tillsammans ett mönster där invånarna beskrivs som främmande och hotfulla. Ett tydligt dom ställs mot ett lika tydligt vi. Dom är lika barbariska, mörka och ociviliserade som vi är civiliserade, goda samhällsmedborgare och laglydiga (jfr Brune 1998).

Etnologen Per-Markku Ristilammi liknar journalister vid koloniala upptäcktsresande som ger sig ut i den främmande förorten för att beskriva outforskade vita fläckar i det moderna stadslandskapet. Berättelserna om miljonprogrammen och de som bor där har växlat över tid, men gemensamt har varit att invånarna framställts som annorlunda, främmande och samtidigt som underlägsna. Ristilammi anser att bilden av förorten som förmedlas i media även påverkar själva platsen och de som bor där. De boende tvingas att förhålla sig till den bild som media ger av deras hemmiljö (Ristilammi 1994; jfr Pripp 2001). Ristilammi diskuterar hur de platser som faller utanför en idealbild ofta glöms bort, stoppas undan och förträngs. Det som inte faller innanför det rena, moderna och vackra måste hållas utanför i skapandet av platsens självbild

(Ristilammi 2003). Utifrån detta resonemang kan Sandbacken ses, vid sidan av ett svart hål, som en vit fläck som kan beskrivas som en förträngd plats som inte tillåts ingå i det moderna stadsprojektet. Istället blir det till ett område där de omoderna, de annorlunda, de förträngda eller de främmandegjorda bor.

De olika bilderna av Sandbacken – Melinas hemmaplats, Irinas arbetsplats, ett svart hål eller en vit fläck – kompletterar varandra och ger olika perspektiv på området. Just kombinationen blir viktig om man vill tillåta att flera berättelser och bilder ska få representera Sandbacken. Etnologen Elisabeth Högdahl beskriver hur platser skapas genom människors berättelser och närvaro. Personers handlingar och tankar gör något med platsen, de formar platsen, men även för den som berättar blir berättelsen om platsen del i personens identitetsförhandling. Enligt Högdahl är det dynamiken mellan platser och människor som är intressant och att förstå att en plats befolkas på olika sätt (Högdahl 2003). På detta sätt kan det vara av vikt att låta Sandbacken representeras av flera olika aspekter för att fånga den mångfald av upplevelser som finns om området. I Sandbacken bor och arbetar människor som på olika sätt försöker forma sina liv och sin framtid. Hur hänger förändringarna i Sandbacken ihop med situationen i övriga Malmö?

SITUATIONEN I MALMÖ

1995 skrev eniga kommunalpolitiker i Malmö ett brev till regeringen där de bad om hjälp med att lösa den svåra ekonomiska situation som staden hamnat i. I brevet stod det att utan ”omedelbara ekonomiska stödåtgärder hotas Malmö av något som kan liknas vid en ekonomisk härdsmälta” (Billing 2000:21). Malmö hade redan före 1990-talets krisår haft en svårare ekonomisk situation än riket i stort och var sedan

flera decennier en av de kommuner i landet med högst andel socialbidragstagare (SOU 2000:3; Giertz 2004; Salonen 2005).

Under 1991 lade flera stora tillverkningsindustrier ner sina verksamheter, exempelvis SAAB, Nordiska Fjäder, Fazer, Malmö Strumpfabrik, Pripps och Nordiska Kompaniet, och på bara några månader fördubblades antalet arbetslösa i staden. Mellan 1990 och 1994 försvann nästan vart fjärde arbetstillfälle i Malmö och när krisen var som djupast, under hösten 1993, uppgick de öppet arbetslösa till 16 procent, vilket kan jämföras med 1990 då antalet var 2,8 procent (Billing 2000:13). Arbetslösheten steg till en nivå som tidigare varit i det närmaste otänkbar och det var framförallt inom byggbranschen, tillverkningsindustrin, offentliga sektorn och sjukvården som personer friställdes. För många innebar detta att de inte kunde komma in på arbetsmarknaden under en lång följd av år (SOU 2000:37; Magnusson 2006).

Malmö hade sedan 1970-talet haft en stadig befolknings-minskning som gett ett överskott av outhyrda bostäder. 1990-talets ekonomiska kris sammanföll med att människor som flytt krigshärjade områden, framförallt i forna Jugoslavien, Iran och Irak sökte skydd i Sverige. En del av dem bosatte sig i Malmö och därmed vände den negativa utflyttningstrenden och staden uppvisade en befolkningsökning. Under 1994 kulminerade inflyttningen till staden med över 5000 nyinflyttade personer (Billing 2000:15). Eftersom arbetslösheten var hög innebar detta att de som flyttade till Malmö under 1990-talet redan från början hade en ökad risk för att både ekonomiskt och socialt ställas utanför samhället (Salonen 1999; Hjort och Salonen 2000). De som har lyckats etablera sig på arbetsmarknaden är relativt väl skyddade ekonomiskt vid eventuell arbetslöshet. Tillgången till välfärdens tjänster är framförallt knuten till innehavet av ett arbete och det sociala trygghetssystemet är i stora delar arbetsrelaterat. Detta medför att de största försörjningssvårigheterna drabbar

de som står utanför arbetsmarknaden (SOU 2000:3; Salonen 2005; Magnusson 2006). Utan tillgång till arbetslöshets- och socialförsäkringssystem, exempelvis till arbetslöshetskassa eller sjuk- och föräldraförsäkring, är man i stor utsträckning hänvisad till att klara sig med hjälp av socialbidrag.

Med den ökande arbetslösheten i Malmö reducerades de kommunala skatteintäkterna samtidigt som socialbidragsutbetalningarna ökade. Den snabba ökningen av invånare satte press på olika kommunala verksamheter som arbetsförmedling, sjukvård, äldrevård, barnomsorg och skola. Detta ledde till en allmän krisstämning och enligt en rubrik i Sydsvenskan i januari 1995 var Malmö ”på väg mot kollaps” (Billing 2000:14).

Samtidigt kännetecknades andra delar av Malmö av ett ekonomiskt uppsving. Nedmonteringen av de stora industrierna gav en möjlighet till att förändra Malmös näringsliv. Beslutet om Öresundsbron togs 1994 och med detta följde en utbyggnad av regionens infrastruktur när nya vägnät och järnvägsförbindelser med Citytunneln skulle förverkligas och detta skapade arbetstillfällen. Genom etableringen av nya företag, framförallt inom data, tele och kommunikation, tog Malmö klivet in i kunskapssamhället och i en globalt integrerad ekonomi. Invigningen av Malmö högskola 1997 förstärkte bilden av ett Malmö som lämnat industrisamhället bakom sig och istället satsade på kunskap och teknologi. Dessa nya arbetstillfällen krävde att personer med kompetens, med förmåga till rörlighet och flexibilitet anställdes.

Sociologen Richard Sennett diskuterar hur det nyliberala samhället premierar individer som är rörliga och anpassningsbara för att kunna möta förändrade krav hos arbetsgivarna. Han anser att det som han benämner ”hantverksidealet”, det vill säga där fysiska anlag, styrka och inarbetade erfarenheter, har tappat sin vikt på en dynamisk arbetsmarknad. Individen ska istället kunna hantera osäkerhet och varsel och ständigt vara beredd att ge upp tidigare yrkeserfarenheter till förmån för nya utmaningar

(Sennett 1999; 2007). Även sociologerna Anthony Giddens (1997; 2003) och Ulrich Beck (1998) beskriver hur en ökad ekonomisering i samhället medför krav på individer att vara självreflexiva, att de har förmåga att ständigt skapa och omskapa sig själva för att ha möjlighet att fungera på en arbetsplats eller i samhället. Dock finns det fortfarande arbetsplatser i Malmö med omnejd som har behov av både hantverkskunnande och kroppskrafter, exempelvis i den offentliga sektorn, vid vägbyggen, i hamnen och vad gäller lokalvård och sjukvård. I etnologen Lena Martinssons undersökning av föreställningar om och det vardagliga konstruerandet av ekonomi, ekonomisk mening och arbetsfördelning på ett industriföretag, visas hur det finns uppgifter även för dem som inte klarar av eller uppfyller kraven på kompetens och rörlighet. En informant berättar om de ”enkla” jobben och om de arbetsuppgifter de fick som inte ”hängt med”. Samtidigt beskrivs dessa arbeten som mindre attraktiva och de anställda på industriföretaget uppmanas att ”utveckla sin kompetens, att bredda sig, annars skulle de inte ha en chans, de skulle snart vara omkörda och stå utan arbete” (Martinsson 2006:80).

En del av de komplexa patienterna har ett arbete, men flera står utanför arbetsmarknaden och är arbetslösa och lever på socialbidrag. Hur påverkar detta patienternas symtom och besvär?

FRUSTRATION OCH UPPGIVENHET

En kvinna sitter på en stol i distriktssköterskan Anitas mottagningsrum. Kvinnan håller den rosa lappen i handen. Tårarna rinner sakta nerför hennes kinder. Anita ger kvinnan en pappersnäsduk och hon gömmer sitt ansikte bakom näsduken. Kvinnan samlar sig och berättar att hon har ont. Ont på morgonen, ont på dagen och ont på kvällen. Det smärtar när

hon står, när hon går och när hon sitter och ligger. Smärtan finns i hela kroppen. Varje morgon tar hon ett varmt bad och det stillar smärtan något. Värme hjälper, liksom att bada i badhusets bubbelpool. Kvinnan berättar att hon äter flera olika mediciner, men de hjälper endast tillfälligt och bara lite. ”Hur ska jag orka mer? Jag måste orka för mina barns skull. Dom behöver en mamma. Dom kan inte ta hand om sig själva.” Kvinna har fem barn och tar ensam hand om dem. Hennes man bor inte längre i Malmö. Kvinnan är orolig för den yngsta dottern, som är elva år, som är inskriven på BUP (Barn- och ungdomspsyk) på grund av tvångstankar. Flickan fastnar i vissa rörelser som måste upprepas flertal gånger. Detta oroar kvinnan och hon tänker mycket på hur det ska gå för hennes barn. ”Jag måste orka vara mamma för dom”, säger hon. Hon tycker att hon får bra stöd av BUP och att de tar sig an dotterns problem på ett bra sätt. Patienten berättar att hon inte har haft något arbete på flera år och uppbär inte heller någon sjukersättning, utan hon lever på socialbidrag. Anita säger att kvinnan bör träffa en läkare för att undersöka smärtorna. Hon hittar en tid till en läkare nästa vecka och ber kvinnan komma tillbaka då.

Anita tycker att de anställda på vårdcentralen Lyran står handfallna inför den vardagsverklighet som mötet med de komplexa patienterna innebär och att detta inger en känsla av otillräcklighet. Att uppleva att man inte räcker till gör Anita frustrerad och hon anser att hon inte kan fullfölja sina arbetsuppgifter som hon önskar. Anita uttrycker att både hon och patienterna blir ”lämnade i sticket”. Personalen för att de inte kan utföra sitt yrke som de önskar, patienterna för att deras besvär inte kan åtgärdas utan ofta återkommer med regelbundenhet. Känslan av frustration förstärks, berättar Anita, av att vårdbehovet bland invånarna i upptagningsområdet ökar generellt. Anita har arbetat som sjuksköterska på Lyran i två år, men har tidigare arbetat på andra vårdcentraler i Malmö. I samband med att

fler patienter söker vård för mer komplexa symtom ifrågasätts och utmanas verksamheten, vilket försvårar för personalen att få arbetsuppgifterna att fungera som det är tänkt, anser Anita.

Under hösten 2000 och våren 2001 genomförde Region Skåne en patientundersökning på 68 vårdavdelningar och vårdcentraler i sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt. Efter avslutad vård gavs patienterna möjlighet att fylla i en enkät med frågor som berörde väntetid, bemötande och hur de hade blivit omhändertagna. Utifrån drygt 10 000 svar värderades de olika vårdenheterna efter speciella kriterier och i denna bedömning fick vårdcentralerna i Malmö generellt låga betyg, dock med vissa undantag. I denna undersökning hamnade Lyran bland de som ansågs ha sämst tillgänglighet av alla vårdcentraler i Malmö (Informationsblad från Region Skåne 2001; Sydsvenskan 010522).

Även om det är en speciell vårdcentral under en specifik tidsperiod som beskrivs här, finns det generella likheter med andra vårdinrättningar i Sverige. I början av 2000-talet var den bristande tillgängligheten ett allmänt problem inom hälso- och sjukvården i Sverige. Det var svårt att få tid hos en läkare och köerna inom vården växte när behovet av vård och omsorg ökade samtidigt som resurserna var otillräckliga (SOU 2000:3; Hansson 2006). Även på den andra vårdcentralen, som jag studerade i jämförande syfte, upplevde man liknande problematik. Olika faktorer hade påverkat denna utveckling, exempelvis en ökad kunskap om sjukdomar och vårdmöjligheter som medförde att invånarna ställde högre krav och hade större förväntningar på vad sjukvården skulle klara av. En åldrande befolkning påverkade sjukvårdens situation, liksom att symtomdiagnoser ökade och att personer sökte vård för symtom som tidigare ansågs som en normal del av livet, exempelvis när unga kvinnor medicineras för depression i samband med kärleksbekymmer (Eberhard 2006). Även den snabba medicinska utvecklingen inom exempelvis läkemedelsbranschen och det medicintekniska området skapade

nya möjligheter och anspråk på vad sjukvården kunde utföra.

En läkare funderar över om det är vårdcentralen som ska ta hand om de komplexa patienterna och anser att man borde gå ut och efterlysa hjälp från andra institutioner i samhället. Han refererar till HSL och påpekar att patienterna med komplexa symtom nog kräver ”annan särskild kompetens” (HSL 1982:5§) som går utöver allmänläkarens kompetensområde. När personalen på Lyran på olika sätt har försökt få hjälp från andra institutioner i vårdsamhället, som de anser möjligtvis hade kunnat ge patienterna en mer adekvat behandling, berättar de att de inte har fått gehör från något håll. Anita påpekar att det inte finns någon annan vårdinstans i Malmö som tar sig an dessa patienter.

> Psyk vill ju inte ta dom. Dom säger att det är vi vårdcentraler som ska ta dom. Vi har blivit en slask-institution och hit skickas allt det som ingen annan orkar eller vill ta.

Anita sammanfattar de anställdas känsla av uppgivenhet och otillräcklighet med orden:

> Vi har inte förmåga att ta hand om dessa patienter. Vi klarar inte av det. Ändå kommer de hit till oss och det är vi som måste ta hand om det. Hur ska vi klara detta? Vad ska vi göra?

Anita upplever att personalen på vårdcentralen är övergivna i sitt arbete utan stöd från någon annan instans. Även om patientantalet ökar och vårdbehovet anses ha blivit mer diffust, ”måste vi klara av det här själva”. Till skillnad från att arbeta på en vårdavdelning på ett sjukhus får personalen på en vårdcentral lättare en helhetssyn över patientens medicinska, psykologiska, kulturella,

ekonomiska och sociala verklighet. Det innebär ett visst socialt ansvar och en skyldighet, enligt Anita, att synliggöra eventuella problem och brister även på en politisk och samhällelig nivå.

> Vi som är anställda här borde kanske reagera mer och kanske föra patienternas talan. Vi borde kanske gå ut till politikerna och berätta hur det är här. Men antagligen skulle dom inte lyssna på oss. Dom är väl inte så intresserade av hur vi har det här.

De anställda saknar tillit till att politiska beslut eller riktlinjer skulle kunna förändra deras situation, liksom att de anser att politiker i allmänhet saknar intresse för den problematik som råder på Lyran. När Anita beskriver kommunala och regionala politiker använder hon orden ”handfallna”, ”oengagerade” och ”ointresserade”. Personalen berättar om hur de försöker hitta nya rutiner för att få flyt i vardagen och att de i detta arbete uteslutande letar efter lösningar i den egna organisationen, eftersom tron på att andra vårdinstitutioner eller politiska initiativ ska bistå med hjälp är låg.

Situationen på vårdcentralen Lyran förvärras under 2001. Både personal och patienter är frustrerade, irriterade och uppgivna över den problematiska situationen som råder där. Framförallt är det den begränsade tidsliga tillgängligheten som skapar irritation. De långa väntetiderna ger upphov till starka känslor hos de besökande patienterna och personalen berättar om hur de blir utskällda både i väntrummet och i telefonen. Vid ett tillfälle blir en sjuksköterska hotad till livet av en arg patient som anser att hon måste få träffa en läkare samma dag och inte efter någon vecka som hon erbjuds.

Under hösten 2001 väljer tre, av totalt fyra, sjuksköterskor att lämna sina arbeten och Lyran hamnar i en akut kris. En sjuksköterska säger att hon tagit slut både kroppsligt och mentalt

av arbetet på vårdcentralen. Hon är överansträngd och trött på att utsättas för patienternas ilska och hon saknar känslan av tillfredsställelse med sig själv och det arbete hon utför. Hennes kropp har sagt ifrån och hon måste sluta för att inte gå under, berättar hon. En annan av sjuksköterskorna påpekar att även hon som anställd har rätt till att må bra. Anita berättar att hon är ”rent svettig på kvällen, liksom helt utmattad när jag kommer hem”, men väljer att arbeta kvar på Lyran. Känslan av att hon kan hjälpa människor att få ett bättre liv överväger och gör att hon i stort trivs med sitt arbete. Anita väljer att sammanfatta de anställdas situation med orden:

> Det krävs mycket av oss som jobbar här. Det är vi som har fått ta emot hela smällen. Så länge det är vi som får ta emot befolkningen så lyssnar politikerna inte på oss. Så länge det inte blir någon protest. Vi har hela tiden underlättat genom att hitta egna lösningar. Därför att vi vill ta hand om området. Men jag tror att vi gör fel. Vi skulle ha behållit de fem mottagningsrum som vi hade och inte försökt hitta lösningar med mottagningsrum i en ombyggd städskrubb. När vi själva hela tiden hittar lösningar så behöver politikerna inte bry sig. Så vi gjorde kanske oss själva en otjänst. Man skulle ha låtit de boende reagera starkare inför politikerna. Om dom hade gått ut hade kanske politikerna lyssnat. Men så länge ingen går ut och säger till så händer ingenting heller.

Anita anser att de i verksamheten på Lyran inte får någon hjälp med att behandla de komplexa patienternas besvär från andra institutioner i samhället. Istället väljer de, som de även har gjort vid tidigare tillfällen, att titta inåt, in i den egna organisationen för att hitta lösningar. Hur kunde de få en bättre och mer

tillgänglig verksamhet på vårdcentralen Lyran? Hur kunde de göra situationen bättre för patienterna? Hur kunde de underlätta sin egen arbetsbörda?

2006 – LÄGET UNDER KONTROLL?

Fem år senare, under våren 2006, återvänder jag till vårdcentralen Lyran och ser att det är mycket som har förändrats under den tid som gått mellan mina besök. Det som först fångar min blick när jag stiger in i väntrummet är ett akvarium där färgglada fiskar långsamt simmar runt. De förut gröna väggarna glänser nymålat vita och glasdörrarna som leder in till mottagningsrummen, som tidigare var stängda, står nu öppna och inbjudande. Det enda spåret av människor är två fotavtryck på golvet nedanför en stol, som visar att någon med våta skor nyss suttit där. Oberoende av vilken tid jag anländer till Lyran råder lugn och stillhet i ett avfolkat väntrum. Någonting har hänt sedan mina besök 2001. Men vad?

Personalen berättar att tempot har blivit lugnare och att de fått större kontroll över vardagen. Arbetsuppgifterna känns inte längre lika betungande och de upplever större tillfredsställelse med det arbete som de utför. Det är inte längre det tunga som dominerar berättelserna om arbetsplatsen och inte någon beskriver längre vare sig deras eller patienternas situation som tung. En ny lätthet verkar ha infunnit sig på vårdcentralen.

Under 2002 kom en ny chef med nya idéer om verksamhet och rutiner på Lyran. Ett omfattande omorganisationsarbete inleddes och olika praktiska förändringar genomfördes. Målet med omorganisationen var framförallt att öka den tidsliga tillgängligheten för patienterna, men även att skapa en bättre arbetsmiljö för personalen. Det är dock fortsatt svårt att hitta personal till lediga tjänster på Lyran. 2006 är fortfarande två av de fem läkartjänsterna vakanta. Det har inte funnits

någon sökande till dessa utannonserade tjänster under de senaste åren. Anita påpekar att vårdcentralen fortfarande är underbemannad och att verksamheten lever på marginalen. Om någon i personalgruppen är sjuk och man tvingas boka om inbokade patienter till en annan dag eller om något annat i planeringen fallerar, brakar det uppbyggda systemet ihop.

Anita, som fortfarande arbetar som sjuksköterska på Lyran, anser att det har blivit en mer tillfredsställande arbetssituation för de anställda. Hon berättar att tidigare fanns det ingen möjlighet att stanna upp och se patienterna och deras problem eller behov.

> Man försökte bara rensa utanför dörren, ungefär, bland alla som tryckte på. Idag har vi mer utrymme till eftertanke och reflektion. Vi har mer tid till att tänka igenom arbetet som vi gör här nu. Det är under denna paustid som vi har tid att fundera runt olika saker. Att försöka se förbi köer, tidsbrist, stress och istället se människan.

I Anitas fortsatta berättelse om den förändrade arbetssituationen är det en känsla av lätthet som dominerar. Både arbetsuppgifterna och patienternas situation beskrivs som lättare. Hon berättar att olika organisatoriska moment har förändrats till det bättre och att dessa tillsammans har gett en mindre arbetsbörda. Tidigare hade vårdpersonalen ansvar för att bevaka vissa patienter, vilket innebar att de kallade patienterna med regelbundenhet till kontroller, provtagningar eller receptförnyelser. 2006 har detta ansvar lagts över på patienterna som istället själva ska beställa tid när det är dags. På detta sätt har vårdtider frigjorts och tillgängligheten till de olika mottagningarna har därmed ökat. En annan förbättring som Anita visar är att hon på dataskärmen kan se när en person har anmält sig i receptionen och befinner sig i väntrummet. Detta medför att hon slipper gå ut i väntrummet

och ropa upp en person som inte är närvarande, vilket besparar henne både tid och kraft.

Anita berättar om andra tekniska förändringar som underlättar i det vardagliga arbetet. Hälso- och sjukvården i Region Skåne har installerat ett nytt telefonsystem som ska göra det enklare för både vårdpersonalen och patienterna. Patienterna får behålla sin plats i kön även om de avslutar samtalet och de behöver inte längre sitta och vänta med telefonluren i hand. Mellan samtalen finns en inlagd paustid vilket gör att personalen hinner med att dokumentera vem som har ringt och i vilket ärende. De tidigare blinkande röda lamporna ökade stresskänslan hos personalen att hinna med alla samtal som väntade och försummade att föra anteckningar om dem som ringde mellan samtalen.

Anita visar olika tidningsurklipp som beskriver Lyrans resa från att ha varit en vårdcentral med bottennoteringar till att bli en på toppnivå. En tidningsartikel hänger inramad på väggen i Lyrans korridor och påminner om att man lyckats skapa ordning och få kontroll över situationen. ”Vi har betydligt mer koll på läget nu”, säger Anita. Ur personalens perspektiv är förändringarna som skett på vårdcentralen en framgångssaga. När Anita talar om sin arbetsvardag använder hon ord som trivsamt, roligt, intressant, engagerande och att personalen har fått en starkare sammanhållning. Alla anställda visar ett större intresse för verksamheten och de är ”ett sammansvetsat team” som jobbar mot ”ett gemensamt mål”, enligt Anita.

Förändringsarbetet har blivit en del av en identitetsformerande process för de anställda på Lyran och för deras förhållande till sina arbetsuppgifter. Anita berättar att 2006 kan vårdcentralen Lyran uppfylla vårdgarantin, dvs. att patienterna ska få kontakt med primärvården, antingen via telefon eller på plats, samma dag som man söker hjälp, och att man ska få ett läkarbesök inbokat inom sju dagar (Skane.se). En ny stolthet, en ny och driftig chef och ett nytt identitetsskapande arbete ligger till

grund för Lyrans framgångssaga, enligt Anita. Personalen har gjort resor tillsammans för att förstärka sammanhållningen även över olika yrkeskategorier och detta har inneburit flera positiva förändringar för personalen.

Enligt flertalet av de patienter som svarade på en enkät från Lyran är det stora flertalet nöjda med de förändringar som har skett. Framförallt upplever de att det har blivit lättare att få en läkartid (Westerelve 2006). Även personalen lovordar att den tidsliga tillgängligheten har ökat. Dock påpekar en kurator att för hennes patienter har tillgängligheten minskat i samband med att bevakningen av dem har upphört. Många av de patienter som kommer till henne kan eller orkar inte själva hålla reda på när det är dags att förnya recept eller när sjukskrivningen måste förlängas. Kuratorn anser att det fortfarande är svårt att komma fram till Lyran telefonledes och många av hennes patienter ger upp innan de lyckas få kontakt.

I samtal med personalen poängteras de positiva förändringar som har skett och de påpekar att de komplexa patienterna har minskat i antal. De uttrycker att de klarar av arbetet med dessa patienter bättre och att de på ett mer tillfredsställande sätt än tidigare kan tillmötesgå patienternas behov. Arbetet med dem upplevs inte längre som lika tungt. Det är endast kuratorn som pekar på att det ökade ansvarstagandet är svårt för en del av hennes patienter att axla. När jag senare är med under möten mellan vårdgivare och vårdtagare, ser jag att patienternas symtom och anledningar till att de söker sig till vårdcentralen är desamma som 2001. För mig är det samtidigt tydligt att de komplexa patienterna har ökat i antal.[16] Mina observationer av verksamheten överensstämmer alltså inte med personalens

16 Jag har bokfört och fört anteckningar om alla de 230 mötessituationer som jag har observerat. Under 2001 beräknade jag att ungefär var femte patient ingick bland de komplexa. Denna siffra uppgick till var fjärde patient under 2006. Detta är uträknat efter de premisser som jag ställt upp för att anses vara en komplex patient, dvs. uppvisar diffusa symtom som anses vara svårdiagnostiserade och svårbehandlade, samt att de återkommer med regelbundenhet till vårdcentralen.

berättelser om deras arbetssituation. När jag berättar för Anita om mina iakttagelser, funderar hon och säger: ”Intressant att du säger så, för det är kanske så att dom fortfarande mår väldigt dåligt. Det är kanske så att man har blivit väldigt hemmablind.” Eftersom vårdpersonalen varit uppfyllda av alla de positiva förändringar som skett, har samtidigt de komplexa patienternas situation hamnat i skymundan. Hur kommer det sig att personalen upplever att andelen komplexa patienter minskat när de, enligt min mening, har ökat i antal? Varför upplevs arbetet med dem inte som tungt längre?

VÅRDGIVARENS TYDLIGGJORDA ROLL

En dag följer jag med Lena, som är läkare på Lyran sedan snart femton år. Lena tittar på listan över förmiddagens akutmottagning där namnet på nästa patient står. ”Nej, nu kommer hon igen. Jag blir trött bara jag ser hennes namn”, säger hon med en suck. Det visar sig vara en kvinna i övre medelåldern som kommer in i rummet. Lena inleder mötet med att fråga: ”Jaha, vad har hänt sedan sist?” Kvinnan svarar: ”Det har hänt väldigt mycket”, och hon börjar berätta om olika besvär med eksem, högt blodtryck, ben som svullnar, magbesvär, smärtor i ryggen och att hon har svårt för att somna på kvällarna. Patienten talar mycket och hon pratar fort. Hon berättar om den stress hon känner av att inte kunna få något arbete. Hon säger att hon gärna vill ha ett jobb, men uttrycker samtidigt att hon börjar känna sig för gammal för att ta vilket arbete som helst. Kvinnan lever på socialbidrag och får ingen sjukersättning eftersom ”dom på Försäkringskassan” anser att hon är arbetsför. Tidigare har hon arbetat inom äldrevården och säger att det blev för tungt, ”inte fysiskt, men psykiskt tungt”, tillägger hon. Hon skulle gärna vilja arbeta halvtid om hon fick tillfälle. Nu är hon hemma mest hela tiden och tar hand om sin man som ofta är sjuk.

Lena tittar på den lapp som sjuksköterskan har fyllt i när patienten ringde till vårdcentralen för att boka en tid till läkarmottagningen. Hon säger:

> Jag ser här att du söker för akut magont. Om du söker på en akut läkartid så kan jag bara titta på det akuta. Är det i magen du har mest ont?

Kvinnan uttrycker att de olika besvären som hon känner hänger ihop med varandra, men Lena påpekar att på en akuttid behandlas enbart det som gör akut ont. Kvinnan lägger sig ner på britsen och Lena undersöker hennes mage. När undersökningen är avslutad säger kvinnan att hon även har besvär i underlivet. Lena avbryter kvinnan och säger, vänligt men bestämt: ”Det där får du ta upp med din gynekolog. Det kan inte jag titta på nu.” Kvinnan säger att det är dyrt för henne att boka olika tider för hennes olika besvär. Lena lämnar detta oemotsagt och börjar istället utreda vilka mediciner kvinnan tar. Hon skriver ut recept för tre mediciner som kvinnan äter regelbundet och som behöver förnyas. Receptet skrivs in i datorn och skickas via internet direkt till valfritt apotek i Sverige. Kvinnan lämnar vårdcentralen utan någon diagnos av sina besvär, utan att bli sjukskriven och utan ett gult recept i handen. På detta sätt får hon ingen bekräftelse på sina symtom, ingenting som ger möjlighet för henne att legitimera en sjukroll.[17]

2006 har de anställda tydligare definierat de arbetsuppgifter som de anser sig kunna utföra på vårdcentralen Lyran. Det har utarbetats nya riktlinjer och tydligare gränsdragningar för verksamheten. För läkarnas akuta mottagning gäller nya regler:

17 För flertalet av de komplexa patienternas besvär finns ingen egentlig benämning och deras symtom förblir ofta utan namn. På detta sätt blir symtomen inte legitimerade av läkarvetenskapen och inte klassificerade som sjukdom. Att lida av ett namnlöst symtom kan leda till att det är svårt att hitta lämplig behandling, vilket i sin tur kan medföra att man anses vara en besvärlig patient.

> Patienter med många olika besvär ska informeras om att vid akutbesöket handlägges endast akuta besvär och övriga symtom får handläggas på vanlig återbesökstid (Informationsfolder från vårdcentralen Lyran 2005).

Om patienterna även vill diskutera andra symtom med läkaren på den akuta mottagningen, än de som anses vara av akut karaktär, ska de upplysas om att dessa besvär får behandlas på en ny bokad tid. När patienten, i exemplet ovan, söker läkare för smärtor i magen, men under mötet visar att hon även har besvär i andra delar av kroppen, påpekar läkaren att eftersom patienten söker för smärtor i magen är det detta som ska undersökas. Om patienten även vill diskutera andra åkommor rekommenderas att hon bokar en ny tid. För patienterna innebär detta även en ekonomisk aspekt.

Lena anser att de nya riktlinjerna, med tydligare gränsdragningar för det arbete hon kan och ska utföra, underlättar i hennes arbetssituation. Hon upplever att hon kan hjälpa patienterna med deras akuta besvär på ett mer tillfredsställande sätt och mötet blir lättare för henne att hantera när det inte längre ges tillfälle att även diskutera andra smärtor eller åkommor. Arbetet på den akuta läkarmottagningen har koncentrerats mer och mer till att under en begränsad tid identifiera patienternas akuta problem, att ställa diagnos, att komma fram till en lämplig behandling och att skriva ut relevant medicinering eller skicka en remiss för fortsatt utredning av en specialist inom den kroppsdel där patienterna för tillfället upplever smärta.

2006 är det en mer tillåtande miljö för de anställda att erkänna att de inte har de rätta förutsättningarna eller möjligheterna att ta hand om de komplexa patienterna på ett tillfredsställande sätt. Lena uttrycker att hon inte kan vara

> kurator, socialsekreterare, morsa och försöka klara upp hela deras liv. Det går inte att hjälpa alla jämt. Jag är utbildad till läkare inte till dadda eller att vara någon extramamma. Det ingår inte i mina arbetsuppgifter att sitta och bena ut livet för folk. Det finns andra som har bättre kompetens för att göra det än vad jag har.

Eftersom de komplexa patienterna anses vara väl medicinskt utredda utan att man hittar något fysiskt fel, anser Lena att hon inte kan göra mer för att förändra deras situation. Hon upplever att hon har svårt att tillföra mer till patienternas behandling som skulle innebära att de mår bättre. Smärtorna sitter i kroppen men är inte synliga för den medicinska expertisen. På de akuta läkarmottagningarna delas patienternas kroppar och symtom in i olika delar. Fragmentarisering av patienters kroppar har beskrivits av flera forskare de senaste åren och jag återkommer till detta i kapitel tre, där verksamheten på Lyran kommer att beskrivas som ett illustrativt exempel på detta tilltagande fenomen. I denna process hamnar sambanden mellan olika besvär och olika kroppsdelar i skymundan och det kan leda till att helheten försvinner. Detta blir ett led i det osynliggörande av de komplexa patienternas problematik som sker på Lyran.

FÖRÄNDRING SOM OSYNLIGGJORT

2006 är det inte längre möjligt att komma till vårdcentralen, ta en nummerlapp och vänta på sin tur. Genom att införa nya rutiner för hur patienterna kan boka ett besök hos läkare eller hos distriktssköterska, har det medfört en känsla av att dessa patienter har blivit färre. Väntrummet är inte längre fullt av väntande och därmed är patienterna inte lika synliga på vårdcentralen längre. Den kraft som de fick genom att utgöra ett väntande kollektiv

som hördes, syntes och pockade på uppmärksamhet, har gått förlorad när de kommer enstaka till i förväg redan inbokade besök.

Detta tillsammans med att patienternas kroppar, i större utsträckning än tidigare, delas in i mindre enheter och utan ambition att få ett helhetsperspektiv, gör att även om det tunga hjälpbehovet finns kvar upplever personalen att det vardagliga arbetet har blivit lättare. En lätthet som kanske inte representerar patienternas behov utan snarare hur arbetet runt dessa individer har förändrats (se vidare Fioretos 2008). På ett sätt kan man påstå att den lätthet som personalen ger uttryck för i den nya arbetsorganisationen motsvaras av att patienternas situation har blivit osynliggjord. I detta osynliggörande ingår olika aspekter som gäller patienternas fysiska närvaro, uppdelningen av symtom och kroppar i enskilda enheter, men även ansvarsförskjutningen mellan personalens och patienternas åtaganden.

De förändringar som har skett kan förstås som en kulturell process och Lyran kan ses som en kulturell förhandlingsplats. Samhällsförändringar avspeglas i verksamheten på vårdcentralen och nyliberala idéer om privatisering, individuell frihet och ekonomisering påverkar skeendet där. Under förhållandevis kort tid har det skett omfattande finansiella och strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården. Styr- och ägandeformer har genomgått förändringar i spåren av decentralisering, ekonomisering och privatisering. Genom att hämta inspiration från det privata näringslivet har en övergång mot mer marknadsinriktade organisationsmodeller anammats inom vården (Hansson 2007). Sedan 2006 arbetar samtliga vårdcentraler i Malmö utifrån en egen budget och när prestationsersättning har ersatt anslagsfinansiering krävs större kostnadseffektivitet i verksamheten. Ökningen av privata vårdgivare inom primärvården ger en ny marknadsorientering med ökad konkurrens, högre effektivitet, krav på kvalitetsförbättringar samtidigt som kostnaderna för verksamheten ska minska. 1998

gjordes nästan vart femte läkarbesök i primärvården hos privata läkare (SOU 2000:3). Detta innebär en perspektivförskjutning inom sjukvården där patienterna ska ses som kunder och där olika kundvalssystem har införts. Ett exempel på detta är Hälsoval Skåne som infördes 2009. Tanken med detta är att öka patienternas valmöjligheter vad gäller vårdenhet och hos vilken läkare man vill vara listad. Till varje medborgare knyts en vårdpeng och en missnöjd kund kan byta till en annan enhet och vårdpengen följer med, på samma sätt som en skolpeng följer med varje enskild grundskoleelev vid val av skola. Genom att pengarna följer med individens val ska de olika vårdgivarna motiveras till att ge en god vård med förbättrad tillgänglighet och kontinuitet (Skane.se). Dock medför detta krav att patienterna själva har viljan, intresset och förmågan att välja den vårdenhet som de upplever ger god vård och som de anser har bra tillgänglighet. Det innebär ett ökat eget ansvarstagande för individen.

Patienternas nya osynlighet är sammanvävd med sättet man refererar till dem och till arbetet med dem. De anställda talar inte längre om att de bör gå ut och berätta för politiker och myndigheter om patienternas situation. Det ligger nära till hands att anta att när de inte längre ses som ett pockande kollektiv har de samtidigt blivit politiskt irrelevanta. En läkare på Lyran sammanfattar den nya bilden av de komplexa patienterna med orden: ”Vissa människor strular till sina liv, de tar inte tag i sin situation, de tar inte själva ansvar för sitt liv.”

… … …

I kapitlet har vi sett hur personalens arbetsvardag på vårdcentralen Lyran förändrades mellan 2001 och 2006. 2001 är det en vårdcentral i kaos och personalen beskriver hur de inte hinner med sina arbetsuppgifter. De berättar om den frustration och uppgivenhet som arbetet med de komplexa patienterna innebär och om mötet med de patienter som söker vård för smärta, oro och ångest. När jag återvänder till Lyran 2006 uppvisas en ny lätthet både vad gäller hur personalen beskriver sin arbetsbörda och sättet som man refererar till patienternas situation. Arbetet med de komplexa patienterna anses inte som lika tungt längre och de beskrivs inte som lika många. Samtidigt ser jag hur de komplexa patienterna, enligt mina beräkningar, har ökat i antal och det är fler patienter som söker vård för diffusa symtom 2006 än det var tidigare. I kapitlet diskuteras hur patienternas situation har osynliggjorts och dessa tankar kommer att utvecklas i följande kapitel. Patienterna är inte närvarande som ett kollektiv i väntrummet och deras symtom delas in i enheter som försvårar för personalen att få ett helhetsperspektiv på patienternas livssituation.

Upptagningsområdet Sandbacken presenteras och även den utveckling som har skett i Malmö. Personalen berättar om en känsla av övergivenhet i förhållande till övriga samhället och talar om politiker som inte bryr sig och om andra vårdinrättningar som inte visar intresse av att vilja hjälpa till i arbetet med de komplexa patienterna.

För att förstå den förändring som sker på Lyran, måste detta sammankopplas med ansvarsförskjutning, individualisering och personalens syn på kroppsliga symtom, som kommer att diskuteras i kommande kapitel.

SYNEN PÅ KROPPEN

De förändringar som genomförts på den akuta läkarmottagningen leder till, som beskrivits, att läkarna endast behandlar akuta besvär och om patienterna även vill diskutera andra symtom, uppmanas de att boka en ny tid. Patienternas kroppar delas på detta sätt in i mindre delar och strävan att uppnå en helhetssyn av de komplexa patienternas besvär försvåras. Detta är en bidragande orsak till att relationen mellan patienternas livssituation och kroppsliga symtom osynliggörs. Ett besök på läkarnas akuta mottagning resulterar oftast i att de komplexa patienterna ordineras medicinering och skickas via remiss till sjukhuset för att få ben, armar och huvud röntgade och till specialiserade mottagningar för smärtor i mage, hjärta och rygg. Man kan tala om att patienternas symtom på detta sätt individualiseras och blir en del av den individualiseringsprocess som sker i samhället i stort (Bauman 2001; Giddens 1997).

En förmiddag följer jag med Irina på hennes läkarmottagning. Hon tittar på listan över dagens patienter och berättar att nästa person ofta kommer till Lyran och är välkänd för personalen. En yngre välklädd kvinna kommer in i rummet. Efter henne går hennes femåriga dotter och de sätter sig ner på var sin stol. Dottern sitter tyst och stilla under hela mötet. Kvinnan berättar att hon har problem med magen. Den gör ont, framförallt i vänster del av magen och hon har svarta prickar i avföringen. Samtidigt gör det ont i benen och i ryggen. När hon ligger ner

går det bra, men hon har svårt för att gå och sitta. Patienten säger att hon ofta är yr och blir illamående. Hon oroar sig över olika saker och har svårt att somna om kvällarna. Ofta ligger hon vaken hela natten med huvudet fullt av oroliga tankar.

Irina ber kvinnan att lägga sig ner på britsen i rummet och hon känner på patientens mage. Det gör inte ont när Irina trycker på magen, men det gör ont när kvinnan rör sina ben. ”Det kanske är muskelvärk?”, säger Irina, men det tror inte kvinnan. Hon vill förvissa sig om att det inte är något allvarligt fel med hennes mage och ber om att få en remiss till en magspecialist. Innan Irina vill ge henne detta vill hon att patienten går till Lyrans laboratorium, där sjuksköterskor ska ta olika prover, bland annat på hennes avföring. Irina säger: ”Vi måste undersöka de svarta prickarna om det är blod.” ”Blod? Kan det vara blod?”, undrar patienten oroligt. Irina försöker lugna patienten: ”Det är säkert inget som är farligt. Tänk inte på det nu.”

Patienten lämnar rummet och går till sjuksköterskornas labb för att ta de olika proverna. Dottern följer tyst efter sin mamma. ”Jag skulle aldrig ha sagt det där med blod, det var ett misstag”, säger Irina till mig. Senare under dagen återkommer kvinnan till Irina med provsvaren. Enligt Irina visar svaren inget anmärkningsvärt och hon säger att allt ser bra ut. Kvinnan insisterar på att få sin mage undersökt av en specialist och efter övertalning skriver Irina en remiss till en specialistmottagning på sjukhuset.

Patienten i exemplet visar att hon är van att tala för sin sak och har lärt sig att hantera vårdapparaten. Vägledande för hennes önskemål är den oro som läkaren skapade under mötet när hon talade om eventuell förekomst av blod i avföringen. Även om detta kunde dementeras av de prover som gjordes av sjuksköterskorna, vill patienten få detta undersökt av en specialist. Patienten ger sig inte förrän hon får sin vilja igenom och en remiss till en magspecialist. Här blir det maktförhållande som råder i vårdmötet mellan läkaren och patienten tydligt.

Irina poängterar att det ofta inte finns någon egentlig medicinsk orsak till att göra vissa specialistundersökningar och att dessa görs enbart för att lugna patienterna. Hon ser en risk med att alltför lättvindigt skicka patienterna vidare, eftersom det kan skapa en vana och ett behov hos patienterna att få en grundlig undersökning varje gång de kommer till vårdcentralen. I Mirjaliisa Lukkarinen Kvists undersökning av vårdpersonalens erfarenheter av att bedriva vård på Fittja vårdcentral, beskrivs hur patienterna gärna vill ha en remiss till en undersökning av en specialist och att det bland patienterna finns en stark tilltro till olika specialisters kompetens (Lukkarinen Kvist 2001).

För Irinas del finns flera olika aspekter att ta hänsyn till innan hon skickar en patient till en specialistmottagning. Dels kan ekonomiska överväganden vara vägledande i hennes beslut eftersom kostnaderna för dessa undersökningar ska inkluderas i vårdcentralens budget. Dels handlar det om hennes rykte inom yrkeskåren och Irina påpekar att om hon alltför ofta skickar en remiss utan medicinsk grund kan hennes kompetens och trovärdighet eventuellt undergrävas bland andra läkarkolleger. Hon anser dessutom att ett besök hos en specialist endast sällan leder till att någon ny avvikelse upptäcks som inte setts av vårdcentralens läkare. Specialistmottagningarna kan, enligt Irina, oftast inte erbjuda en bättre vård för dessa patienter än vad hon anser att de kan göra på vårdcentralen Lyran.

Samtidigt ingår det i läkarens uppgift att på olika sätt och med olika medel utesluta sjukdom. Om hon skulle missa en allvarlig sjukdom kan hon fällas för att inte ha uttömt alla möjligheter av olika undersökningar. Irina säger att den största anledningen till att hon skickar kvinnan, i exemplet ovan, vidare till en specialist är inte för att hon tror att specialistundersökningen kommer att hitta något avvikande, utan detta görs uteslutande för att lugna patienten.

> Annars kommer hon inte att släppa den här oron. Det är bra att hon får svart på vitt på att det inte är något fel på just det stället där hon har ont nu. Då kan man bocka av det från listan över hennes olika besvär. Nästa gång hon kommer hit så behöver vi ju inte titta på det igen. Då är det i alla fall inte där hon har ont längre.

Irina vet att patienten i exemplet kommer att återkomma till hennes mottagning. Hon vet även att patienten ofta oroar sig för olika kroppsliga besvär, en oro som Irina oftast uppfattar som obefogad. I bedömningen av patientens problematik försvinner ofta ett helhetsperspektiv, vilket innebär svårigheter med att inkludera en förståelse av hur ekonomiska, sociala, medicinska, biologiska och kulturella aspekter samspelar. Även om Irina har en förståelse för att olika aspekter kan påverka patientens kroppsliga besvär kan hon ofta inte göra något för att förändra dem. Det blir en paradox för Irina i hennes arbete. Det hon kan göra är att bocka av den ena kroppsdelen efter den andra och undersöka att det inte är något fysiskt fel. Hur kan denna syn på kroppen hjälpa de komplexa patienterna i ett längre perspektiv?

Detta kapitel handlar om vårdpersonalens syn på kroppen och hur personalen förstår patienternas kroppsliga symtom. Det är personalens kulturellt präglade blick som är i fokus och hur kroppen förhandlas fram i mötet mellan vårdtagare och vårdgivare. Kapitlet tar även upp hur det är att leva med oro, stress, sorg, saknad, i arbetslöshet, i en otrygg ekonomisk situation och att inte kunna påverka sin livssituation, samt hur detta sätter spår i kroppen. På vårdcentralen Lyran talar personal om vikten av att införliva en helhetsbild av patienternas livssituation i den vård som ges, men denna vision visar sig vara svår att genomföra.

FOKUS PÅ KROPPSLIGA SYMTOM

När patienternas besvär delas in i mindre enheter och därmed isoleras från varandra, kan möjligheten att betrakta individen utifrån ett helhetsperspektiv försvåras. Ofta är det inte enbart en anledning till att patienterna besöker hälso- och sjukvården, utan det kan vara flera olika samverkande hälsoproblem. Möjligheten att undersöka sammansatta orsaker till patienternas hälsoproblematik begränsas när undersökningen koncentreras till ett symtom. Det finns en risk för att patienterna reduceras till biologiska varelser eller till något medicinskt kontrollerbart när det kroppsliga hamnar i fokus på bekostnad av en emotionell, kulturell eller social dimension.

Att dela in kroppen i olika enheter är inte en isolerad företeelse som rör vårdcentralen Lyran, utan förekommer även i andra vårdsammanhang. Susanne Lundin studerar ofrivilligt barnlösa par som väljer att genomgå konstgjord befruktning och visar hur de anser att helhetssynen på deras situation brister i mötet med hälso- och sjukvården. Kvinnorna i undersökningen uttrycker att de reduceras till ”ett resultat av den medicinska ingenjörskonsten, en mänsklig automat som i bästa fall även skulle bli en behållare för ett kommande barn” (Lundin 1996:34). Paren önskar att de även kunde få hjälp med emotionella förändringar som sker i samband med konstgjord befruktning och de efterlyser ”professionell hjälp när det gäller att få svar på frågor och för att få prata om hur det känns” (Lundin 1996:35). Den psykiska omvårdnaden blir försummad för ett mer tekniskt inriktat undersökningsförfarande.

Detta kan jämföras med förhållandena på Lyrans läkarmottagning för akutbesök där det ofta inte ges utrymme för att ringa in sammanhang mellan olika samverkande faktorer för patienternas hälsotillstånd. Patienternas känslorelaterade, sociala eller ekonomiska problematik tas ofta inte om hand

på läkarmottagningen på Lyran, som istället blir en tekniskt inriktad undersökning. Läkarna koncentrerar undersökningen på att utreda vilken medicin patienterna äter, vilka sjukdomar som finns i släkten och hur ofta symtomen uppträder. De söker efter ledtrådar till bakomliggande orsaker utifrån en biologisk förklaringsgrund. Denna praktik är bestämd och inlärd utifrån gällande medicinsk praxis och handlar om kulturellt och historiskt antagna vetenskapliga teorier som tillhandahåller sjukdomsbilder, sjukdomsnamn och sjukdomsbeteende. På detta sätt kan man säga att patienterna ofta reduceras till mätbara objekt, där bakomliggande oro och ångest inte ingår som en del av bedömningen av symtom och besvär (jfr Johannisson 1994). För vårdpersonalen kan det vara svårt att gå utanför den referensram som de har inskolats i och som fastställer vad som anses vara det normala eller det rätta.

En eftermiddag följer jag med läkaren Lena, och under tiden mellan två patienter diskuterar vi hennes möjligheter att införliva andra orsaker till patienternas symtom än biologiska och medicinska i hennes bedömning och behandling. Lena berättar att hon tidigare haft både mer tid och mer kraft att göra detta, men att hon 2006 drar sig för att diskutera patienternas emotionella, sociala och ekonomiska problematik. Lena säger att hon oftast undviker att ”trycka på knappen” och menar att hon inte gärna ställer frågor till patienterna som uppmuntrar dem att tala om deras livssituation och hur de ”mår i själen”. Hon påpekar att hon inte är specialist på olika livsproblem och hon vill undvika att dras in i ett samtal utan möjlighet till uppföljning, till lindring eller bot.

> Jag försöker ibland att prata med dom, men tiden räcker inte till och det kan också vara så att dom inte förstår vad jag frågar om. Ibland frågar jag inte för att tiden är för knapp. Jag vet att jag inte hinner ta hand om det som dom berättar om.

Nästa patient som kommer in i mottagningsrummet är en man i övre medelåldern, han söker hjälp för smärtor i framförallt nacke och rygg. Lena har före mötet beskrivit att patienten under fem års tid har sökt sig till vårdcentralen med olika symtom och att hon tidigare behandlat mannen för magont, ont i leder, sömnsvårigheter, yrsel, nervösa besvär, depression, kramper och trötthet. När mötet med mannen närmar sig sitt slut försöker Lena föra in samtalet på andra orsaker till hans symtom än de strikt biologiska eller medicinska. Mannen talar svenska, om än med brytning, och anses inte vara i behov av tolk. Dock försvinner nyanser och skiftningar i språket i deras samtal och det blir svårt för Lena att föra in samtalet på patientens tankar och funderingar kring hans situation och hans symtom. Men hon gör ett försök.

> Läkaren frågar mannen: ”Hur mår du egentligen i själen?”
> Patienten förstår först inte frågan utan skakar bara på huvudet.
> Läkaren försöker förtydliga sig med orden: ”Hur mår du i själen? Hur mår du i hjärtat?”
> På detta svarar patienten snabbt: ”Hjärtat mår bra, det mår bra.”
> Läkaren vrider sig i stolen och säger långsamt: ”Ja, det var inte riktigt så jag menade. Hur mår du i själen? Trivs du i Sverige?”
> Mannen nickar ivrigt och svarar: ”Ja, jag trivs mycket bra, tack.”

Det är tydligt att patienten inte förstår vart Lena vill komma med sina frågor och det blir svårt för henne att fullfölja ambitionen om ett samtal av en mer emotionell karaktär om patientens upplevelse av sin situation. När vårdpersonal och

patienter inte delar ett gemensamt språk, tillkallas så ofta som möjligt tolk. Detta sker framförallt till de besök som är inbokade i förväg. Vad gäller de akuta mottagningarna är det inte på samma sätt möjligt att ha tolk närvarande och vid dessa besök kan personalen, i bästa fall, få hjälp av tvåspråkiga kolleger eller av en medföljande anhörig till patienterna (se även Lövgren och Runfors 1993; Lukkarinen Kvist 2001).[18]

Språksvårigheter kan försvåra eller försinka ett möte, men har dock inte en avgörande betydelse för om personalen väljer att påbörja ett samtal om patienternas livssituation. Aspekter som att den avsatta tiden inte räcker till och att läkaren upplever att det ligger utanför hennes kompetensområde, påverkar detta mer än om vårdgivare och vårdtagare delar ett gemensamt språk eller inte. Även om alla närvarande talar svenska blir det svårt att hinna med att uppmärksamma existentiella, sociala eller ekonomiska aspekter av patienternas situation.

I läkaren Irinas arbetsvardag har en smidighet och lätthet infunnit sig i mötet med de komplexa patienterna när hon, som hon säger, utgår från ett medicinskt perspektiv på dessa patienters besvär. Det enskilda mötet inger en upplevelse av att hon som läkare kan ge patienterna ett bättre bemötande än hon kunde tidigare och hon anser att dessa patienter har blivit smidigare att handlägga. Detta medför att hon är mer tillfreds med sin egen arbetsprestation.

Samtidigt, påpekar Irina, kan detta arbetssätt innebära att hon kan gå miste om information angående patienternas sociala, emotionella och ekonomiska tillstånd och att hon missar eventuell underliggande problematik till patienternas symtom. Irina säger att genom att skicka patienterna till specialistmottagningar kan det vara ”ett sätt att skjuta problemen framför sig”. Hon fortsätter:

18 Av de 230 möten som jag observerat har tio möten haft en professionell tolk närvarande, i elva möten har en anhörig tolkat och vid tre tillfällen har någon ur personalgruppen agerat tolk.

> Antagligen kommer patienten tillbaka hit igen nästa vecka med något nytt besvär. Mediciner hjälper inte den här kvinnan. Egentligen är det fel att hon kommer till mig för jag kan inte hjälpa henne. Det är inget medicinskt problem. För mig är det ganska frustrerande.
> Jag kan inte hjälpa henne, men jag tar på henne, jag pratar med henne och så. Men jag vet att jag inte kan hjälpa henne.

Irina poängterar att även om hon skulle få en bredare insyn i de komplexa patienternas problematik, räcker inte hennes förmåga till för att kunna hjälpa. Det krävs kompetens som hon inte besitter, påpekar hon. På detta sätt visar Irina att hennes självbild och identitet som läkare har påverkats av de nya rutinerna på Lyran och samtidigt att hon har en insikt i vilka olika konsekvenser det nya arbetssättet kan få.

Förändringen som skett på läkarnas akutmottagning kan liknas vid den sjukvård som beskrivs i romanen *Babels hus* (1978). Författaren och läkaren P. C. Jersilds roman initierade en diskussion under slutet av 1970-talet om hur den svenska sjukvården hade blivit alltmer specialiserad och fragmentiserad. Boken visar en bild av vården där behandlingen av patienterna sker på löpande band och hur individuella intressen eller behov får stå tillbaka för en mer massproducerad vård (jfr Johannisson 1997). Antropologen Emily Martin talar om hur kroppen liknas vid en maskin och hur varje beståndsdel ses som fristående och inte kommunicerar med andra kroppsdelar. Detta är en syn på kroppen där varje del anses ha förmåga att stå för sig själv och där kroppen uppfattas som en apparat som kan repareras del för del när den skadas. Enligt Martin har detta synsätt påverkat uppbyggnaden av dagens västerländska hälso- och sjukvård till att anpassas efter att varje kroppsdel har sina egna experter.

Martin påpekar att i denna uppfattning förbises det som håller ihop kroppens delar, det som pågår inuti kroppen mellan olika delar och även psykiska, sociala och emotionella orsaker till individuella symtom (Martin 1994).

Även vårdcentralen kan liknas vid en maskin eller en fabrik. Tidigare, i kapitel två, använder personalen ord som ”rytm” och de talar om hur ”takten bromsas ner” när de beskriver det vardagliga patientarbetet. Vid mina besök 2006 talar personalen om vikten av att patienterna ”lotsas” till rätt vårdnivå och även om patienterna fortfarande i första hand söker vård på läkarmottagningen ska de ”slussas” vidare till sjuksköterskemottagningen. På vårdcentralen skapas och regleras olika slags rytm och flöden som ger intryck av att värderas utifrån effektivitetsgrad. Detta sker i enlighet med den managementfilosofi som används inom vissa delar av hälso- och sjukvården, men även på olika företag och industrier. Denna går under benämningen *lean production* och förespråkar bland annat ”kontinuerligt flöde utan avbrott” (Lindqvist 2008).

Enligt Irina och Lena är de komplexa patienternas upplevelser av illness ofta utredda ur ett kroppsligt och medicinskt perspektiv. Även om de återkommer med smärta i samma kroppsdel, eller med symtom på ett nytt ställe i kroppen, kan läkarna inte fastställa en disease, en diagnos. Omhändertagandet av dessa patienter har allt mer kommit att överlåtas på sjuksköterskorna och deras mottagningar. På vilket sätt arbetar sjuksköterskorna med de komplexa patienterna? Arbetar de med att integrera ett helhetsperspektiv på patienternas problematik?

KÄNSLA AV SAMMANHANG

Sjuksköterskemottagningen framvisar en mer målinriktad strävan än tidigare efter att inkludera ett helhetsperspektiv på patienternas livssituation i den behandling som ges. Enligt

sköterskan Vera vill de försöka se till varje patients inneboende resurser och att varje patient måste ses som en unik individ med individuella förutsättningar och möjligheter. Hon påpekar att det är viktigt att förstå att kroppen påverkas av biologiska faktorer, men även av sociala, ekonomiska eller emotionella aspekter. Minnen och känslor av sorg, förlust, glädje, oro eller stress blir kroppsliga, anser Vera. I likhet med antropologen Lisbeth Sachs tankar beskriver Vera hur ”sorg liksom kan bli ett med kroppen och påverka hela systemet”.

Ett verktyg som Vera använder i arbetet på sin mottagning är begreppet KASAM. Hon är inspirerad av den salutogena modellen och förklarar att detta är ett synsätt som fokuserar vad det är som orsakar hälsa, istället för vad det är som gör en person sjuk. Det handlar om de hälsobringande faktorerna som gör att människor är och förblir friska. I boken *Hälsans mysterium* (1987) lanserar medicinsociologen Aaron Antonovsky begreppet känsla av sammanhang, KASAM. Han utgår från att en individ aldrig är antingen helt frisk eller helt sjuk, utan ständigt rör sig i ett kontinuum mellan de två ytterligheterna frisk och sjuk. De personer som upplever att deras liv har ett sammanhang eller att de ingår i ett socialt, existentiellt eller ekonomiskt sammanhang har ett starkt KASAM och har därmed lättare att hantera kriser och bevara sin hälsa. Individer som ser tillvaron som begriplig, hanterbar och meningsfull är därmed friskare än andra. En stark känsla av sammanhang blir, enligt Antonovsky, en förutsättning för god hälsa och graden av KASAM bestämmer var vi befinner oss på skalan frisk-sjuk. Antonovsky anser att känslan av sammanhang är den viktigaste aspekten för att kunna leva ett liv i hälsa och påpekar att det är sjukvårdens uppgift att hjälpa patienterna att skapa förutsättningar för denna känsla. Antonovsky betonar vikten av att sjukvårdaren tar hänsyn till vårdtagarens sammansatta livssituation för att kunna ge en lyckad vård.

Dessa tankar tycker Vera är viktiga och försöker införliva dem i arbetet med de komplexa patienterna. Hon vill hjälpa patienterna att uppnå en känsla av sammanhang och detta innebär delvis ett åtagande som går utöver det medicinska och biologiska. Det krävs att även andra aspekter av patienternas livssituation inkluderas i bedömning och behandling. Veras arbete med detta blir tydligt en förmiddag när jag följer med på hennes sjuksköterskemottagning och en man kommer in och sätter sig på britsen. Hon har innan mötet beskrivit att mannen vid flera tidigare tillfällen har sökt vård på vårdcentralen och hon kallar honom för ”kändis”. Mannen vill tala om sina sömnproblem. Det är längesedan han har sovit en hel natt, berättar han och ofta ligger han vaken och tänker hela nätterna. På morgnarna orkar han inte stiga upp, utan ligger kvar i sängen. Han berättar att han ofta är irriterad på sin fru och på de små barnen som är hemma under dagen när han försöker vila. ”Vi lever på varandra. Jag får ingen ro.” Han säger att han ständigt är trött och att tröttheten gör honom både arg och utmattad.

Vera lyssnar på mannen utan att avbryta eller skynda på. Hon frågar vad han brukar göra på dagarna och mannen säger att han gör ”ingenting”. Han är arbetslös och känner ofta stress över sin situation och oro över att få pengarna att räcka till. ”Hur ska jag kunna sova om jag inte har ett jobb?”, frågar han Vera retoriskt. Hon säger att hon tyvärr inte kan hjälpa honom att hitta ett arbete, men kan ge råd om hur han kan hantera sina sömnproblem.

> Det är viktigt att du sover ordentligt annars orkar du inte. Du måste tänka på att du äter bra. Du ska undvika att äta för fet mat eller för söt mat på kvällen. För det gör det svårare att somna. Det är bra om du går en promenad på kvällen. Att röra på sig och få frisk luft innan du går och lägger dig är bra.

Mannen har kommit till vårdcentralen för att söka hjälp för sina sömnsvårigheter. Detta problem beror eventuellt snarare på arbetslöshet, oro för ekonomin, låg självkänsla och är ett mer omfattande problem bortom det kroppsliga. Patienten kan sägas sakna en känsla av att ingå i ett sammanhang, att ha ett arbete och kontroll över sin ekonomi. Denna form av sammanhang ligger dock utanför Veras uppdrag och något hon inte kan hjälpa patienten med att tillgodose. Därmed blir det svårt för hälso- och sjukvården att ta sig an denna problematik.

För Vera blir det omöjligt att åtgärda patientens problem med sömnlöshet om detta har sin grund i arbetslöshet eller ekonomisk otrygghet. Vera väljer att ta sig an den del av mannens problematik som är relevant för hennes arbete och som hon har kunskap om. Hon vill ge honom en förståelse för hur hälsa och livsstil hänger ihop och att detta är en viktig insikt för att uppnå jämvikt i tillvaron och en känsla av sammanhang. Hennes drivkraft blir snarare att lära patienten att om han äter hälsosam mat, promenerar regelbundet och på andra sätt aktiverar sig kan hans förutsättningar för att förändra sin livssituation eventuellt förbättras. I all välvilja ger hon tips och råd för att få mannen att försöka hantera sin situation på bästa sätt. Dock är risken stor för att sjuksköterskans strävan saknar relevans för mannens faktiska livssituation. Tipsen om att äta nyttigt eller att ta en kvällspromenad hamnar långt från de lösningar som mannen själv anser att han är i behov av för att kunna må bättre, som skulle kunna innebära en meningsfull sysselsättning, en given plats i samhället och en tro på att han är behövd.

Vera talar om vikten av att se helheten, att se till patienternas hela situation och av att skapa en känsla av sammanhang. Det blir svårt, eller rentav omöjligt, att realisera en känsla av sammanhang, utifrån vårdens perspektiv på sammanhang, hos de komplexa patienterna på Lyran. Därmed finns ett glapp mellan sjuksköterskornas förståelse av begreppet KASAM

och de komplexa patienternas livssituation. Det blir svårt även för sjuksköterskorna att innefatta sociala, ekonomiska och emotionella orsaker till de problem som patienterna söker vård för. Även om deras ambition är att se på patienternas situation utifrån ett helhetsperspektiv och försöka införliva sociala och ekonomiska aspekter i bedömning och behandling, kan de egentligen sällan göra något för att förändra patienternas livssituation. När uppgivenhet, arbetslöshet, fattigdom, låg självkänsla, sorg och bristande tillit har satt sig i patienternas kroppar, med smärta, ångest, kramper, domningar eller yrsel som följd, står personalen på vårdcentralen ofta maktlösa och utan att kunna hjälpa. Att behandla svag framtidstro, utanförskap, arbetslöshet, splittrade familjer, få sociala kontaktytor eller fattigdom ingår inte i vårdcentralens verksamhet.

Vera anser att hon vid vissa tillfällen bör hjälpa patienterna i ärenden som egentligen går utöver hennes arbetsuppgifter. Dagligen ringer Vera till försäkringskassan, socialkontor, arbetsförmedling, skolor och arbetsplatser för att intyga eller utreda patienternas sjukdomssituation. Detta gör hon framförallt i de fall då patienterna inte har tillräckligt med pengar för att köpa ordinerad medicin eller när deras ekonomiska situation på andra sätt påverkar deras symtom och besvär negativt. ”Men jag kan ju inte skaffa jobb och bostad till dom”, säger Vera.

Vårdpersonalen kan inte hitta arbete till dem som är arbetslösa eller lösningar på bekymmer av ekonomisk karaktär. Även om effekterna av arbetslöshet ofta hamnar i sjukvårdens korridorer kan den inte botas där och vårdpersonalens uppgift är inte att ”skapa arbetstillfällen eller lösa familjens ekonomiska bekymmer” (Lukkarinen Kvist 2001:46). Patienternas livssituation påverkas av en rad olika processer som vårdpersonalen enbart till en viss utsträckning kan behandla. Eller som Vera uttrycker det: ”Det är jättesvårt för oss här på vårdcentralen att bota personer som mår väldigt dåligt.” Läkaren Irina säger att hon vet att hon inte

kan hjälpa dessa patienter, men att de likväl kommer tillbaka till hennes mottagning och därmed måste något göras för att förbättra deras situation.

Enligt filosofen Fredrik Svenaeus varken kan eller bör sjukvården ta sig an alla typer av problem. Samtidigt är det till vården som många vänder sig när de upplever smärta eller en krissituation. Svenaeus anser att det är ett dilemma för vårdpersonalen när anledningen till de symtom som presenteras för dem inte alltid har en biologisk eller medicinsk förklaring, utan istället snarare handlar om en livssituation som blivit ohanterlig. ”Viljan att förstå patientens situation motsvaras som regel inte av en förmåga att kunna ändra situationen på något enkelt sätt” (Svenaeus 2003:127). Har förmågan att hjälpa någon att uppnå känslan av sammanhang avinstitutionaliserats och hamnat på andra ställen i samhället och andra instanser i kulturen?

Vårdmötet på Lyran är en fristående händelse i en sammansatt process som både vårdtagaren och vårdgivaren endast kan påverka till en viss del. Vårdpersonalens arbete handlar inte om att inge patienterna en känsla av sammanhang, utan det handlar snarare om att ge dem verktyg att klara av ett liv i avsaknad av en känsla av ett sammanhang, ett liv utan arbete och ekonomisk trygghet. De tips och råd som Vera ger den sömnlöse mannen i exemplet ovan, blir ett sätt att lära honom hur man kan leva ett mer drägligt liv, snarare än ett liv med KASAM.

INGA ENKLA LÖSNINGAR

En tisdagsförmiddag kommer en äldre, gråhårig man in i distriktssköterskans mottagningsrum. Han går fram till Anita och pekar på sina ögon och öron och säger: ”Ont”. Anita ber honom sätta sig ner och ställer sedan olika frågor för att få fler ledtrådar till var mannen mer exakt har ont, men får endast samma ord till

svar upprepat gång på gång: ”ont”. Hon frågar efter mannens personnummer och ur sin rockficka plockar han fram några hopvikta papper som ser ut att vara brev från olika myndigheter. I ett av breven hittar Anita mannens personnummer och med hjälp av dessa siffror kan hon plocka fram uppgifter om honom i sin dator. ”Men tillhör inte du en annan vårdcentral? Var bor du?” På dessa frågor skakar mannen på huvudet och suckar.

Plötsligt plockar han fram en mobiltelefon ur rockfickan och ringer till någon. Efter ett kortare samtal lämnar han över telefonen till Anita, som först ser frågande ut och inte riktigt förstår vad han menar. Hon tar luren och i andra änden är en man som säger att han känner patienten. Anita försöker få klart för sig vem det är hon pratar med: ”Hur känner du honom? Är ni vänner? Vet du var han bor?” Frågor som hon inte får några uttömmande svar på. En undersökning av mannens öron och ögon genomförs medan telefonen skickas fram och tillbaka mellan Anita och patienten. Hon säger, vänd mot mig, att det känns konstigt att samtalet tolkas via en telefon och att det är olustigt eftersom hon inte vet vem det är som pratar i telefonluren. Efter en stund avslutas telefonsamtalet. Då frågar Anita: ”Har du haft besvär med öronen tidigare?”

Återigen ringer mannen upp sin vän som fortsätter tolka samtalet mellan honom och Anita. Hon får patientens adress av mannen i telefonluren och hon säger att han inte kan få en läkartid samma dag, utan en inbokad tid kommer att skickas om några dagar med post. Även detta telefonsamtal avslutas. När Anita ska förklara för mannen att han kommer att få en tid hos en läkare om två veckor och att den tiden kommer att skickas till honom, förstår han inte och ringer för tredje gången upp sin vän. Till slut säger mannen, ”aha”, och Anita hoppas att han har förstått att han inte får träffa en läkare samma dag för att få sitt onda undersökt. Mannen lämnar rummet och på den gula remissen skriver Anita: ”Arabisk tolk.”

Många möten på Lyran inger en känsla av motstånd och inte enbart på grund av att patienterna söker för oro och ångest till följd av en otrygg social och ekonomisk situation, utan även beroende av den institutionella ordning som sätter ramar för verksamheten. Mannen i exemplet tvingas till att underordnas den ordning som definierar tillgång till vård och vilken vård som har förtur framför annan. Han har kommit till vårdcentralen på grund av att han upplever smärta, men får gå hem utan att detta blir åtgärdat. Även om han uppvisar ett symtom som endast kräver en relativt enkel åtgärd, kan han inte få sitt onda undersökt av en läkare samma dag. Varje möte underordnas denna institutionella ordning, vilket kan försvåra i sökandet efter lösningar för de komplexa patienternas besvär.

Enligt vårdcentralens ålagda uppdrag måste det ges en god vård på lika villkor för alla. Flera i personalgruppen efterlyser hjälp från övriga samhället för att klara av att uppfylla detta uppdrag. De önskar att vårdcentralens verksamhet ska vara en ”kugge i ett hjul” och där även andra institutioner medverkar i arbetet med de komplexa patienterna. Anita påpekar att ”hela samhället måste engageras” i detta arbete för att tillsammans underlätta situationen för dessa patienter och önskar att samarbetet mellan exempelvis arbetsförmedling, näringsliv, socialförvaltning och försäkringskassa utökas. Det som vårdcentralen kan bidra med är att exempelvis medicinera, ge råd om att äta nyttigt och information om vikten av att vara fysiskt aktiv. Anita vill med sitt arbete med KASAM vägleda de komplexa patienterna till en förståelse för att om de ändrar sitt sätt att leva kan det innebära att det öppnar för nya möjligheter till ett aktivt liv och till en känsla av sammanhang. I detta arbete efterfrågar Anita större möjligheter att kunna skicka patienterna vidare till samtal med en psykolog. Hon anser att en psykolog eventuellt skulle kunna hjälpa patienterna att förstå sambanden mellan kroppslig smärta och en hälsosam livsstil.

Det finns ingen psykologtjänst på vårdcentralen Lyran och flera anställda beklagar detta. Dock påpekar personalen att det antagligen inte skulle räcka med enbart en tjänst. ”Vi skulle behöva ha tusen psykologer anställda här för att kunna ta hand om alla de som bor här och kommer hit”, säger Irina, men inser samtidigt att det är en omöjlighet. Tillgängligheten till denna typ av vård är överlag låg i Malmö. Det är svårt att remittera patienterna till en alltmer överbelastad psykverksamhet som tvingas till att göra dagliga prioriteringar på grund av färre platser och fler sökande (Sydsvenskan 050808). Det finns dock en kurator anställd på Lyran och hon berättar att det är näst intill omöjligt för de komplexa patienterna att få en tid hos en psykolog i Malmö.

> Dom tar bara in dom som är psykiskt sjuka, psykos, inte depression eller liknande. Det har hänt flera gånger att jag har skickat en remiss till psykiatrin, men dessa har skickats tillbaka hit stämplade med: ”utan åtgärd”. Det är ju det som är så svårt. Psyk tar ju inte emot de vanliga kriserna längre.

Enligt kuratorn bedöms inte de komplexa patienterna ha tillräckliga behov för samtal med psykolog. De flesta får därmed inte tillgång till denna typ av vård. Kuratorn berättar att detta blir särskilt besvärligt när det är yngre personer som inte mår bra. Väntetiden på Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) är lång och kuratorn väntar på att en av hennes yngre patienter, som hon för flera veckor sedan har bedömt vara i akut behov av att träffa en psykolog, ska bli kallad till BUP.

> Den här patientens tillstånd har försämrats avsevärt under väntetiden. Jag vet inte vad jag ska göra med henne. Det finns inte något mer som jag kan göra. Det

> finns inte någon ytterligare vård som jag kan erbjuda henne här på vårdcentralen. Hon är i stort behov av annan slags hjälp.

De patienter som efterlyser samtal med en psykolog och visar att de vill ha den vård som en psykolog kan ge, har svårt att få gehör för sina önskemål. Samtidigt är det inte alla som efterfrågar denna typ av vård. En del patienter anser att deras besvär är kroppsliga och inte psykiska och ser därmed ingen mening med att samtala med en psykolog (jfr Nolkrantz 1998). Detta kan ses som en del i en hierarkisering mellan olika sjukdomar och symtom, där symtomdiagnoser, som exempelvis fibromyalgi och utmattningsdepression, likväl som psykiska sjukdomar, har en lägre status inom hälso- och sjukvården (Jönsson 1998; Hammarlin 2008). I denna rangordning av sjukdomar blir samspelet mellan sjukdom, kultur och samhälle tydlig. Detta avspeglas i sin tur i människors medvetande och i deras kategoriseringar av olika sjukdomar. Kategoriseringar som följer tillgängliga och av kulturen sanktionerade mönster (Johannisson 1994). Oftast hamnar de komplexa patienternas symtom utanför det legitimerade, det namngivna eller det klassificerade.

Att vårdcentralens verksamhet inte kan hjälpa eller bota alla är både personal och patienter ense om. Hälso- och sjukvården kan inte ensamt förändra de komplexa patienternas livssituation, men samtidigt är det till Lyran som de vänder sig. Att införliva ekonomiska, sociala och emotionella aspekter i behandlingen av de komplexa patienterna går utanför de definierade arbetsuppgifterna på vårdcentralen Lyran. Att ge patienterna ett större socialt nätverk eller en tryggad inkomst är inte ett uppdrag för vårdcentralens personal. Personalen talar om vikten av att se samband och att både de och patienterna ser dessa sammanhang. Dock ser personal och patienter på sambanden utifrån olika

perspektiv. När patienterna kommer till Veras mottagning för att tala om sina sömnproblem, kan sömnsvårigheterna bero på att de lever med oro för ekonomin eller stress inför framtiden. För dem handlar det om att först få en ekonomisk och social trygghet innan de kan börja fundera på om det liv de lever är hälsosamt. När personalen beskriver samband anser de att patienterna bör ”rycka upp sig” för att öka chanserna att få ett arbete, en tryggad ekonomisk situation och därmed även ett bättre liv.

ATT OMDEFINIERA ETT PROBLEM

En dag sitter en man i övre medelåldern på britsen i Lenas läkarmottagningsrum. Han berättar om hur hans kropp trilskas, att den smärtar vid vissa rörelser och att den inte orkar lika mycket längre. ”Jag är trött. Jag sover för lite”, säger han och beskriver att han ofta somnar på kvällen, men vaknar under natten och omöjligt kan somna om. Då går han upp och tittar på tv eller lyssnar på musik. Mannen arbetade som musiker tidigare, men säger att han inte kan spela sin saxofon längre. Detta beror på att han är för nervös och får ingen ro i kroppen längre, påpekar han. Hans händer darrar under hela samtalet. Mannen berättar att han ibland tappar känseln i armarna eller i benen och upplever samtidigt domningar i kroppen. Då får han svårt att röra sig och hela kroppen känns tung. När Lena undrar varför patienten kommit till vårdcentralen säger mannen att han sökt tid hos doktorn eftersom han är orolig för sitt hjärta. Vid minsta ansträngning upplever han smärta i hjärtat. Han blir andfådd och yr och måste sätta sig ner. Det är en obehaglig känsla som sprider sig i hela kroppen när han blir yr. Det trycker och skaver kring hjärtat och han mår illa. ”Vad är det för fel på mitt hjärta?”, undrar mannen.

Lena skriver en remiss till en specialistmottagning för under-

sökning av mannens hjärta. Det är tredje gången på kort tid, berättar läkaren för mig efter mötet, som hon skickar mannen vidare för undersökning av smärtor i olika delar av hans kropp. ”När han kommer ena gången är det magen och då tittar jag på den, andra gången är det något annat och då får vi ta det”, säger hon. Lena skriver även ut flera olika typer av mediciner till mannen.

Antropologerna Margaret Lock och Nancy Scheper-Hughes (1996) beskriver samband mellan sjukdom, kropp, kultur och samhälle. De tar utgångspunkt i kroppen för att förklara hur biologi, ekonomi, psyke, kroppsbild och jaguppfattning flyter samman. Kroppen ses som ett signalsystem, där känslor, frustration och trauman internaliseras och som tar sig uttryck i exempelvis smärta och värk. Kroppens förmåga att utstå kan påverkas av de förhållanden man lever under och på så sätt hänger den individuella kroppens yttringar ihop med den förankring eller position som en person upplever att hon har i samhället. Via kroppen synliggörs känslor av maktlöshet, underlägsenhet, osynlighet, besvikelse, vägran, liksom av kreativitet. Anna Ljung visar i sin studie av hiv-positiva hur föreställningar om kroppen integreras med individens kroppsliga känslor och reaktioner och blir till levd erfarenhet. Kulturella värderingar och sociala relationer skapar uppfattningar om kroppen, klassificerar symtom och kategoriserar smärta utifrån vissa givna ramar och mallar. Dessa klassificeringar påverkar den enskildes sätt att uppfatta och införliva symtom och besvär i sin egen kropp (Ljung (Hagborg) 2001). De komplexa patienterna visar med sina kroppsliga symtom hur vantrivsel eller uppgivenhet inför sin livssituation och sin plats i samhället har internaliserats i kroppen.

Lock och Scheper-Hughes diskuterar hur vägran kan uttryckas på olika sätt, som en vägran att arbeta, vägran att leva under rådande omständigheter, vägran att stå ut, vägran att klara av och hur det handlar om att inte längre orka försöka klara av sin livssituation. Enligt Lock och Scheper-Hughes omvandlas

ofta kroppsliga uttryck av denna vägran till en diagnos i mötet med hälso- och sjukvården utifrån de kulturella och sociala sjukdomsuppfattningar som är gällande. Orkeslöshet, fattigdom och ilska blir förklarade i termer av depression, fibromyalgi och PMS. På detta sätt kan dessa besvär definieras som individuella symtom istället för att förklaras utifrån kulturella, sociala och ekonomiska strukturer i samhället.

De komplexa patienterna behandlas vanligtvis med medicinering och i enlighet med Lock och Scheper-Hughes kan man påstå att på detta sätt omdefinieras deras specifika livssituation till ett medicinskt problem när de kommer till vårdcentralen. Begreppet medikalisering myntades av Irving Zola under 1970-talet och en medikaliseringsprocess kan beskrivas som ett sätt att definiera ett socialt problem i medicinska termer och att man ordinerar medicin för att lösa problemet (Malmquist 2000). När patienterna ges medicin för att bota ett samhälleligt problem, som exempelvis trångboddhet och arbetslöshet, blir deras besvär medikaliserade. Detta kan leda till att människors vägran, uppgivenhet och maktlöshet kan bli medikaliserad och individualiserad, snarare än politiserad eller kollektiviserad. Denna individualisering blir en del i att osynliggöra patienternas problematik, eftersom detta kan leda till att patienternas situation ses som personlig, ovidkommande och mindre angelägen att åtgärda.

Liknande medikaliseringsprocesser kan ses i andra delar av vårdsamhället. Idéhistorikern Karin Johannisson visar hur kvinnliga symtom, såsom menstruation, graviditet och klimakterium, blev medikaliserade i sekelskiftets Sverige. Dessa kvinnliga besvär ansågs som avvikande, i förhållande till en manlig norm, och skulle därmed undertryckas och bortmedicineras. ”Periodicitet, instabilitet och fragilitet, gäckande underliv och dallrande nervsystem legitimerade denna medikaliseringsprocess” (Johannisson 1994:271). I dagens samhälle kan exempelvis

ungdomar som reagerar normalt på ett livstrauma, en konflikt eller betungande levnadsförhållanden, få en psykisk diagnos och behandlas med antidepressiva läkemedel för att klara av livets vanliga motgångar och svårigheter (Eberhard 2006).

I arbetsformerna på vårdcentralen blir medicinering en viktig aspekt av behandlingen av de komplexa patienterna. Detta blir så oberoende av om personalen anser att det är bra eller inte. När jag frågar Irina, Ivan, Lena, Anita och Vera vad de tror skulle hjälpa de komplexa patienterna ur deras situation, får jag ett entydigt svar: ett arbete.

TRON PÅ ARBETE

Personalen påpekar att det är viktigt att patienterna får ett arbete och arbetslöshet ses som en avgörande orsak till flera av patienternas symtom. Att ha ett arbete att gå till och därmed en meningsfullhet att ingå i skulle ge de komplexa patienterna en känsla av sammanhang, det är något som personalen är övertygad om. Vera berättar om hur vissa patienter som, när de har fått ett arbete, inte längre har behov av vårdcentralens tjänster. När de får ett arbete och känner meningsfullhet med sin tillvaro försvinner ofta de symtom som de tidigare sökte hjälp för. Ett arbete ger en bra chans till att bryta ett regelbundet vårdsökande, anser Vera. Veras uppgift i detta blir inte att hitta ett arbete till patienterna, utan att få patienterna att leva hälsosamt och aktivt för att vara en attraktiv aktör på arbetsmarknaden. I en självreflexiv tid, när det är viktigt att förverkliga sig själv, ökar kraven på en ny typ av människa, en människa som klarar av att vara flexibel, kunnig, rörlig, nyskapande och självkontrollerad. Enligt sociologen Anthony Giddens (1997) innefattar kraven på individen även ett kroppsligt projekt och man bör vara smal, välträna d, hälsosam och ha ett meningsfullt arbete att gå till. På detta sätt kan Veras

arbete med att få patienterna att stiga upp på morgonen, att ta en promenad och att äta nyttigt ses som ett led i att lära sig vara en rörlig, kreativ och flexibel person. Marknadens effektivitetskrav har skapat behov av det som antropologen Emily Martin (1994) kallar den flexibla kroppen. Denna flexibla kropp är vältrimmad, uppfyller vissa skönhetsideal och representerar ett extra kapital i konkurrens om de välbetalda och attraktiva arbetstillfällena.

Personalens synsätt stämmer överens med den offentliga retorik som talar om vikten av att skapa arbetstillfällen till alla och att alla bör vara självförsörjande. Att ha ett arbete ses som det viktigaste och mest effektiva medlet för att få människor att känna delaktighet och inflytande i samhället. När Malmös kommunalpolitiker enades om en långsiktig målsättning för staden 2004 var det arbetslösheten som stod i fokus. Genom att skapa fler arbetstillfällen skulle staden på sikt få en ökad ekonomisk tillväxt och samtidigt möjligheten att kunna garantera alla malmöbor en god levnadsstandard (Välfärd för alla 2007). Möjlighet till arbete beskrivs ofta som nyckeln till integration, till delaktighet och ekonomisk trygghet (jfr Frykman och Hansen 2009). Ett arbete anses skapa en tro på sig själv, en känsla av att vara behövd, sociala nätverk, kompetens, rörlighet och aktivitet och ses som motsats till passivitet, orörlighet, isolering och okunskap. Enligt etnologen Maria Andersson är känslorna som förknippas med arbetslöshet ett relativt nytt fenomen. Hur vikten av att ha ett arbete måste förstås och förklaras i relation till specifika historiska, kulturella och samhälleliga aspekter (Andersson 2003). I dagens samhälle ses lönearbete som ett tecken på att individen lever enligt gällande norm om det rätta livet. Det finns en tilltro till, både på vårdcentralen Lyran och i samhället, att får individen ett arbete löses automatisk alla problem. Detta resonemang stämmer dock inte in på alla.

När jag följer med Vera på hennes sjuksköterskemottagning kommer en yngre man in i mottagningsrummet. Vera och

patienten har träffats tidigare och jag förstår att han brukar besöka vårdcentralen. Mannen berättar att han inte känner igen sig själv längre och att hans kropp har börjat reagera annorlunda mot vad den brukar. Även om han i grunden upplever att han är stark, han poängterar att han äter nyttig mat, motionerar regelbundet och är rökfri, visar nu kroppen fram en bräcklig sida som han inte förstår. Detta gör honom orolig.

Vera frågar hur mannen har det på jobbet. Han säger att han först var lättad när han fick arbetet på billackeringsfirman, efter att ha gått arbetslös under en längre tid. Även om jobbet inte motsvarar hans tandläkareutbildning, var han glad när han fick jobbet. Nu har han varit på firman i fem månader och under den senaste tiden har han börjat bli orolig för att kemikalierna som han använder kan göra honom sjuk. Han har vid flera tillfällen de senaste veckorna haft något som han beskriver som ”slaganfall”. Dessa börjar med att han känner ett tryck över bröstet, som gör det svårt att andas, samtidigt domnar armarna och benen bort och han blir genomsvettig. Dagen innan hade han återigen fått ett slaganfall och han blev rädd. Han lade sig ner en stund på sängen och gick sedan en promenad. Även om han bär skyddsmask när han arbetar, upplever han det som farligt att andas in ångorna från de kemikalier som han hanterar.

> Det här jobbet passar egentligen inte mig. Jag känner ångest av jobbet. Hela tiden tänker jag på om jobbet kan vara skadligt för mig. På olika sätt skadligt. Kanske blir jag sjuk. Tänk om jag är allvarligt sjuk? Tänk om kemikalierna har gjort mig sjuk?

Mannens mål och önskan var att få ett arbete, men nu uppvisar hans kropp symtom som han tolkar kan bero på situationen på arbetsplatsen. I enlighet med Lock och Scheper-Hughes kan detta ses som ett uttryck av vägran att acceptera rådande

omständigheter (Lock och Scheper-Hughes 1996). Genom kroppen ger patienten utlopp för en känsla av maktlöshet över sin situation och oro över de förhållanden som han lever under. Att få ett arbete hjälper inte alla till ett smärtfritt eller symtomfritt liv. Lika viktigt som att få ett arbete, kan det vara att få ett arbete som passar för personen eller som motsvarar utbildningsnivån. På ett sätt handlar detta om att kunna uppleva att man själv tillåts ha kontroll över sitt liv och att man erkänns för den man är och vill vara.

Samhällsstrukturer och villkor som ligger utanför den enskildes kontroll påverkar individens hälsotillstånd och kan uttryckas i fysiska eller psykiska symtom och besvär. För personalen på vårdcentralen Lyran är det svårt att ändra patienternas livssituation, och deras möjlighet att hjälpa de komplexa patienterna, vars pressade omständigheter leder till olika besvär, är begränsad. På vårdcentralen behandlas patienterna med olika mediciner, med remisser till olika specialistläkare eller med tips och råd om hälsa. Med ångestdämpande medicin eller med ett inbokat besök hos en hjärtspecialist i fickan, skickas patienterna hem till en tillvaro av eventuell ensamhet, arbetslöshet, smärta eller emotionellt kaos. Den hjälp som dessa patienter kan få på vårdcentralen Lyran räcker ofta inte för att tillgodose deras behov. Vart ska de vända sig istället? Vilka alternativ finns för dessa patienter?

… … …

Detta kapitel beskriver hur vården på läkarnas akuta mottagning delar in patienternas kroppar i olika enheter och hur läkarna enbart undersöker den del där de komplexa patienterna för tillfället upplever smärta. Flertalet av de komplexa patienterna

återkommer med regelbundenhet med olika kroppsliga symtom till vårdcentralen Lyran. Läkarna anser att dessa patienter är medicinskt utredda och påpekar att de inte kan göra mer för dem, vilket har lett till att en stor del av arbetet med de komplexa patienterna har lagts över på sjuksköterskornas mottagning. Sköterskorna eftersträvar att få en helhetssyn över patienternas livssituation och att skapa en känsla av sammanhang hos patienterna. Detta sammanhang är viktigt för att patienterna ska kunna leva ett liv i hälsa, anser sjuksköterskorna. Det visar sig dock vara svårt både för läkarna och sjuksköterskorna att inkludera patienternas sociala, ekonomiska och emotionella sammanhang i mötet med patienterna på mottagningen. Personalen vill hjälpa, men denna vilja överensstämmer inte med de möjligheter som vårdpersonalen förfogar över. Patienterna återkommer med kroppsliga besvär och man är överens om att det inte finns någon enkel lösning på de komplexa patienternas situation.

Flera av de komplexa patienternas besvär har en grund i den plats de tilldelats i samhällshierarkin och i olika strukturella förutsättningar, exempelvis arbetsmarknadspolitik och bostadspolitik. Det handlar om att stå utan en tryggad inkomst och om att inte bli sedda eller bekräftade. Flera av de komplexa patienterna har gett upp, tappat sin tillit och tro på att kunna bli hjälpta. För vårdpersonalen handlar det om att vilja hjälpa, men att inte kunna och att istället hela tiden försöka hitta nya lösningar på en komplex problematik.

Det finns en risk för att hälso- och sjukvården lägger en grund till en karriär som sjuk för vissa patienter. Samtidigt strävar vårdpersonalen efter att aktivera patienterna och få dem att söka sig ut i arbetslivet. I den komplexa patientgruppen finns de som har ett arbete och det finns de som står utanför arbetsmarknaden. Situationen för flertalet av dessa patienter påverkas av faktorer som låg utbildningsnivå, annan etnisk tillhörighet än svensk och språksvårigheter. För en del av dessa patienter är möjligheterna

att få ett attraktivt och välbetalt arbete små.

Behandlingen av de komplexa patienterna är 2006 inriktad på att, som vi ska se i nästa kapitel, ge patienterna verktyg att själva förmå förändra sin situation. På Lyran har sjuksköterskornas uppgift snarast blivit att försöka ge de komplexa patienterna insikt i hur de ska kunna leva ett mer drägligt liv. Det är tydligt att det har skett en ansvarsförskjutning mellan vårdgivare och vårdtagare på vårdcentralen där patienterna har fått ett ökat eget ansvar för att ta hand om sin hälsa. 2006 läggs mer ansvar över på individen att själv ta hand om sin situation och att själva hålla reda på när de behöver förnya mediciner eller förlänga en sjukskrivning. Hur arbetar man på Lyran för att få patienterna att passa in i samhälleliga ideal om den flexibla och självkontrollerande människan?

ANSVAR GENOM UPPLYSNING

En förmiddag sitter en kvinna på Veras mottagning och berättar att hon mår mycket dåligt. Hon beskriver att hon har ont i magen och att hon har svårt för att äta. Hon har en ihållande huvudvärk och känner sig utmattad. Vera säger till patienten att det är viktig att sköta sin hälsa och att äta ordentligt och vid fasta tidpunkter. Att ta en promenad dagligen är mycket bra, anser Vera och tillägger att ”det är viktigt med regelbunden motion”. Kvinnan lyssnar och nickar instämmande. ”Brukar du promenera?”, frågar Vera. Patienten skakar sakta på huvudet och säger: ”Jag vill inte lämna min man ensam. Han mår ofta dåligt. Då behöver han min hjälp.” Hon berättar att hon under flera dagar inte kunnat gå till den syateljé där hon för tillfället ingår i en arbetsmarknadsåtgärd. Kvinnan börjar gråta och säger mellan snyftningarna:

> Om jag inte är där får jag inte ut ersättningen från socialen. Nu har jag inte fått några pengar. Det är katastrof. Vi kan inte betala hyran. Förstår du, vi kan inte betala hyran. Du måste hjälpa oss. Jag måste ha ett sjukintyg. Jag mår inte bra. Jag är sjuk.

Vera säger att hon inte kan skriva ett sådant sjukintyg utan det måste en läkare göra. På datorskärmen ser Vera att det inte finns någon tillgänglig läkartid samma dag. ”Kan du komma tillbaka i morgon?” undrar hon. Patienten säger att hon måste ha hjälp

med detta direkt och undrar om Vera kan ringa till socialkontoret och berätta för dem där att hon är sjuk. Vera säger att hon ska undersöka varför bidraget uteblivit, men hon kan inte göra det med en gång. Hon lovar att göra detta senare under dagen. ”Gå hem nu och se till att du äter något. Du måste ta hand om dig”, uppmanar Vera. Kvinnan nickar och lämnar rummet.

Patienten kommer till vårdcentralen på grund av att hon upplever illness och detta gör att hon inte kan närvara i det arbetslöshetsprojekt som hon ska delta i för att få ekonomiskt bidrag för sitt uppehälle. Eftersom hon inte kunnat ta sig till syateljén till följd av ohälsa kommer hon till vårdcentralen för att få ett sjukintyg. Utan detta intyg får hon inte ut sitt socialbidrag. Sjuksköterskan lovar att ringa till socialkontoret, men är tveksam till vad detta samtal kommer att leda till. Hennes arbete på vårdcentralen handlar om att ge tips om hur man kan leva hälsosamt och på så sätt försöka aktivera patienterna. Men, som vi har sett tidigare, krockar hennes råd om ett hälsosamt liv många gånger med patienternas vardagsverklighet. När patienterna vill diskutera aspekter som rör den ekonomiska otrygghet som de lever under och hur detta påverkar deras livssituation, talar sjuksköterskan om hur de kan sköta sin hälsa på ett bättre sätt. Sjuksköterskornas upplysande hälsoarbete på Lyran blir en del i en individualiseringsprocess som ska leda till att de komplexa patienterna själva ska ta ett större eget ansvar för sin situation.

Detta kapitel handlar om de hälsotips som förmedlas på sjuksköterskornas mottagning och hur personalen arbetar för att visa vägen till ett fungerande och drägligt liv. Genom hälsoarbetet ska de komplexa patienterna fås att både vilja och välja att leva aktiva liv efter hälsosamma ideal. Det handlar om att få patienterna att ta ett eget ansvar för sin situation och 2006 har det skett en ansvarsförskjutning mellan vårdgivare och vårdtagare på vårdcentralen. Patienterna ska själva hålla reda på att boka tid för återbesök och när de behöver förnya recept. I arbetet med att få

patienterna att ta ett större eget ansvar, vill sjuksköterskorna ge dem redskap för att lära sig att ta hand om sina liv. I vårdcentralens ansvarsbegrepp ryms en moralisk dimension och patienterna ska inte enbart ta ett större eget ansvar, utan detta ansvar ska även tas utifrån gällande moraliska principer om vad som anses vara det rätta sättet att leva. Sjuksköterskorna Anita och Vera har bestämda föreställningar om hur ett bra och hälsosamt liv bör gestaltas och som Anita påpekar i avhandlingens inledning: ”Det finns väl inget viktigare än att ta hand om sin hälsa.”

EGENVÅRD

Som tidigare har diskuterats i avhandlingen ställs ökade krav på människor att vara flexibla, rörliga och ha förmåga till anpassning i dagens nyliberala och ekonomiskt globalt integrerade samhälle. Individen ska vara beredd att ideligen skapa och omskapa sig själv och ha beredskap för att ständigt kunna börja på nytt med helt nya villkor. Det anses som viktigt att människor kan hantera osäkerhet, är aktiva, förutseende och har initiativförmåga (Sennett 2007). Sociologen Anthony Giddens (1992) talar om individen som ett självreflexivt projekt och hur en person bör ha förmåga att korrigera sitt liv utifrån rådande omständigheter. Det bör finnas ett svar på frågan vem man är i varje given situation. Giddens påpekar att i denna självkontrollerande strävan blir det viktigt för individen att kunna anpassas efter en föränderlig värld och de som inte klarar av att leva efter dessa ideal måste få hjälp att korrigeras och förändras. Giddens visar att olika former av självhjälpsprogram, som lär ut hur man tar kontroll över sitt liv och sin kropp, ökar i dagens västerländska samhällen

För att få igång en fungerande verksamhet för de komplexa patienterna startade man 2006 en så kallad Egenvårds-mottagning på Lyran. Tanken med Egenvårdsmottagningen är

att de komplexa patienterna ska fångas upp och ges information om sambanden mellan upplevd smärta och livssituation och om hur man kan leva mer hälsosamt. Sjuksköterskorna anser att många av de komplexa patienterna kommer till vårdcentralen i onödan och detta förklaras med att dessa patienter inte har tillräcklig kunskap om hur de själva kan vårda sina enklare besvär. Vera uttrycker en förhoppning om, att får patienterna en ökad kunskap om egenvård kan detta i ett längre perspektiv bli en naturlig del i deras förhållande till sig själva. ”Många patienter vill och kan behandla sig själva hemma bara de får lära sig hur de ska göra”, säger Vera. Med detta vill Vera poängtera att det är bra för patienterna att lära sig att ta hand om sig själva och att de i ett längre perspektiv kommer att få glädje av att ta ansvar för sin egen situation. Genom att skapa en speciell sjuksköterskemottagning för att kunna ge patienterna information om egenvård, är målet att vårdsökarna aktiveras till att själva vara medverkande i vård och behandling av sina besvär.

Anita berättar att den viktigaste aspekten i hennes arbete är att informera patienterna om hälsa. ”Det är väl det som är hela poängen med hela det här intresset i det här hälsoarbetet att man lär ut saker till människor som får ett bättre liv”, säger hon. Hon vill att patienterna ska få förståelse för att hälsa inte är något som kan tas för givet, utan något som man aktivt själv måste ta ansvar för att erövra. Anpassning och utveckling är begrepp som hon använder för att förklara att hälsa inte är ett tillstånd utan snarare ett mål som personen hela tiden måste sträva mot. Det är nära till hands att se Egenvårdsmottagningen som en del av de självhjälpsprogram som Giddens beskriver och hur de handlar om att hjälpa individen till förmågan att ta kontroll över sitt eget liv.

Egenvårdsmottagningen är öppen för alla patienter som kommer till Lyran och inte enbart en mottagning för de komplexa. Mottagningsformen kan ses som ett led i en generell strävan att få fler patienter än tidigare att gå till en sjuksköterska istället

för till en läkare. På detta sätt vill man styra patienterna till att söka vård på rätt nivå och samtidigt frigöra läkartider. Arbetet på Egenvårdsmottagningen handlar även om att lägga om sår, att utföra lättare undersökningar, att behandla eksem och om att informera olika patienter om vad de kan göra själva. På denna mottagning ges råd till patienterna att äta nyttig mat, att motionera regelbundet och att sova ordentligt. Förslagen till patienterna om hur de kan förändra sina matvanor och sitt vardagsliv är handfasta och ofta detaljerade. Exempelvis får de besökande vårdtagarna veta att det inte är bra att äta för fet eller för söt mat, att det inte är bra att äta för sent på kvällen eller på natten och att filmjölk utan cornflakes är nyttigare än filmjölk med cornflakes.

Som ett komplement till det hälsoupplysande arbetet som bedrivs på Egenvårdsmottagningen delas en nyproducerad broschyr ut gratis till besökarna på Lyran 2006. I denna skrift, *Egenvårdsguiden*, ges praktiska råd och grundläggande tips om hur en person själv kan lindra och bota enklare åkommor. Här ges information om behandling vid förkylning, magsjuka, allergi och nageltrång. Det beskrivs att feber ska behandlas med vila, rikligt med dryck och receptfria värktabletter och att först efter fyra till fem dagar ska en vårdcentral uppsökas.

I *Egenvårdsguiden* ges även tips om hur man kan lindra ryggsmärtor, huvudvärk, sömnsvårigheter eller nedstämdhet. Man får lära sig vikten av att sänka tempot i vardagen, att undvika stressande situationer, att äta rätt och att motionera regelbundet. Det beskrivs som bra att gå promenader och särskilt när det är ljust ute, eftersom ljuset anses vara uppiggande. Vad gäller nedstämdhet kan man läsa att:

> Det kan ofta hjälpa att röra på sig, även om det kan kännas motigt. Att ta en promenad, eller motionera på något annat sätt, skingrar tankarna och gör också att man sover bättre /…/ Det är lättare att klara av psykiska påfrestningar om man äter bra och sover tillräckligt (*Egenvårdsguiden* 2006:126).

De komplexa patienterna söker vård på Lyran för kroppslig smärta, men även för psykiska besvär som nedstämdhet och depression. De råd som ges på sjuksköterskornas mottagning eller i *Egenvårdsguiden* bör eventuellt motsvara patienternas behov, men det är ofta svårt att se något samband mellan de hälsosamma tipsen och patienternas livssituation. Det handlar om att hjälpa patienterna till att kunna ta ett större eget ansvar för sin situation.

HÄLSA SOM NORM

Den information som ges på Egenvårdsmottagningen och i *Egenvårdsguiden* bygger på en lång tradition av hälsoupplysning. Historiskt finns en strävan inom hälso- och sjukvården att ingjuta ett hälsotänkande hos människor och få befolkningen att hålla sig hälsosam och arbetsduglig. I den hälsoinformation som har getts och ges finns ofta en moralisk underton. Den som inte lever upp till förväntningarna eller inte agerar på det sätt som anses riktigt, kan framstå som både oansvarig och omoralisk. En landsomfattande hälsokampanj från 1945 får stå som exempel på hur en svensk hälsosträvan har formulerats:

> Kunskaperna måste ge vanor och motverka ovanor, först då gör de nytta. På så sätt är hälsans problem också den goda viljans problem och är en del av karaktärsdaningen. Den goda karaktären som har härdats av vilja och till beslut, kan bekämpa ovanor och giva goda levnadsvanor (citerat i Vallgårda 2003:44).

I hälsoupplysningen har förmågan till en stark vilja och en god karaktär sammanlänkats med hälsa. Det har handlat om att ingjuta ett hälsomedvetande hos människor och detta har satts i samband med moraliska principer. Ytterligare exempel på detta hämtas från Folkhälsokommittén, som 1999 skrev att ”samhället måste bidra med kunskap så att individens val blir medvetna och väl underbyggda” för att på så sätt kunna ”stärka konsumenternas beredskap och färdighet att göra hälsosamma val” (citerat i Vallgårda 2003:154). Enligt Folkhälsokommittén är det viktigt att ge människor en viss kunskap för att de ska kunna göra val som är väl underbyggda, medvetna och hälsosamma. Med denna kunskap ska individen få förståelse för hur det hälsosamma och samtidigt rätta livet bör levas. Kunskapen som ska läras ut bestäms utifrån experters, forskares och hälsoideologers definitioner.

Michel Foucault (2003) beskriver den maktutövning som experter och ledande samhällsuttolkare utövar när olika hälsoproblem, och vilka deras orsaker är, definieras. Enligt Foucault ordnar, namnger, bedömer och utdömer expertisen olika sjukdomar och symtom, samtidigt som de fastställer den norm som bör anses vara den rätta och den normala. I hälsoexperternas uppgift ingår det att hjälpa människor att leva efter den fastställda normaliteten och att samtidigt kontrollera att de gör detta. På så sätt ska individen kartläggas och omslutas i en rationell ordning. De individer som inte uppfyller kraven, bör ges kunskap om hur de kan förändra sin situation för att kunna

leva ett bättre liv. I enlighet med Foucault övervakas människor på olika sätt för att expertisen ska få insikt i hur de lever, men även för att skydda individer från att leva ohälsosamt, orenligt eller omoraliskt. Foucault påpekar att målet för denna strävan är att få personen att ta större ansvar och kontroll över sin egen situation.

Jonas Frykman (1993) visar hur en disciplinering av kroppen och karaktären blev central under 1930- och 1940-talens Sverige och hur nya hälsosamma regler infördes för hur människor borde leva sina liv i det moderna samhället. Frykman beskriver hur förhållandet till kroppen och kroppslig praktik förändrades under 1930-talet och hur individer uppmanades att hålla sig rena, att motionera och att äta rätt. Via kroppen skulle människor inskolas i en ny svensk medborgerlighet. Frykman diskuterar hur experter formulerar de normer och ideal som formar ett hälsosamt och samtidigt ett mer moraliskt liv, och hur detta införlivas i individens eget förhållningssätt till kropp och hälsa. Det handlar om att vilja ha god hälsa både för sin egen del, men även för hela befolkningens och landets utveckling. På detta sätt sammankopplades kropp, renlighet, ordning och hälsa med moraliska aspekter.

Alva och Gunnar Myrdal beskrivs ofta som tongivande förespråkare för det nya och mer rationella och sunda livet som lanserades under början av 1930-talet. De förespråkade olika sociala reformer som de ansåg skulle förbättra situationen för befolkningen och påbuden är många gånger detaljerade och omfattar flera olika områden av människors liv. I deras reformiver inkluderades exempelvis boendeformer, sexualitet, barnafödande, barntillsyn, hygien och matvanor, men även ”skärpta kvalitetskrav” vad gäller ”folkmaterialet” (Myrdal och Myrdal 1997:57). De sociala ingenjörerna sammankopplade människors levnadsvanor, renlighet och hygien med moraliska aspekter. I en förlängning av detta resonemang förespråkades tvångssterilisering av dem som på olika sätt kunde anses leva

osunt, ohygieniskt och omoraliskt. Under denna tidsperiod kunde de som av olika anledning stämplades som avvikande behandlas utifrån de principer om rashygien som rådde. Dessa personer kunde exkluderas från resten av samhället och tvingas till sterilisering eller institutionalisering för att förbättras, ändras eller isoleras (se vidare i Broberg och Tydén 1991; Lindqvist 1991; Lindqvist 1992; Svensson B. 1993; Runcis 1998; Zaremba 1999).

Det finns en historisk offentlig strävan efter att lägga livet till rätta för individer, och människor ska, då liksom nu, genom upplysning styras till att leva efter moraliska påbud och att samtidigt ta ansvar för sitt liv. Detta ansvar är ofta kopplat till samhällets och kollektivets behov. Jonas Frykman visar hur individen sågs som arbetskraft och därmed viktig för deltagandet i uppbyggnaden av det moderna samhället under 1930-talet. Om personen blev sjuk gick samhället och kollektivet miste om en arbetsför individ. När Sennett, Giddens och Castells talar om dagens nyliberala och globalt ekonomiskt integrerade samhälle, beskriver de samtidigt hur individen bör vara flexibel, initiativrik, kunnig och anpassningsbar för att passa in på arbetsmarknaden. Mats Lindqvist (2008) visar hur personalen på den transnationella telecomkoncernen Flextronics i Sverige måste anpassa sig efter nya anställningsformer, från ett fast arbete till korta kontrakt och hur individuella lösningar sätts i förgrunden framför kollektivavtal och anställningsskydd. Lindqvist diskuterar hur detta förutsätter att dagens kompetenta individ har en utvecklad självförståelse och är reflexiv för att kunna få ett arbete på det transnationella företaget. Viktiga egenskaper som individen bör uppvisa är, visar Lindqvist, social kompetens, förmåga till problemlösning, kommunikation, anpassning och kritiskt tänkande.

På liknande vis beskriver Lena Martinsson hur de anställda på ett företag uppmanas till att utveckla sin kompetens och att anpassa sig efter nya villkor.

> Man skulle vara beredd att tänka om, att utbilda sig, att anpassa sig till det nya, gång på gång. De som inte mäktar med – och här kunde man utan överdrift tala om en pågående hierarkiseringsprocess – som inte vill byta jobb, inte omskola sig skulle det inte komma att finnas plats för. Det krävdes att man var en del i utvecklingen för att få fortsätta att vara med. Det var den ständiga omvandlingen som krävdes, nyskapandet, att pågående utmana och överträffa sig själv (Martinsson 2006:80).

Det handlar om att människor anses ha behov av att förändras för att passa in och att problemet ligger hos den som inte är benägen att förändra sig. Utifrån detta perspektiv kan man förstå hälsoarbetet på Egenvårdsmottagningen som en strävan att få de komplexa patienterna att anpassas till dagens krav på flexibilitet och rörlighet för att kunna hantera livet i det nyliberala samhället. Därmed kan man se hälsoinformationen som en del av en kollektiv önskan om att anpassa de komplexa patienterna efter samhälleliga förväntningar. Där det hälsosamma, flexibla och kompetenta ses som norm för hur individen bör agera och vara. Egenvårdsmottagningen blir en samtida motsvarighet till den hälsoivran som Jonas Frykman beskriver i 1930-talets Sverige. Genom att ges kunskap om ett hälsosamt liv ska patienterna införliva detta i kroppslig praktik och leva, inte enbart i hälsa, utan som en flexibel och kompetent person. Hur kan de komplexa patienterna utbildas till kompetenta, flexibla och självkontrollerande individer?

Både på sjuksköterskornas Egenvårdsmottagning och i *Egenvårdsguiden* ska patienterna socialiseras in i att ta makt över sin egen livssituation och att uppnå en viss självkontroll. I enlighet med Foucault visar sociologen David Armstrong (1995) att olika hälsoundersökningar, upplysningskampanjer, liksom hälso- och sjukvårdens ökade uppmärksamhet på kroppen, stresshantering, samt kost och motion, har blivit ett sätt att försöka införliva hälsoaspekter i individens agerande och samtidigt ett hälsomedvetande hos människor. Individen ska förmås att både vilja och välja ett hälsosamt liv. Genom att öka kunskaperna om de risker patienterna tar för sin framtida hälsa om de väljer att äta fel mat, att röka, dricka alkohol eller att avstå från motion ska styra patienterna till att automatiskt sträva efter att leva sunt. Målet, enligt Armstrong, är att alla människor ska lära sig att styra sig själva och bli sina egna övervakare. På detta sätt ska individen uppnå självkontroll.

Sociologen Nikolas Rose (1999) pekar på den dubbelhet som finns inbyggd i den nyliberala idén om den individuella friheten. Rose visar att samtidigt som individen i det nyliberala samhället ses som fri att själv välja sitt sätt att leva, finns en skyldighet inlemmad parallellt med detta, som innebär att personen bör välja att leva i enlighet med det som anses som det ideala. Det handlar, enligt Rose, inte enbart om att individen ska ta ansvar för sin situation, utan även om hur, utifrån vilka ideal. På detta sätt är individens frihet inte total, utan omskuren av vissa ramar.

Förmågan att kunna reglera sitt liv efter rådande normer bör individen själv besitta. Detta förutsätter, enligt Rose, reflexivitet och att individen inte enbart har vilja, utan även möjlighet att välja att leva efter dessa ideal. Enligt detta synsätt kan hälsotipsen som ges på Egenvårdsmottagningen förstås som, det Rose benämner, teknologier för ansvariggörande. De verktyg och

råd som sjuksköterskorna ger de komplexa patienterna blir en del av en samhällelig strävan att ge dem förmåga att reflektera, att vilja och att samtidigt välja ett hälsosamt och moraliskt liv. Dessa teknologier för ansvariggörande kan ses som ett sätt att få människor att övervaka sig själva och ha kontroll över sina liv (jfr Idvall och Lundin 2007).

Detta kan sättas i samband med det Ann Runfors visar i sin avhandling om mångfald, motsägelser och marginalisering i den svenska skolan. Runfors beskriver att samtidigt som eleverna lär sig att de är fria och självständiga individer, bör de leva efter vissa givna ideal om det goda livet. I skolan lärs barnen vad som anses vara ett bra liv och hur detta kan förverkligas. De kunskaper som ges ska hjälpa eleverna att styra sig själva och samtidigt styra sig till att välja det rätta och goda livet. Lärarens uppgift blir att hjälpa dem in på den rätta vägen. ”På ett nästan folkhemskt manér strävade de (lärarna), med välviljan som vapen, efter att lägga liv tillrätta” (Runfors 2003:206).

När personalen på Egenvårdsmottagningen påtar sig rollen som uppfostrande återspeglas olika ideal om det hälsosamma livet. Dessa ideal är inte för en gång givna, utan förändras över tid och plats. Exempelvis uppmanades tidigare ammande kvinnor i Sverige att undvika all form av alkohol, medan det i dag inte ses som lika problematiskt om kvinnan tar ett glas vin till maten (Livsmedelsverket.se 2008).

Det är tydligt att sjuksköterskorna anser att en övervägande del av de hälsoideal som de förmedlar är bra. De tror på att om de komplexa patienterna aktiveras och motiveras ska detta i en förlängning kunna leda till att de, oberoende av olika strukturella betingelser, ökar sina möjligheter att få ett arbete. I alla fall tilltar chanserna, anser Anita, till ett friskare liv och till ett arbete om patienterna själva kan visa initiativförmåga och självkontroll.

Samtidigt finns en risk för att de hälsoideal som sjuksköterskorna lär ut, utesluter andra möjliga sätt att leva det goda

eller rätta livet. Sjuksköterskorna har i sin strävan eventuellt svårt att se att även andra sätt att organisera sitt liv kan vara lika bra. De ideal som är gällande i dagens Sverige, behöver inte anses som viktiga eller rätta i en annan tid eller på en annan plats. Hur möts olika ideal på Lyran? Vad kan, och vad kan inte, integreras i de komplexa patienternas liv?

BEHANDLING I GRUPP

2006 satsar Lyrans personal på att behandla de komplexa patienterna i grupp och en verksamhet som kommit igång är samtalspromenader. Under samtalspromenaderna går deltagarna först en runda i närområdet och därefter ges tid för att informera om exempelvis hälsa, livsstil och egenvård. På detta sätt ska deltagarna både motiveras och aktiveras till en hälsosam livsstil. I samband med informationssamtalen bjuds deltagarna på frukt. Att erbjuda äpplen blir ett sätt att omsätta den teoretiska informationen till praktisk kunskap och att via magen och kroppen visa hur det hälsosamma livet känns och smakar. Det handlar om att lära sig att ta hand om sig själv, att lära sig att leva efter hälsosamma normer och att inte grubbla över det som varit utan istället ta tag i den rådande situationen (Fioretos 2007). Anita presenterar samtalspromenaderna som ett ”fantastiskt projekt” och en ”mycket bra behandlingsform” som hon påpekar kan främja patienternas situation i ett längre perspektiv. Verksamhet i grupp anses vara inspirerande för deltagarna, både för att lära sig mer om kroppen, för att aktiveras och för att få möjlighet att interagera med andra.

De samtalspromenader som anordnas på Lyran sker i samarbete med hälsokommunikatörerna i Malmö. De åtta hälsokommunikatörerna som finns i Malmö 2006 är projektanställda av Region Skåne. De har inte fått någon speciell

utbildning, men ska uppvisa bra kunskaper i svenska språket och i det svenska sjukvårdssystemet. Deras arbete handlar framförallt om att skapa förståelse för hur sjukvården fungerar och informera om vårdrelaterade spörsmål i vårdens väntrum och i skolor (se även Ewert 2004). Personal på Lyran tog kontakt med hälsokommunikatörerna och tillsammans utarbetade de formerna för samtalspromenaderna. 2006 finns en fungerande samtalsgrupp som träffas en eftermiddag i veckan.

På en inbjudan som är uppsatt på Lyran välkomnas vårdcentralens besökare att tillsammans med hälsokommunikatör Jasmin samtalspromenera, träffa nya vänner och samtidigt lära sig mer om hälsorelaterade spörsmål. Även om deltagandet i samtalspromenaderna är öppen för alla, visar det sig att gruppen begränsas till en specifik språkgrupp. Inbjudan är skriven på svenska och texten är översatt till bosniska, serbiska och kroatiska. Detta kan sannolikt försvåra för dem som inte talar dessa språk att delta. När jag följer med på samtalspromenader pratar alla deltagare svenska med mig, men bosniska med varandra. Enligt Anita planeras för en utökning av gruppverksamheten på Lyran, både med andra språk och med andra aktiviteter.

> För på något sätt om man engagerar människor i grupper och man promenerar och man lär känna varandra och man aktiveras, man sätter igång många processer i huvudet. Och förhoppningsvis att man skapar någonting som kan motivera att stiga upp på morgnarna på ett annat sätt. Det finns ju mycket i detta som man skulle kunna göra. Vad som helst nästan. Man skulle kunna ha matlagningskurser och man skulle kunna starta bokcirklar. Det finns hur mycket som helst som man skulle kunna göra för att skapa det här engagemanget. Verkligen.

Anita drömmer om att kunna anordna bokcirklar och matlagningskurser på vårdcentralen och anser att det egentligen inte finns några begränsningar för vilka aktiviteter som kan arrangeras på Lyran.

> Att man skapar möjligheter för människor och ger dom förmågan att ta hand om sig själv. Det är nog alltså det allra viktigaste som jag tycker med den här verksamheten. Det är många som är passiva här och dom skulle må bra av att komma ut och göra något.

Anita talar om samtalspromenaderna som en möjlighet att aktivera människor som bor i Sandbacken och samtidigt hjälpa dem att ta ansvar för sig själva och sitt liv. Antalet deltagare i samtalspromenaderna varierar från gång till gång, men vanligtvis är de två till tre. Enligt Jasmin är sammanlagt sex personer knutna till gruppen. Hon berättar att samtalen under promenaderna ofta löper fritt och informellt och brukar behandla sådant som ligger deltagarna nära. Sedan ges utrymme för mer formell information om exempelvis egenvård, vikten av att äta nyttigt och att motionera regelbundet.

En eftermiddag när jag följer med på en samtalspromenad går vi först en runda i närområdet och sätter oss sedan ner på två bänkar vid ett bord mitt i en park. Bänkarna skuggas av höga träd, vilket är välgörande denna varma sensommardag. De två deltagande kvinnorna pratar om sin livssituation och Jasmin och jag lyssnar. Kvinnorna berättar om hur deras vardag ser ut för tillfället och de gör jämförelser med det liv de haft tidigare, som en referens till deras nuvarande situation. Min närvaro påverkar samtalet på så sätt att de vill ta allt från början, förklara, visa fram och förtydliga. Ibland talar de två kvinnorna högt, nästan skrikande, som för att poängtera vikten av det sagda. Ibland talar de med dämpade, nästintill viskande röster. Ögon som tåras

blandas med ilska och glädje. Min och Jasmins närvaro skapar en öppning in i ett samtal om deras situation och vi bjuds in i en process som rör centrala värden i kvinnornas liv och handlar om identitet, det förflutna och framtiden.

> Vi hade det bra innan. Vi hade eget hus, egen trädgård med fruktträd och grönsaker. Vi hade vänner och vi åkte till havet och vi grillade. Vi tyckte om att träffas och äta god mat. Vi tycker om att bjuda andra. Men det gör vi inte här. Allt har förändrats så mycket för oss.

Samtalet handlar inte om deras kroppsliga besvär, utan istället om hur det var förut och om de upplevelser de har idag av att de blir orättvist behandlade och hur de på olika sätt känner sig kränkta av det svenska samhällssystemet. En av kvinnorna sammanfattar sin situation med att säga:

> Ingen bryr sig om oss. Vem lyssnar på oss? Vi är ingenting. Vi behandlas som kriminella. Vem kan hjälpa oss? Jag har funderat många gånger på att ta mitt liv. Gå ner och lägga mig på vägen och bli överkörd. Jag mår inte bra. Jag vill träffa en psykolog. Jag måste ha någon att prata med. Vad ska jag göra?

Under vårt samtal plockar Jasmin plötsligt fram en broschyr som hon lägger framför oss på bordet. Det är bilder på tio smörgåsar med olika nyttiga pålägg. Färgglada fotografier där grovt, nyttigt bröd är vackert dekorerat med ägg, tomat, sallad eller mager ost. Jasmin vill att vi ska prata om hälsosam mat och vill ge tips om hur deltagarna kan göra sina mellanmål nyttigare. Hon vill få kvinnorna att släppa det som varit och istället fundera på hur de kan påverka det liv som de lever nu. Jasmin intar ett kognitivt förhållningssätt och anser att det är viktigt att inte fastna i ett

tillstånd eller i det förflutna, utan ta tag i och acceptera det liv man har nu (Fioretos 2007).

Båda kvinnorna påpekar att de redan äter nyttigt och varierat, med mycket frukt och grönsaker varje dag och att de dessutom både cyklar och promenerar regelbundet. För dem är det inte hur de ska leva hälsosamt som är deras prioriterade problem. För dem handlar det snarare om att få pengarna att räcka till, att känna att de är delaktiga, att uppleva sig som sedda eller att få vara någon. De vill istället tala om hur de upplever sig kränkta av att vara beroende av socialbidrag och att samtidigt inse att det är näst intill omöjligt för dem att få ett arbete.

Exemplet med påläggstipsen visar tydligt den krock som ofta uppstår mellan patienternas behov och den hälsosamma välvilja som vårdpersonalen vill förmedla. Här blir det glapp som finns mellan det hälsoarbete som bedrivs på Lyran och den faktiska livssituation som patienterna lever under synligt. Detta kan jämföras med etnologen Eva Norströms studie (2004) av prövningsprocessen av asylsökande i Sverige. Hon visar hur lagtextens ideal inte alltid överensstämmer med handläggarnas praktik och hur detta kan leda till att även om handläggaren agerar i all välvilja och med goda intentioner, kan resultatet formas till en inhuman praxis. På samma sätt kan Hälso- och sjukvårdslagens goda målsättning om allas lika värde och rätt till jämlik hälso- och sjukvård leda till att vissa individer missgynnas och att det blir svårt att i realiteten uppfylla individuella behov och rättigheter. Risken är att tipsen om nyttigt smörgåspålägg som hälsokommunikatören vill ge kvinnorna saknar relevans för deras livssituation och vardagsverklighet. Likaså blir tipsen om dagliga promenader och regelbundna sovvanor som sjuksköterskorna ger på Egenvårdsmottagningen eventuellt betydelselösa utifrån patienternas perspektiv. Samtidigt ges dessa tips i alla välvilja.

På ett sätt kan man, i enlighet med Anthony Giddens, beskriva

sjuksköterskan och hälsokommunikatören som en livsstilscoach, någon som ska hjälpa till att lägga livet till rätta. Med hjälp av de tips och råd som ges på vårdcentralen ska de komplexa patienterna utbildas till ett bättre självförtroende, en bättre hälsa och ett bättre liv. Coachen ska hjälpa patienterna att förändras till att bli rörliga personer med initiativförmåga, som samtidigt både vill och väljer att vara flexibla och anställningsbara. Med sjuksköterskornas råd ska patienterna bli självkontrollerande individer som förmår agera utifrån en moralisk förståelse av det rätta. För att tala med David Armstrong (1995) ska patienterna styras till att styra sig själva och bli sina egna övervakare.

SAMTALSPROMENADER MED SONJA

Sonja är en av de personer som regelbundet följer med på samtalspromenaderna och jag träffar henne vid tre olika tillfällen. Hon tillhör kategorin de komplexa patienterna och uppsöker ofta vårdcentralen för olika besvär. Hon kom till Sverige under mitten av 1990-talet, under det då pågående kriget i Bosnien. I Sverige har hon bott på olika platser, men bor sedan 2001, då hon blev svensk medborgare, i Malmö. Sonja och hennes man lever på socialbidrag. Hennes man har olika hälsoproblem och är i perioder sängliggande i flera veckor i sträck. De har två vuxna döttrar som har bildat familj och Sonja har tre barnbarn som bor i närheten. Sonja säger att hon försöker träffa sina barnbarn så ofta hon kan.

> Jag lär mig svenska med barnbarnen. Jag lär mig att säga Tyst! Fy på dig! Sitt still! Och annat som barnen lärt sig på dagis. Vi tittar tillsammans på Pippi. Ofta tittar vi på Pippi. Mina barnbarn älskar Pippi.

Sonja har aldrig arbetat under tiden i Sverige, men påpekar att hon gärna vill ha ett arbete att gå till. ”Jag kan ta ett städjobb, ja, vad som helst, bara jag får något att göra.” Att inte ha ett arbete gör henne orolig och stressad och hon säger att ”varje dag tänker jag på detta att hitta ett jobb som passar mig”. Samtidigt bedömer hon det som svårt för henne att hitta ett arbete eftersom hon är 57 år. Vid några tillfällen har hon deltagit i olika arbetsmarknadsåtgärder, men detta har inte inneburit någon bestående förändring för hennes situation. En aktivitet som hon minns som bra var när hon arbetade i en syateljé under sex månader. I Sarajevo har Sonja över tjugofem års erfarenhet som designer.

Det ord Sonja använder oftast när hon berättar om sin situation är stress. Stressen präglar och påverkar hennes dagliga liv, säger hon. Hon berättar om den stress som socialbidragen skapar och om stressen för att pengarna ska räcka månaden ut. Om stressen med att hålla ordning på alla papper som ska skickas rätt ifyllda till socialkontoret varje månad. Det är svårt att ha koll på alla papper och om hon glömmer att skicka med något betalas inte socialbidraget ut i tid, säger hon.

Handläggaren på socialförvaltningen skapar stress genom att göra oanmälda besök i hemmet, vilket görs ”liksom bara för att kontrollera”. Sonja upplever dessa besök som förnedrande och berättar om hur handläggaren har gått runt i lägenheten, öppnat skåpsluckor och garderobsdörrar för att leta efter spår som kan tyda på att Sonja har ett arbete utan att berätta om detta. ”Som om jag hade ett arbete i smyg”, säger Sonja. Om hon hade haft ett arbete hade hon med glädje valt bort kontakten med socialkontoret, för att slippa ”förnedra mig varje månad för småsmulor”, påpekar hon. Sonja pratar om hur stressen håller henne vaken om nätterna och det är arbetslösheten, den dåliga ekonomin, oron för familj och släkt som framförallt upptar hennes tankar. Hon berättar att enda gången hon känner lugn

eller ro är när hon tvättar i den gemensamma tvättstugan. Då sitter hon och tittar på tvätten som snurrar runt, runt i maskinen och liksom hypnotiserad av maskinens virvlande rörelser kan hon släppa alla tankar.

Sonja blir upprörd när hon berättar om sin vardag och undrar om det egentligen finns någon som kan hjälpa henne ur den situation hon befinner sig i. Den ständiga tröttheten, stressen och oron över vardagen och livet, leder till att hon inte längre upplever sig ha makt över sin situation, sin ekonomi och sin kropp. Hon säger att hon har förändrats som människa. Tidigare uppfattade hon sig som en generös person, men nu är hon snål och vänder på varje krona. För att spara på sina pengar, inväntar hon stängningsdags på Möllevångstorget i centrala Malmö då försäljarna börjar rea ut frukt och grönsaker till halva priset.

> ”En påse för tio kronor!” ropar försäljarna och vi slänger oss fram med näbbar och klor för att få tag i en påse. Jag blir som en hök och tränger mig fram och puttar bort andra för att komma fram och få tag i en påse. Det enda jag bryr mig om är att få tag i en påse. Jag känner inte igen mig själv längre.

Hon påpekar att hon och hennes man inte går på restaurang eller på bio, sådant som var självklarheter för dem tidigare. ”Vi har inte varit på restaurang på flera år”, säger hon. När hon ska köpa kläder till sig själv gör hon det på de, som hon säger, ”avskyvärda loppmarknaderna”. Hon nyper i de jeans hon har på sig och påpekar, medan hon ogillande rynkar på näsan och skakar på huvudet, ”Titta vad jag har på mig! Är det verkligen jag som har så fula kläder?” Sonja tycker inte om jeansen och skulle absolut inte ha haft sådana kläder på sig om hennes ekonomi hade tillåtit henne att välja, säger hon. Om hon hade bott kvar i Bosnien hade det varit självklart att hon hade haft

en helt annan typ av kläder på sig. Det hade även varit självklart att hon hade haft en bil. Hon berättar att hon hade relativt bra ekonomi i Bosnien och ”så klart hade jag en bil! Men här har jag bara en cykel”. Detta sägs inte i första hand som en kritik mot det svenska samhället, utan snarare för att förtydliga att hennes situation inte är normal. Det liv hon lever följer inte den mall som hon för bara något år sedan hade stakat ut för sig. Nu är inget längre självklart. Inte ens att själv kunna bestämma om hon vill ha en bil eller inte. ”När jag kom hit hoppades jag få leva ett vanligt liv, men det har inte blivit så”, påpekar hon.

I Anna Månssons undersökning (2002) av svenska kvinnor som valt att konvertera till islam, beskriver hon hur kvinnorna upplever sig vara en och samma även om en påtaglig yttre förändring sker när de väljer att bära slöja. Även om kvinnorna anser att deras tillskrivna identitet, medmänniskors blickar och andras förståelse av vilka de är har ändrats, uppfattar de sig själva fortfarande som samma person. Sonja säger tvärtom att hon inte längre känner igen sig själv. Hon har blivit snål och på andra sätt märker hon att hennes personlighet har ändrats. Dessa förändringar, som hon ofta refererar till, kan eventuellt förklaras utifrån den maktlöshet som hon berättar att hon upplever inför sin livssituation.

Denna maktlöshet kan vara sammanbunden med den andres blick, av att ständigt uppleva sig vara i underläge i förhållande till andra. Magnus Berg beskriver hur de andras blickar och en tillskriven identitet kan påverka vem individen är och upplever sig vara (Berg 1998). I detta finns ett maktförhållande och det handlar om vem som ges ett tolkningsföreträde. Kristina Gustafsson diskuterar i sin studie om en muslimsk friskola hur en specifik svensk värdegrund formar idealen om vad som är en bra skola eller ett bra liv. Detta synsätt ges företräde framför andra möjliga sätt att förstå ett bra liv, som därmed förbises och diskvalificeras. På detta sätt kan vissa elever fråntas förmågan

att kunna fatta egna, kloka beslut och fråntages samtidigt rätten till att behandlas som en person som handlar efter moraliska förtecken (Gustafsson 2004). Den maktlöshet som Sonja säger att hon upplever kan vara en del av att hon uppfattas som någon som är i behov av kunskap för att kunna klara av att leva ett bra liv. I detta förfarande finns en risk för att hon inte anses ha förmåga att värdera sitt liv, att fatta egna kloka beslut och att göra egna bra val. Hon ses som någon som inte förstår sitt eget bästa och som en person som agerar ansvarslöst.

Den maktlöshet som Sonja talar om skapar stress och stressen gör henne sjuk, anser hon. Nyligen fick hon diagnosen diabetes och Sonja är övertygad om att hon utvecklat denna sjukdom på grund av den inre stress hon känner i det dagliga livet. Sonja upplever att hon inte får tillräcklig hjälp från det svenska samhället att komma till rätta med sitt liv. Sonja träffar sin diabetessjuksköterska regelbundet och hon söker läkare för sina andra besvär. Utöver detta erbjuds hon att gå med på samtalspromenader som en mer specialinriktad vård som anses passa hennes speciella behov. Om hon själv fick önska skulle hon vilja få möjlighet till ett arbete eller att få gå på regelbundna samtal med en psykolog. Detta skulle underlätta hennes situation, tror hon. Under lång tid har hon försökt få en tid bokad hos en psykolog, men Sonja har ännu inte fått tillfälle att träffa någon. Hon är besviken på vårdcentralen för att hon inte får den hjälp där som hon upplever att hon behöver. Hälsotipsen ger hon inte mycket för. Enligt henne äter hon redan nyttig mat, med mycket grönsaker och frukt varje dag. När jag frågar henne vad hon får ut av att vara med på samtalspromenaderna, svarar hon att det är möjligheten att komma hemifrån, att lämna mannen där hemma och att träffa andra. Men, säger hon, att lära sig leva hälsosamt har hon inte behov av. ”Jag har aldrig cyklat så mycket som jag gör nu”, påpekar hon.

För Sonja, liksom för de andra personerna som deltar i

samtalspromenaderna, finns en risk för att satsningen på egenvård och hälsa inte innebär någon större förändring av deras situation. De tycker att det är bra att följa med på samtalspromenaderna och att det lindrar deras smärtor för stunden när de träffar andra med liknande symtom och besvär. Flertalet av deltagarna, som jag talar med, uttrycker att de tycker om sjuksköterskan Anita och respekterar hennes strävan att försöka hitta någon passande behandlingsform för dem. Två kvinnor säger att de följer med på samtalspromenaderna framförallt för att göra Anita glad. Samtidigt uttrycker de att det inte räcker och att det inte ger någon hjälp i längden mot deras problem.

Sonjas exempel får här belysa en speciell typ av behandlingsform i grupp, samtalspromenader. Hon delar flera beröringspunkter med andra personer som kategoriseras som komplexa patienter, som exempelvis upplevelser av maktlöshet, av stress och av låg självkänsla. Hon förmedlar en bild av hur det är att leva i den sociala utstötningens nya geografi och i ekonomisk otrygghet. För henne är det svårt att få pengarna att räcka till mat, kläder eller restaurangbesök. Sonjas berättelse beskriver hur det är att leva i ett ”svart hål” och hur det kan vara svårt att på egen hand förändra sin livssituation. Hon lever ett liv som hon själv inte har valt och vittnar om en frustration över att uppleva att hon misstänkliggörs i mötet med svensk sjukvård och med det svenska samhället.

Sonjas agerande och tankar kan inte friställas från den specifika situation som hon befinner sig i. Det är här som villkoren för hur hon uppfattar sig själv och sin egen situation formas. Hon lever inte isolerad utan i en ständig dialog med omgivningen, exempelvis med man, barn, vänner, socialsekreterare, vårdpersonal och hälsokommunikatör. Under samtalspromenaderna stoppas vi ett flertal gånger av vänner och grannar som vill byta ett ord med Sonja. På detta sätt kan hon eventuellt beskrivas som väl integrerad i sitt bostadsområde och sin hemmiljö. När Sonja

jämför med hur det var förr, förmedlar hon en känsla av längtan till ett annat liv med andra förutsättningar och annorlunda ramar. Hon längtar till hur det var tidigare, då hon upplevde sig som delaktig och kunde påverka sitt eget liv. Sonja upplever att hon inte längre kan vara sig själv i den nya situation som hon lever i. Hon känner sig inte efterfrågad och anser sig inte ha något värde i samhället, vare sig som deltagare eller som arbetskraft. Hur kan vårdcentralen hjälpa Sonja att påverka sin situation?

LIVSSTIL ELLER LIVSVILLKOR

Den danska historikern Signild Vallgårda har studerat svensk och dansk hälsopolitik från 1930 och framåt och visar hur politiker och experter genom olika tider har försökt förklara människors ohälsa utifrån skiftande orsaker. Ohälsa har ansetts bero på exempelvis livsstil, livsvillkor, levnadsförhållanden eller bristande delaktighet i samhället. Myndigheternas uppfattning om anledningen till ett visst hälsoproblem har påverkat vem som har ansetts bära ansvaret för detta, om det är individen eller samhället som bör åtgärda problemet. Vallgårda påpekar att det i olika tidsperioder har skett förskjutningar mellan synsätt som betonar det individuella ansvaret för att uppnå eller behålla en god hälsa och de som pekar på de samhälleliga och strukturella förhållandenas betydelse. I riktlinjerna för den svenska hälsopolitiken har man skiljt mellan ohälsa, som anses vara livsstilsrelaterad, och det som anses bero på livsvillkor (Vallgårda 2003). Till livsstil räknas exempelvis rökning och matvanor och anses vara något som individen själv kan påverka och därmed ta kontroll över. Livsvillkor, däremot, är svårare för individen själv att förändra eller att ha ett personligt ansvar för, och handlar om sociala och ekonomiska strukturer i samhället. När det gäller livsvillkor, som exempelvis bostadsförhållanden,

arbetsmarknadspolitik, miljöutsläpp eller sociala förhållanden, hamnar ansvaret för den ohälsa som kan uppstå istället på samhället och på den förda politiken.

När vårdpersonalen på Lyran vill förmedla verktyg, tips och råd till de komplexa patienterna och anser att detta i en förlängning kan komma att förändra patienternas situation, väljer de att definiera patienternas problematik utifrån att det handlar om livsstilsrelaterad ohälsa. Även om Anita och Vera samtidigt tydligt uttrycker en förståelse för att de komplexa patienternas situation och symtom påverkas av olika sociala, kulturella och ekonomiska strukturer i samhället, kan de omöjligt finna någon lösning på exempelvis arbetslöshet eller ekonomisk otrygghet. I sin strävan att finna sätt att hjälpa och lindra patienternas symtom och besvär, blir ofta de behandlingsformer som används inriktade på att öka individens ansvar för sin egen situation och att ge verktyg för att förmå patienterna att leva efter hälsosamma ideal. Detta innebär att det läggs på individen själv att förändra sin situation och samtidigt likställs de komplexa patienternas situation med den problematik som tillskrivs exempelvis rökare, överviktiga, alkoholister och andra vilkas livsstil på olika sätt avviker från en hälsosam norm. Patienterna anses därmed själva bära ansvaret för sin situation och för att förändra sitt sätt att leva.

För att förtydliga detta resonemang används, inspirerad av Lena Gerholm, begreppen modell av och modell för. Denna tankemodell har genomgående i avhandlingsarbetet fungerat som ett sätt att få en förståelse för hur vårdpersonalens bild av hur det är, hänger ihop med deras uppfattning om hur detta bör åtgärdas. I vårdpersonalens modell av de komplexa patienternas problematik anses de vara personer som inte har förmåga att leva efter samtidens ideal. Oberoende av möjliga bakomliggande ekonomiska, kulturella och sociala orsaker till deras oro och kroppsliga symtom, finns en föreställning om att dessa patienter inte lever hälsosamt och inte har förmåga till självkontroll. På

samma sätt som exempelvis rökare, överviktiga och alkoholister anses de komplexa patienterna inte hantera sin livssituation på ett bra sätt. Till personalens modell av patienternas situation finns aspekter av moral, kultur och klass kopplade.

I sjuksköterskornas modell för hur de komplexa patienterna ska kunna hjälpas, åtgärdas och behandlas (som bygger på deras modell av) bör dessa patienter utbildas i hur de kan leva mer hälsosamt och samtidigt ta ett större eget ansvar för sin situation. Om patienterna anses äta fet och söt mat vid fel tidpunkter, sova för lite och röra sig alltför sparsamt, bör de ges kunskap som hjälper dem att förstå betydelsen av att ändra dessa ovanor. De ska genom information om hälsa och egenvård få förmågan att ta kontroll över sina liv och styras till att styra sig själva.

Bland de komplexa patienterna som uppsöker Lyran med smärta, oro och ångest finns de som röker, är överviktiga och alkoholister, men även de som lever hälsosamt, äter bra mat och motionerar regelbundet. Även om de lever hälsosamt blir de i vårdpersonalens syn på deras problematik till någon som är i behov av att utbildas för att kunna ta kontroll över sitt liv. Genom att likställa dessa patienters situation med dem som har en ohälsosam livsstil, försöker man få individen att ändra sitt beteende. Om man i modell av ser livsstil som orsak till hälsopsoblemen, blir kunskap och utbildning en viktig del i den modell för som utarbetas.

Tidigare har jag jämfört de tips och råd om ett hälsosamt liv som sjuksköterskorna ger på Lyran med livsstilscoaching och självhjälpsprogram, men denna behandlingsform kan även likställas med olika samhälleliga jobbaktiviteter och arbetsmarknadsåtgärder. En patient berättar att hon deltar i ett arbetsmarknadsprojekt och att hon upplever detta som meningslöst och bedömer chanserna för henne att få ett arbete efter avslutad praktik som minimala. En annan patient berättar att han arbetar på ett slakteri i ett tremånadersprojekt, men att

han inte kan klara tunga lyft. Arbetet på slakteriet kommer därmed inte att leda till något för framtiden, påpekar han.

Trots stora ekonomiska insatser från samhället finns en risk för att arbetsmarknadsanpassning och arbetslöshetsprojekt inte leder till något bestående. Enligt Gunnar Alsmark får flertalet av dem som deltar i liknande projekt inte något arbete, utan lämnar ofta åtgärden utan möjlighet till fortsatt anställning. Detta kan inge en känsla av besvikelse och uppgivenhet hos deltagarna (Alsmark 2007). Det finns en risk för att dessa satsningar hamnar på fel nivå och att det är fel saker som fokuseras. Enligt Zygmunt Bauman syftar dessa åtgärder många gånger inte till att förbättra för deltagarna i deras situation, utan det handlar snarare om ”en statistisk övning för att stryka dem från registret över sociala, och faktiskt, etiska problem genom ett enkelt omklassificeringstrick” (Bauman 2002:96).

När patienterna berättar om olika samhällsaktiviteter som de deltar i och hur dessa allt som oftast upplevs som meningslösa, blir Vera upprörd och poängterar att det inte är konstigt att många av dessa patienter känner uppgivenhet och apati inför de olika åtgärdsprojekt som de deltar i. Samtidigt som Vera anser att det är bra för personer att de aktiveras, är det inte bra om aktiviteterna upplevs som meningslösa.

> Det är mycket vanligt att patienter som jag träffar får göra helt meningslösa saker och då ger de inget. Det är en felsatsning från samhället att göra så. Igår var här en kvinna som är analfabet och jag blev helt chockad när hon berättade att hon måste gå i skolan och lära sig svenska. Varför måste hon sitta flera timmar varje dag vid skolbänken? Hon som aldrig tidigare har gått i någon skola. Som inte kan läsa och skriva. Man kan inte behandla vuxna människor på det viset.

Vera skulle sannolikt inte själv dra paralleller mellan arbetsmarknadsåtgärder och den verksamhet som de bedriver för de komplexa patienterna på Lyran. Likväl finns fog för denna jämförelse. Satsningarna på gruppverksamhet, samtalspromenader och egenvård tar sig an patienternas problematik på ett sätt som eventuellt inte upplevs som meningsfullt eller som medför någon förändring. Även i dessa verksamheter finns en risk för att patienterna lämnas med en känsla av meningslöshet och uppgivenhet. Hälsotipsen hamnar ofta på fel nivå och krockar med patienternas faktiska behov. Det finns en risk för att denna form av behandling får ersätta annat eventuellt bemötande som kanske kunde vara bättre lämpat för de komplexa patienterna. Detta kan ses som ett led i att osynliggöra dessa patienters livssituation.

Om man i likhet med Lock och Scheper-Hughes istället hade sammankopplat de komplexa patienternas symtom med kulturella, sociala och ekonomiska faktorer, hade det varit en omöjlighet att behandla patienterna enbart med hälsotips. Osynligheten hänger samman med synen på patienterna att de själva bär ansvar för sin situation och när problemen definieras och behandlas som individuella symtom och förstås som beroende av livsstil, försvinner kollektiva och strukturella aspekter från orsaker till besvären och ses inte som en del av ett samhällspolitiskt problem.

Genom sjuksköterskornas egenvårdsmottagning och det hälsoupplysande arbetet skapas en möjlighet till att integrera de komplexa patienternas behov som en fungerande del i verksamheten på Lyran. När man kopplar samman patienternas besvär med livsstil blir det ett sätt att hitta olika behandlingsformer som eventuellt passar bättre för Lyrans rytm än blir ett sätt att hjälpa patienterna. Möjligheten att lotsa patienterna vidare till sjuksköterskornas mottagning upplevs som en avlastning i omhändertagandet av de komplexa patienterna. Det anses som

bra att det kan erbjudas en möjlig behandlingsform. Att kunna erbjuda egenvård, samtalspromenader och tips om hälsa inger personalen en känsla av att de kan göra något för patienterna och att detta kan förändra deras situation till det bättre. Så länge vårdpersonalen anser att det är bra aktiviteter som erbjuds, ges intryck av att detta spelar mindre roll om det är en bra aktivitet även för patienterna.

För vissa av patienterna är upplysning om hälsa tillräckligt och för dem kan hälsoarbetet öppna för nya möjligheter. Det kan upplevas som frigörande att ta eget ansvar som individ och detta kan ge bättre förutsättningar och livsvillkor för individen. De patienter som mår bättre och upplever en större frihet i samband med att de tar ett ökat eget ansvar har inte längre behov av sjukvårdens tjänster och uppsöker inte längre vårdcentralen. Av den anledningen finns dessa personer inte med i min undersökning. Inte heller de finns med som klarar av att leva enligt senmoderna ideal om den kompetenta individen och det självständigt handlande subjektet som klarar av att leva i hälsa.

DEN FLEXIBLA INDIVIDEN

I vårdpersonalens modell av Sonjas problematik klarar hon inte riktigt av att leva upp till samhälleliga förväntningar på en flexibel och anpassningsbar människa som är anställningsbar i ett globalt integrerat ekonomiskt system (jfr Sennett 2007). Även om Sonja lever hälsosamt, äter nyttigt, motionera regelbundet, är rörlig, språkkunnig, utbildad och flexibel, tillåts hon ändå inte att passa in i rådande ideal om den kompetenta och flexibla människan. I etnologen Beatriz Lindqvist studie av prostituerade kvinnor i Lettland beskrivs hur dessa kvinnor ges information om hur de ska ta hand om sina liv och leva hälsosamt. Frivilliga organisationer och hjälparbetare arbetar med kvinnorna och

strävar efter att ge dem förmåga till flexibilitet, till problemlösning och till kritiskt tänkande. Detta handlar, enligt Lindqvist, om att skapa en människa som har förmåga att anpassas för ett liv i ett samhälle som är under ständig förändring.

> Det handlar om nya principer och strategier i fråga om styrning av mänskliga beteenden och attityder. I detta fall behovet av att reflektera och problematisera hur alla, även prostituerade kvinnor, ska styras och styra sig själva (Lindqvist och Lindqvist 2008:19).

Liksom de prostituerade kvinnorna ska de komplexa patienterna ges verktyg för att själva kunna förändra sin livssituation. De ska visa att de både kan anpassa sig till förändringar och att se förändringar som en positiv utmaning. De ska vara flexibla och ha förmågan att snabbt ställa om från ett tillstånd till ett annat (Giddens 1997).

I ivern att omskapa de komplexa patienterna och få dem att bli sina egna korrigeringsprojekt, finns en risk för att möjligheten att se patienternas problematik utifrån ett strukturellt perspektiv går förlorad. Den behandling som erbjuds på Lyran ges till individer med individuella problem, istället för att ses som ett kollektivt symtom. På samma gång avpolitiseras och osynliggörs problematiken. Personalen på vårdcentralen är medvetna om detta och efterfrågar kompletterande insatser från andra institutioner i samhället för att deras verksamhet ska kunna ge ett bättre resultat.

Samtidigt visar det sig att även om de komplexa patienterna både vill och väljer det hälsosamma livet, till exempel äter hälsosam mat, cyklar istället för att köra bil, undviker alkohol och tobak, har de likväl fortsatta svårigheter med symtom och värk. Även om de både vill och väljer att leva flexibelt, rörligt och självkontrollerat, underlättar inte detta för att exempelvis

hitta ett arbete, att få en tryggad ekonomi och få en starkare självkänsla. De som socialiseras till att omformas och uppvisar förmåga att leva efter rådande ideal om den flexibla människan, har ändå svårigheter att passa in i samhället, att känna sig uppskattade och eftersökta, uppfatta sig som samhällsdeltagare och som efterfrågade. De lever inte upp till det flexibla idealet ur ett moraliskt perspektiv. De visar inte att de kan ta ansvar för sin situation utifrån personalens definition och modell av hur ansvar, moral och hälsa samverkar.

… … …

I detta kapitel har det hälsoupplysande arbetet som bedrivs på vårdcentralen Lyran varit i fokus. En övergripande önskan på vårdcentralen är att bryta patienternas regelbundna vårdsökande och detta ska delvis göras genom hälsoupplysning. Patienterna ska ges verktyg, tips och råd om hur de kan leva mer hälsosamt och därmed utbildas till att bli hälsosamma och ansvarstagande individer. Personalen på vårdcentralen Lyran anser att det är viktigt att patienterna får kunskap som gör det möjligt för dem att leva efter hälsosamma ideal. De råd som ges bygger på en lång tradition av hälsoupplysning som definierats av experter och ofta har en moralisk underton. Samtidigt som individen anses som fri, i enlighet med nyliberal ideologi, att leva som hon vill, finns vissa ramar för hur det goda livet bör gestaltas. Som exempel på behandlingsformer som erbjuds de komplexa patienterna beskrivs egenvård och samtalspromenader i grupp. Vi får möta Sonja, som blir ett illustrativt exempel på hur behandling i grupp kan påverka, uppfattas och användas av en enskild individ.

Genom att behandlingen utformas efter en förståelse av problematiken som beroende av livsstil, snarare än livsvillkor,

försvinner samtidigt de sociala, kulturella och ekonomiska faktorer som kan påverka de komplexa patienternas situation. Istället läggs ansvaret över på individen att själv ta tag i och förändra sin livssituation. I de fall då patienternas besvär har en grund i exempelvis arbetslöshet och ekonomisk otrygghet behandlas detta med tips och råd om hur man kan leva ett mer hälsosamt liv.

På detta sätt ska patienterna utbildas eller korrigeras till att bli anpassningsbara, flexibla, aktiva och ha förmåga till att ta initiativ, sådana egenskaper som värderas i dagens nyliberala och ekonomiskt globalt integrerade samhälle och arbetsmarknad. Men även om Sonja lever hälsosamt, är flexibel, rörlig, språkkunnig och utbildad får hon inget arbete eller en given plats i samhället. Hur ska Sonja få en ökad självkänsla, uppleva sig som delaktig och känna att hon är betydelsefull?

KROPP, KLASS, KULTUR

Strax efter klockan åtta på morgonen ringer en kvinna till Anita och vill boka en tid åt sin man som ska resa utomlands några veckor. Han har nyligen fått diagnosen diabetes och hustrun vill vara säker på att han får med sig rätt mängd mediciner på resan. Eftersom mannen ska åka redan nästa dag är det bråttom. Finns det möjligtvis en tid hos distriktssköterskan under dagen? Även om det är fullbokat gör Anita ett undantag och säger att mannen kan komma klockan tio samma dag. När Anita undrar varför mannen inte ringer själv, berättar hustrun att han befinner sig i moskén och detta gör att kvinnan har svårt för att lova att hon kan få med sig mannen till vårdcentralen exakt klockan tio. Anita svarar att hon inte kan vara mer tillmötesgående och vill de komma till hennes mottagning denna dag kan de endast göra det klockan tio.

När Anita avslutar telefonsamtalet plockar hon fram mannens journal i datorn. Hon visar öppen irritation när hon ser att han uteblivit från de två senaste inbokade besöken som hon kallat honom till. Anita beskriver att nyblivna diabetespatienter ska, som en integrerad del i deras behandling, komma på regelbundna besök till henne, som är specialiserad diabetessköterska, för att få information om hur kroppen fungerar, tips om vad som är lämpligt att äta och råd om att regelbundet röra på sig och motionera. Detta är ett sätt att inskola patienterna till en hälsosam livsstil och lära dem att kontrollera och att positivt påverka sin

sjukdom. När man drabbas av diabetes faller ett stort ansvar för behandlingen på patienterna själva, berättar Anita, och genom att följa ordinerade motions- och kostföreskrifter kan risken för komplikationer till följd av sjukdomen minskas. Anita anser att mannen har visat nonchalans inför sin diabetes och använder ord som ”oansvarig” och ”ansvarslös” för att beskriva hans beteende. ”Han har varken visat vilja eller förmåga att ta hand om detta själv. Han ska vara glad att hans fru engagerar sig och ringer och bokar tid till honom”, säger hon. Anita ifrågasätter även det faktum att mannen befinner sig i moskén när det är uppenbart att han måste ta hand om sin hälsa inför resan. ”Hur kan han vara i moskén nu? När han måste vara här och få sin medicin”, säger hon.

Klockan tio sitter mannen och hans hustru i distriktssköterskans mottagningsrum. Anita frågar mannen varför han inte kommit till de tidigare inbokade besöken. ”Jag är ju inte sjuk. Jag mår bra”, svarar mannen. Hustrun förklarar att hon är orolig inför mannens resa och över att han inte ska få med sig rätt mediciner. Mannen ifrågasätter anledningen till att behöva gå till vårdcentralen och anser att han har mer angelägna saker att ta sig för, denna sista dag inför resan. Hans hustru har hämtat honom i moskén och tvingat honom att gå. ”Jag är frisk. Det är inget fel på mig. Jag känner mig frisk”, säger mannen. Han berättar att han ska resa till Afghanistan till sin brors begravning. Han har inte haft möjlighet att träffa sin bror på flera år, inte ens sedan brodern blev allvarligt sjuk. Att brodern nu är död är svårt att förstå och mannen säger att ”allt känns mycket sorgligt”. Han har varit i moskén för att be och hedra sin döde bror tillsammans med släkt, vänner och andra församlingsmedlemmar. För honom handlar det om att visa respekt för de andra, men även om de krav som de andra ställer på honom att vara närvarande vid denna ceremoni till minne av hans bror. För mannen är detta en händelse som han prioriterar och ett tillfälle för honom att sörja sin bror offentligt.

Mannen berättar att han är ledsen och att han ligger vaken på nätterna utan att kunna sova. Tankarna far runt. Han beskriver att han är trött och stressad och fortsätter: ”Jag känner mig mycket trött. Hela mitt liv är upp och ner av det här.” Mannens ögon är röda och han ser trött ut. Arbetet som taxichaufför har han inte kunnat sköta under de senaste dagarna. Han är orolig för att behöva lämna hustrun och de fyra barnen hemma.

När Anita testar mannens blodsockerhalt är den hög. Som inskriven diabetespatient har han ett mätinstrument som underlättar regelbunden provtagning och avläsning av sockernivån på egen hand i hemmet. Med precision kan instrumentet mäta, memorera och övervaka sjukdomsutvecklingen och eventuell misskötsel av kostvanor och motion kan med lätthet avslöjas. Även om mannen svarar jakande på frågorna om han ätit nyttigt och motionerat regelbundet, kan Anita med hjälp av mätinstrumentet se att han inte har gjort detta. Likaså hustruns ljudlösa huvudskakningar visar att hon inte håller med mannen i det han säger. Både hustrun, som om ett år är färdigutbildad sjuksköterska, och instrumentet talar emot de uppgifter som mannen uppger. ”Du måste ta hand om din sjukdom bättre”, uppmanar Anita. ”Jag kan inte bry mig om det nu. Det är annat som är viktigare”, säger mannen. Han påpekar att han i stort mår bra och att den nedstämdhet och trötthet han känner snarare beror på sorg än på diabetes. Anita håller inte med honom, utan anser att tröttheten mycket väl kan bero på sjukdomen.

Anita ser till att mannen får tillräckligt med mediciner med sig och uppmanar honom att äta nyttig mat och att motionera under resan. Mannen säger att eftersom hans bror ska begravas i en by i bergen dit det inte finns någon bilväg, kommer han att behöva gå mycket. ”Det är bra”, tycker Anita.

Enligt Anita nonchalerar mannen sin sjukdom och utsätter därmed sin kropp för onödiga risker. Om mannen gör detta, ifrågasätter han samtidigt den medicinska vetenskapen, väster-

ländsk moral och den verksamhet som bedrivs på Lyran. I relation till mannens identitet kan detta även förstås utifrån en eventuell ovilja att lyssna på experter eller en trotsighet i relation till auktoriteter. Anita berättar för mannen att en misskött diabetes kan leda till svåra komplikationer och hon beskriver hur en sund livsstil kan påverka diabetespatientens liv till det bättre. Anita vill förmedla hur kroppen fungerar och informera om kost och motion. För Anita är det viktigt att mannen själv ska ta kontroll över sitt liv och sin hälsa. Hon vill att mannen, som en självständig individ, ska ta ansvar för att ändra sin livsstil oberoende av den situation han lever under för tillfället.

Denne patient upplevs av Anita som tung och han blir komplex, inte för att han återkommer regelbundet, utan snarare för att han underlåtit att komma när han borde och att han inte visar att han kan ta ett eget ansvar. Han visar inte heller en förståelse för att han har skyldighet att ta sitt ansvar och att ta tillvara de möjligheter som vårdcentralen och samhället erbjuder. Han visar inte heller tacksamhet för det han får tillgång till. Mannen blir ett tydligt exempel på de patienter som får underkänt av vårdpersonalen eftersom de inte anses visa duglighet och kapacitet att ta ansvar. Han svarar inte upp till de förmågor som vårdcentralen har ställt som mål. Den flexibilitet, rörlighet och självkontroll som han besitter åtnjuter inget moraliskt värde på Lyran.

Även om vårdpersonalen anser att varje individ har en skyldighet att välja det goda eller hälsosamma, finns det personer som inte har möjlighet att förändra sin situation efter de ideal som efterfrågas, oavsett vilken kunskap de besitter eller vilken undervisning de får. Det kan vara olika anledningar till att man inte kan, inte orkar, inte har möjlighet eller inte vill förändra sin situation och det kan vara annat som är viktigare för individen för tillfället än att leva efter de hälsosamma ideal som förespråkas av Lyrans personal. Att leva med sin kropp innebär att utsätta

den för risker, att man sköter eller missköter den beroende på den situation man befinner sig i. Lisbeth Sachs (1998) visar att sjukdom uppstår, tolkas och levs i samklang med omgivningen. Individen är i ständig samverkan med och kan inte leva oberoende av sin omvärld.

> Vi utsätter oss för en risk genom att göra vissa saker: röka, bo i storstäder, äta fet mat, dricka alkohol med mera. Vi utsätter oss också för en risk genom att inte göra vissa saker: exempelvis motionera, regelbundet undersöka brösten, genomgå preventiv hälsoundersökning (Sachs 1998:17).

Mannen väljer att utsätta sin kropp för risker genom att negligera sin diabetes, samtidigt har han svårt att agera på något annorlunda vis beroende på den situation som han befinner sig i för tillfället. På detta sätt diskvalificeras han och ses som oansvarig och anses inte i egentlig mening ha förmåga att vara reflexiv och självkontrollerad på det sätt som efterfrågas. Han faller inom den kategori människor som inte anses ha förmåga att införliva tillräcklig kunskap för att kunna ta ett eget ansvar för sin situation och att ha självkontroll.

När mannen inte visar att han tar till sig hälsotipsen eller inte förändrar sin situation, ifrågasätts samtidigt de grundläggande ideal och de moraliska principer som verksamheten på Lyran vilar på. I detta möte sätts vårdcentralens verksamhet på sin spets. När kategoriseringar, värde, ideal, moral, kunskap, klass och kultur sammanvävs i vårdpersonalens definition av och syn på patienterna, visar mötet den kulturella komplexitet som utmärker den vardagliga verksamheten på Lyran. Mötet illustrerar även hur svårt det kan vara för personalen att nå fram med det hälsosamma budskapet. Detta är en bra illustration på ett möte med motstånd.

Detta kapitel är en avslutande diskussion och behandlar de kulturella processer som tog form på Lyran. Jag vill återkomma till avhandlingen syfte och hur personalen förhandlar och förstår patienternas kroppsliga konsekvenser av den sociala och ekonomiska utstötningens nya geografi. Jag vill även återknyta till de frågor som formuleras och som handlar om vilka strategier som utarbetas i mötet med de komplexa patienterna och vilken betydelse kulturella och klassrelaterade kategoriseringar ges i detta möte. Personalens agerande bygger på en uppfattning om hur individens beteende påverkas av kunskap, klass och kultur. Kategoriseringar och moraliska aspekter blir en viktig del av vårdgivarnas förståelse av både klass, kultur och kunskap och vilket värde detta tilldelas. De strategier som utarbetas för att hantera mötet med de komplexa patienterna utformas utifrån föreställningar om vad som orsakar besvären och handlar om att ge patienterna ökad kunskap. De komplexa patienternas sätt att vilja och välja sitt liv får en moralisk dimension och måste godkännas socialt för att accepteras. Ofta lever dessa patienter inte upp till de samhälleliga idealen om den reflexiva, ansvarstagande och flexibla individen. Samtidigt osynliggörs deras problematik på olika sätt.

KULTUR OCH KLASS

Vid flera tillfällen undrade personalen varför det var svårt att nå fram till vissa patienter med de behandlingsformer som fanns att tillgå. Varför svarade patienterna inte mot den behandling som gavs? Varför återkom de med regelbundenhet till Lyran? Ett svar som vårdpersonalen själva gav på denna fråga var att peka på kulturskillnader och hur detta kunde ge upphov till olika sätt att uppfatta sin kropp och sina symtom. När kultur användes som förklaringsgrund gjordes detta utifrån en essentialistisk förståelse

av hur kultur skapar och formar individers förhållningssätt och sätt att agera. Exempelvis när personalen beskrev hur vissa patienter upplevde sig som gamla och förbrukade redan vid femtiofem års ålder, och hur detta kunde medföra svårigheter att motivera dem till en viss behandling, eftersom de, enligt personalen, helst ville bli pensionerade och befriade från samhälleliga krav.

Likaså användes kultur för att beskriva olika sätt att uppfatta kroppen. Vårdpersonalen pekade på att vissa patienter saknade en förståelse för kroppen och dess funktioner. Exempelvis när en patient förklarade sina ryggsmärtor utifrån problem med njurarna, var läkaren övertygad om att smärtan berodde på ryggskott, eller när sjuksköterskan upprepade gånger fick informera vissa diabetespatienter om sambanden mellan kropp, kost, motion och hälsa. Kultur kunde även stå som förklaringsgrund för olika sätt att uttrycka smärta och vårdpersonal kunde påpeka att vissa patienter upplevde stark smärta även för småsaker, exempelvis av en sticka i fingret. Personalen poängterade att patienterna måste ha förståelse för att vissa saker gör ont och att de måste lära sig att hantera viss smärta (jfr Lövgren och Runfors 1993; Lukkarinen Kvist 2001). För att överbrygga kulturskillnader var personalen övertygad om vikten av att ge dessa personer en ökad kunskap. Det handlade om att lära ut ett rationellt sätt att förstå kropp och hälsa.

Samtidigt var det flera bland de anställda på Lyran som uttryckte att det fanns andra sätt, utöver kulturskillnader, att förklara varför rekommenderad behandling inte fungerade för de komplexa patienterna. En läkare berättade att han upplevde en större gemenskap med en patient som var högutbildad och visade förmåga till reflexivitet, än med en person som saknade utbildning och förståelse för den vård som gavs. Denna känsla av gemenskap uppkom oberoende av var personen var född och fristående från vilken uppfattning om kropp och hälsa som patienten hade. Läkaren ansåg inte att kulturskillnader hade

betydelse för mötet på vårdcentralen, utan problematiken med att inte nå fram till vissa patienter handlade snarare om klass och utbildningsnivå. Enligt personalen på Lyran kunde kulturell tillhörighet anses vara av vikt i vissa situationer, medan det saknade betydelse i andra.

I den komplexa patientgruppen ingick personer med olika kulturell och etnisk bakgrund, med olika klasstillhörighet och olika utbildningsnivå. Här återfanns de som hade ett arbete och de som var arbetslösa, de som var högutbildade och de som saknade utbildning, de som definierade sig som medelklass och de som såg sig som arbetarklass. Det sammanhängande var att de bodde i Sandbacken, återkom till vårdcentralen Lyran regelbundet och att de uppfattades av vårdpersonalen som komplexa att handlägga. Flera av dessa patienter levde i ekonomisk otrygghet, men orsakerna till detta var skiftande. Det blev viktigt att studera personalens syn på patienterna utifrån både kultur och klassbegreppet för att förstå de kulturella processer som tog form på Lyran.

Om man i enlighet med Beverly Skeggs (2004) förstår klass som något som görs, blir det ett dynamiskt begrepp och något som sker i mötet mellan individer. Skeggs beskriver hur klass på olika sätt är inskrivet i kroppen och hur dessa synliga attribut läses, kategoriseras och värderas av andra i mötet. Beroende på vem som möts värderas de kroppsliga uttrycken efter specifika sätt att kategorisera omvärlden och vi har lärt oss att läsa och förstå kroppar genom de perspektiv och klassificeringar som vi har tillgång till. På detta sätt kan den andras blick sätta begränsningar för vem individen anses vara och detta blir centralt för hur personen kan agera i samhället, för självkänslan och för upplevelsen av värde.

Beverly Skeggs resonemang om hur klass blir en form av kroppslig inskription och hur detta läses och förstås av andra, kan överföras till en diskussion om vad kulturell tillhörighet

kan anses innebära. På liknande sätt skapar kroppens yttre, förutsättningar för hur en individ uppfattas. Individens kulturella tillhörighet genereras i betraktarens blick, en blick som formas av en specifik historisk kontext om vi och de andra. Dessa föreställningar om de andra har skapats genom nationalistiska och koloniala berättelser, och är en del av den maktstruktur där en hierarkisering av olika kulturella, etniska och sociala grupper sker. Olika kroppsliga inskriptioner kan värderas på skilda sätt beroende på var mötet sker och vem som möts. Populär representation, akademisk teori och politisk retorik påverkar hur vi förstår kulturell tillhörighet. Även inneboende maktstruktur i språkets konstruktion har inflytande på hur vi skapar och vidmakthåller sociala och kulturella hierarkier, politiska målsättningar och institutioners uppbyggnad. Hur vi benämner saker och i vilken relation till andra saker detta befinner sig, gör något med oss och vår förståelse av vår omvärld. Att vara mörkhårig, man, muslim kan ges ett symbolisk värde och anses som vackert och trovärdigt i en viss miljö, medan det i en annan kan tolkas som farligt och inte att lita på. Ett utseende som förknippas med vardaglighet och normalitet i en viss kontext, kan i en annan försvåra för individen i sin kontakt med samhället, arbetsplatsen eller vårdcentralen.

Flera undersökningar visar (se exempelvis Andersson 2001; Molina 2001) hur ekonomisk utsatthet ofta drabbar ojämnt i befolkningen och att otrygga ekonomiska förhållanden allt oftare ges etniska förtecken. Därmed kan det finnas etniska förklaringsgrunder till att hamna i Sandbacken, på grund av att arbetsmarknadspolitik, bostadspolitik och strukturell diskriminering har en påverkan på var en individ bor.[19] Samtidigt var arbetslöshet och ekonomisk stress en realitet

19 Strukturell diskriminering beskriver hur det svenska samhällets organisering utgår från svenska värderingar och normer. Detta medför att de som inte innefattas i denna norm anses som avvikande. Det handlar om osynliga vi-dom-gränsdragningar där ett dolt, ofta omedvetet, åtskiljande kan spela en viktig roll även på en institutionell nivå i samhället (De los Reyes 2005, Kamali 2005a).

för de boende i Sandbacken oberoende av etnisk tillhörighet. Det är viktigt att försöka fånga den kulturella komplexitet som innefattar uppfattningar om hur ansvar, moral, värde, maktposition, tillskriven identitet, uppfattning om klass och kultur sammanfogas och formar synen på individen och hur personen utifrån detta förstås i olika sammanhang.

Även om alla människor ska tillmätas lika värde och ges likvärdiga villkor för att förverkliga ett liv i hälsa, blev det tydligt på vårdcentralen att dessa tankar krockade med helt andra idéer som utgick från samhällsekonomiska faktorer, maktstrukturer och sociala och kulturella kategoriseringar. Denna problematik går utöver verksamheten på Lyran och berör hälso- och sjukvården i ett större perspektiv och även samhället i stort. Det handlar om hur olika vårdformer prioriteras i samhället, men även om bemötandet och mottagandet av dessa personer och vilken möjlighet till hjälp i sin situation som de erbjuds. I detta sammanhang framstår människovärde som ett tänjbart begrepp. Begränsade medicinska tillgångar ska fördelas och detta sker ofta inte i enlighet med en jämlikhetsprincip, enligt vilken varje människa oavsett livsföring ska ses som en unik individ, istället utgår den snarare ifrån det samhälleliga värde som individen antas representera. I detta förlopp blir olika kategorier av människor, eller snarare det värde som de tillskrivs, mer eller mindre viktiga (Lundin 2007). De patienter som regelbundet återkom till vårdcentralen fick inte den hjälp som de hade behov av för att kunna leva i hälsa. Samtidigt var det inte självklart att denna hjälp som de sökte fanns på vårdcentralen eller i hälso- och sjukvården. I ett vidare perspektiv handlade detta om att kunna inge dessa personer en känsla av delaktighet, en given plats och en position i samhället. Detta var något som gick utanför vårdcentralens ålagda uppgift.

Oavsett om svårigheterna att nå fram till vissa patienter förklarades utifrån kultur eller klasstillhörighet, var personalen

överens om att dessa patienter var i behov av mer kunskap. De måste lära sig mer om hur kropp och hälsa hänger samman och ges verktyg för att kunna styra sig själv, ta ett eget ansvar för sin situation och bli reflexiva, flexibla och självkontrollerande individer.

I BEHOV AV KUNSKAP

I ett nyliberalt samhälle anses kraven öka på en ny typ av människa, en människa som ska vara kompetent, rörlig, nyskapande, självkontrollerande och samtidigt ha förmågan att leva sitt liv i hälsa. Individen bör framstå som aktiv och mobil för att vara en attraktiv aktör i ett ekonomiserat och individualiserat samhälle. Den enskilde individen bör vara beredd att ständigt skapa och omskapa sig själv och ha beredskap för att kunna agera i nya miljöer med nya villkor. Varje människa ska uppfattas som ett självreflexivt projekt som har förmåga att omskapa sig själv och har självkontroll (jfr Giddens 1992; Sennett 2007). Den självständiga individen som tar ansvar för sin situation och som visar rationalitet, reflexivitet och flexibilitet premieras utifrån denna förståelse av dagens västerländska samhällen.

Enligt personalens uppfattning saknade de komplexa patienterna kunskap för att kunna uppnå självkontroll och ett bra liv. Anita beskrev hälsotipsen och den egenvård som lärdes ut på Lyran som ”vanligt sunt förnuft” och detta var, enligt henne, en nödvändig kunskap som alla borde ha. På detta sätt normaliserade hon sin egen förståelse av att hälsa, matvanor, motion och ett aktivt liv, var den rätta vägen för att bli en mobil, reflexiv, rationell och en attraktiv person på arbetsmarknaden.

I avhandlingen visas hur hälsoupplysning genom olika tider innehaft en moralisk underton och hur kropp, renlighet och hälsa har sammankopplats med rådande moral. Enligt detta

synsätt finns sätt att leva som anses som bättre än andra och det gäller att styra individen till att både vilja och välja det rätta. Om patienterna fick nya kunskaper om kropp och hälsa, skulle de ges möjlighet att kunna ta ansvar för sin situation och att även ta detta ansvar på rätt sätt. Den kunskap som patienterna skulle ha, utgick från den normaliserande kultur som rådde på Lyran och som ständigt bekräftades och gavs nytt liv. Det fanns därmed en risk för att andra möjliga sätt att tänka runt kropp och välmående diskvalificerades.

Hälsotipsen blev en del av en socialiseringsprocess på Lyran. När patienterna, genom egenvård och samtalspromenader, skulle styras till att styra sig själva och utbildas till självkontroll, kunde det beskrivas som ett sätt att inskola patienterna i en specifik svensk kontext av hälsoupplysning. Samtidigt handlade det om ett församhälleligande av de komplexa patienternas förhållningssätt till kropp, hälsa, eget ansvar och rådande moral.

För många patienter öppnade de tips och den egenvård som lärdes ut på Lyran eventuellt för nya möjligheter för att leva ett hälsosammare liv. Personalen på vårdcentralen Lyran arbetade målmedvetet med att försöka hitta sätt att behandla eller hjälpa de komplexa patienterna. Detta gjordes som ett naturligt led i att hälso- och sjukvården vill uppnå resultat och att det ligger i sjukvårdens grunduppgift och ambition att hjälpa.

Samtidigt fanns de patienter som inte ville, inte klarade av eller inte förmådde förändra sina liv efter rekommenderade hälsotips. Detta kunde bero på att patienterna saknade tillit till de råd som gavs på vårdcentralen, att de upplevde ovilja emot olika expertråd eller att de saknade förmåga och kraft till förändring i en svår livssituation. Vissa patienter kunde, efter långvarig ohälsa och upprepade besök på Lyran utan att ha blivit hjälpta, eventuellt uppleva en likgiltighet inför hälso- och sjukvårdens tips och råd. För de patienter som levde i arbetslöshet och ekonomisk otrygghet kunde hälsoinformationen ibland

sakna relevans för deras situation. Genom att inte inkludera patienternas vardagliga problematik i behandlingen av dem, medförde detta ett osynliggörande av patienternas situation.

ATT OSYNLIGGÖRA PROBLEMATIKEN

På olika sätt osynliggjordes patienternas problematik när de besökte Lyran och detta osynliggörande hängde ihop med olika faktorer. Det tomma väntrummet medförde att patienterna inte längre var en lika fysiskt påtaglig realitet och de uppfattades därmed inte längre som ett pockande patientkollektiv. Likaså uppdelningen av patienternas kroppar och symtom i enskilda enheter osynliggjorde sambanden mellan kroppsliga besvär och ekonomiska, sociala och kulturella strukturer i samhället. Även om vårdpersonalen uttryckte en förståelse för dessa samband, flera av patienterna berättade om hur deras ekonomiska situation skapade oro, osäkerhet och stress och hur detta på olika sätt påverkade deras kroppar, ingick det inte som en del i behandlingen av dessa patienters besvär att utreda deras totala situation. Istället skickades patienterna med remiss till olika specialistmottagningar för vidare undersökning av den kroppsdel där de för tillfället upplevde smärta. I detta förfarande förlorades en möjlig helhetsbild av patienternas livssituation.

Ett annat sätt att osynliggöra patienternas problematik var att de oftast inte fick en diagnos, eller en medicinskt accepterad förklaring till sina besvär. Därmed fick dessa patienter inte heller möjlighet att gå in i sickness, i en sjukroll eller att uppleva den trygghet som en diagnos kan ge. Deras besvär var namnlösa och förknippade med känslor av osäkerhet inför kroppens förändringar. En diagnos hade eventuellt kunnat ge en förklaring till besvären och dessutom kunnat påverka erfarenheter av och förhållningssätt till de upplevda symtomen.

På vårdcentralen Lyran fanns ett ålagt uppdrag att ge alla en likvärdig vård utifrån individens behov. Även om vårdpersonalen var medveten om att ekonomiska, sociala och kulturella strukturer i samhället påverkade de komplexa patienternas kropp och hälsa, utvecklades behandlingsformer som utgick från att patienterna själva kunde ändra sitt sätt att leva. På detta sätt likställdes de komplexa patienternas problematik med livsstilsrelaterade besvär och jämfördes med rökares, överviktigas och alkoholisters situation. Givetvis fanns rökare, överviktiga och alkoholister bland de komplexa patienterna, men de var absolut inte i majoritet. Genom att likställa problematiken med livsstil ansågs patienterna ha ett eget ansvar för att förändra sitt liv. Detta hänger samman med den ansvarsförskjutning mellan vårdgivare och vårdtagare som skedde på Lyran. Genom att individualisera patienternas besvär och definiera det utifrån livsstil, försvann eventuella strukturella faktorer från symtombilden. Därmed uppfattades inte de komplexa patienternas situation utifrån ett kollektivt eller politiskt synsätt. Även detta blev en del i osynliggörandet av patienternas situation i ett samhälleligt perspektiv. När problematiken inte kollektiviserades eller politiserades kom den inte heller upp till ytan, till diskussion eller till en förändring på en samhällsnivå.

Det budskap som gavs till de komplexa patienterna var att de hade ett eget ansvar för att förändra sin situation och göra detta på rätt sätt utifrån rådande moraliska principer och ideal. För de patienter med låg självkänsla, som saknade tillit till vårdcentralens personal, som inte hade stolthet och kraft, kunde det vara svårt att själv ta makt över sin livssituation. Vårdpersonalen bistod med råd, äpplen och en teknifierad uppdelning av kroppen och kroppsliga symtom. Problematiken fördes inte ut till ett politiskt sammanhang, utan stannade på vårdcentralen. Som ensam aktör kunde personalen på Lyran inte erbjuda någon förändring av dessa patienters situation i ett längre perspektiv.

En del av de komplexa patienterna skulle kunna beskrivas som både flexibla och kompetenta ur flera perspektiv, men ändå ansåg inte vårdpersonalen att de, utifrån en moralisk aspekt, kunde klara av att leva upp till samhälleliga krav på rörlighet, reflexivitet och initiativförmåga. Detta kan förklaras utifrån hur idén om hur det personliga ansvaret är sammankopplat med moraliska värderingar. En person som tar ett eget ansvar för sitt liv, sin hälsa och är självkontrollerad får samtidigt ett samhälleligt värde. Däremot bör inte den som inte kan ta ett eget ansvar få samma rättigheter till vård. Susanne Lundin studerar sambanden mellan kulturella föreställningar och medicinsk praktik och beskriver hur samtidens idéer om kroppen har gjort ålder till ett urvalskriterium inom vården. I hennes undersökning anser flertalet av de äldre personer som tillfrågades om prioriteringar inom sjukvården, att livsstil är en avgörande faktor för om en individ ska ges förtur till vård. En informant påpekar att om en person förväntar sig att få bra vård måste individen själv vilja "…bidra till sitt välbefinnande och försöker hålla levnadsrelaterade sjukdomar borta" (Lundin 2007:193). Livsstil blir på detta sätt ett mätinstrument för hur prioriteringar bör ske inom vården.

När symtom och besvär uppfattades och behandlades utifrån livsstil, fanns en risk för att de komplexa patienterna inte tillskrevs samma värde som den hälsosamma individen, som den ideala patienten och som den kompetenta personen. Föreställningen om allas lika värde, och allas rättighet att "åtnjuta bästa möjliga hälsa" (WHO, citerat i Davidsson 1998:52), krockade med att vissa individer gavs ett större företräde till samhället och dess institutioner än andra. Individen representerade på så sätt ett samhälleligt värde som utgick från andra värderingsgrunder än en jämlikhetsprincip.

SLUTORD

Alla människor är oundvikligen del av kulturella gemenskaper och processer och detta varken binder eller frigör, men utgör förutsättningar som alla måste förhålla sig till. Avhandlingen handlar om rådande ideal och mötet med dem som ska efterleva dessa. Det är personalens syn på de komplexa patienterna som står i fokus och hur denna förändrades mellan 2001 och 2006. Vårdcentralen Lyran är en bra plats för att studera kulturella processer och genom att beskriva de förändringar som har skett där under en femårsperiod kan ändrade förutsättningar både för hälso- och sjukvården och för samhället i stort tydligt inringas. 2001 sågs de komplexa patienterna som ett pockande kollektiv som fyllde väntrummet och 2006 uppfattades de som individer som representerade individuella symtom. Det avfolkade väntrummet visade tydligt att något hade skett på Lyran, något som kunde förklaras med hjälp av att studera kulturella processer.

Ett sätt att förklara det tomma väntrummet hade kunnat vara att säga att de boende i upptagningsområdet hade blivit friskare och inte längre hade samma behov av att besöka vårdcentralen. Enligt detta synsätt hade det kunnat antas att patienterna inte enbart blivit färre, utan även eventuellt hade inskolats i hur de skulle agera i mötet med vårdpersonalen och fått kunskap om i vilka ärenden och för vilka symtom det var lämpligt att uppsöka Lyran. Detta skulle förutsätta att patienterna hade inarbetat en förståelse för vad en vårdcentral är och vad de kunde få hjälp med vid ett besök där. En annan förklaring hade kunnat vara att de komplexa patienterna av olika anledningar hade förlorat tilliten till den vård som de erbjöds på Lyran och istället sökte sig till sjukhusets akutmottagning för att få hjälp och lindring.

Det visade sig dock, när jag följde med under möten mellan vårdpersonal och patienter 2006, att antalet komplexa patienter inte hade minskat. Även om de inte var lika synliga längre på

Lyran hade de tvärtom blivit fler. På något sätt hade dessa patienter blivit osynliga och upplevdes inte längre av personalen som ett pockande kollektiv. För att förstå vad som hade hänt på Lyran blev det viktigt att studera hur personalens sätt att definiera patienterna hade förändrats.

När jag under hösten 2007 gjorde ett kortare återbesök på vårdcentralen Lyran beskrevs situationen där återigen som ansträngd. De förändringar som hade gjorts visade sig vara kortsiktiga och lyckades inte förändra verksamheten på längre sikt. De komplexa patienterna kom fortfarande till Lyran och sökte vård för liknande symtom och besvär som tidigare. Återigen pockade dessa patienter på uppmärksamhet och fortfarande återkom de regelbundet och visade att behandlingen de fick inte hjälpte dem i deras situation.

Iakttagelserna på vårdcentralen Lyran i Malmö sätts i samband med teoretiska resonemang om idealet om den fria, friska och flexibla individen i dagens västerländska samhällen. Dessa ideal gäller inte enbart för individen som patient, utan även som skolelev, arbetssökande och konsument har individen skyldighet att vara välinformerad, flexibel, rationell, självkontrollerande och kompetent nog för att kunna fatta egna beslut. Genom att koppla skeendet på Lyran till det nyliberala samhället och de människoideal som är rådande, kan förklaringar ges både till varför de komplexa patienterna upplever ohälsa och varför dessa personer av vårdpersonalen anses som besvärliga och tunga att handlägga. I ett ekonomiserat och individualiserat samhälle utestängs människor och platser som anses som irrelevanta i ”den sociala utstötningens nya geografi” (Castells 2000). Detta medför vidgade klyftor mellan de platser och människor som klarar av att vara attraktiva aktörer på marknaden, och därmed förmå trygga sin ekonomiska situation, och de som faller utanför. När kultur, klass, värde, moral, ideal och makt sammanvävs i individen och i synen på individen skapas olika sätt att gradera,

inkludera och stänga ute människor. Patienternas symtom och besvär var ofta sammankopplade med deras livssituation. För personalen handlade det om att få patienterna att anpassa sig till dagens krav på flexibilitet och rörlighet för att de skulle kunna hantera livet i det nyliberala samhället. När detta inte lyckades upplevde personalen det som både besvärligt och tungt.

I denna avhandling har jag försökt belysa alternativa sätt att förstå och kategorisera individer för att bryta upp invanda förklaringsmönster till varför vissa patienter inte svarar på den behandling som ges.

Personalen efterfrågade insatser även från andra institutioner i samhället för att lösa situationen för de komplexa patienterna. I mötet med dessa patienter blev det ofta tydligt vad som inte inkluderas i vårdcentralens uppgift, men som ändå hamnade där. Även om dessa patienter inte blev hjälpta, valde de likväl att återkomma. Vad var det dessa patienter sökte efter när de kom till Lyran? Lindring, bot eller en meningsfull tillvaro? Det fanns en risk för att patienterna upplevde att de inte tilläts vara en fungerande del av samhället och hade svårt för att känna sig engagerade, behövda och eftersökta. Den känslan var svår för vårdpersonalen att motverka för dessa patienter och svaret stod eventuellt att finna någon helt annanstans.

SUMMARY

ENCOUNTERS OF EXCLUSION

CULTURE, CLASS, BODY AT THE HEALTH CARE CENTRE

This dissertation is about a health care centre in Malmö, Sweden, and how its personnel reacted towards a specific group of patients. The patients visited the health care centre regularly due to bodily pain and feelings of anxiety. The focus of the dissertation is on the encounter between the staff and the patients, who were described as troublesome and difficult to handle, and how the personnel created a specific understanding of these patients.

My analysis of the health care centre and its activities is made within a specific theoretical context. I am inspired by theorists who describe how the neoliberal society has resulted in a growing rift between states, as well as between individuals. In the neoliberal society, the individual is seen as responsible of his/her own situation and living conditions. Theorists have demonstrated how a person's intellectual capacity and relationships are crucial in order to be competitive and to generate profitability to both the state and the individual (see i.e. Harvey 2005). According to the thesis of the neoliberal society, there is a demand for a new type of individual, a person who has the capacity to be flexible, reflexive and self-controlled in order to be an attractive participant on the market (Sennett 1999). Additionally, some

states are seen as more favoured, while others are left out in what Manuel Castells (2000) calls the "new geography of social exclusion".

During the economic crisis in Sweden in the 1990's, the rift between rich and poor increased with growing unemployment. It was especially young people, single mothers and individuals born outside of Sweden that were affected by the crisis. Even if there is a long political tradition in Sweden of wanting to guarantee all inhabitants the same human rights, as well as give everyone equivalent possibilities to education, social insurance and medical care, extensive research shows that there are obvious relations between individual health status and economic and social position (SOU 2000:3).

The medical staff at the health care centre, which I choose to call Lyran, experience a steady increase of patients with health problems. Many of the patients are referred to as "complicated patients" by the staff; their health problems are both difficult to diagnose and treat.

The complicated patients have diffuse symptoms of anxiety and bodily pain for which there are difficulties to find a medical explanation. They compose a diverse group in terms of age, economic situation, education and place of birth. Within the category of complicated patients there are both men and women, old and young, those who have work and those who are unemployed, those who are born in Sweden and those who are born in another country. What they have in common is that they show pain that cannot be explained by the medical staff and they are coming back regularly showing no improvement.

The aim of the study is to explore how the medical staff in the encounter with the patients negotiate and understand bodily consequences of the "new geography of social exclusion". A main focus is how the personnel perceive their encounter and relationship with the complicated patients. Which strategies

are developed in order to handle the encounter with the complicated patients? I want to see if there are alternatives to an understanding of why certain patients are seen as incapable of specific treatments and are understood as difficult to reach.

This is a qualitative study of everyday practices at a health care centre in Malmö, Sweden. The study rest on two periods of participant observations conducted in 2001 and 2006. I have met 20 representatives of the medical staff, some just a few times, and others at repeated occasions. The material includes interviews with three members of the staff, one at three different times, as well as informal conversations with the personnel and patients. My material includes dialogs with medical staff and patients over time, from week to week, but also from year to year. Altogether, I have done 42 visits to Lyran during a time period of nine months, and taken part in 230 encounters between patients and medical staff.

BETWEEN CHAOS AND CONTROL

In this chapter I describe the health care centre and the change that took place between 2001 and 2006. My discussion and analysis focus on the everyday practice of the staff and the different strategies that were employed between 2001 and 2006 to facilitate the encounter with the complicated patients. In this chapter I also present the area were the patients live and the special conditions that are found in Malmö.

At my first visit in 2001, Lyran was a workplace under great pressure. The medical staff explained that the situation was almost unbearable. They used words like "worn out", "inhumane workload" and they felt like they were being "eaten up" by the patients. As one doctor expressed it, "Soon it will explode here".

Most of the nurses at Lyran regard the amount of patients as

being the biggest problem, and they describe it as an "invasion of patients that fill the waiting room". According to the personnel, the waiting room has become a place that is both messy and noisy; it is a place that the staff avoid passing. One nurse says that she gets "crazy when having to deal with the patients in the waiting room everyday". According to the medical staff the patients are often irritated and "everybody yells and scream and swear". "What a circus!". The waiting room has become a place of frustration and irritation. One nurse acknowledges that the personnel are perplexed and don't know what to do in the encounters with the complicated patients. Instead, the encounters left the staff feeling insufficient.

The situation at Lyran got worse during 2001, and both the medical staff and the patients were frustrated, irritated and dejected. The everyday work with the complicated patients was described as heavy, hard and difficult.

Five years later, when I returned to Lyran, I noticed that the waiting room was empty. The personnel explained that they had more control over the situation at Lyran. The work with the patients was not as burdensome and they were more satisfied with the job compared to the work situation in 2001. A new sense of ease had become a part of the daily practice. They explained that they did not have less patients or more personnel, but more importantly there were not as many complicated patients as before. However, contrary to what the personnel told me, when I participated in the encounters between patients and medical staff I noticed that the amount of complicated patients had indeed increased. Interestingly, my observations of the everyday practice at Lyran did not correspond to the personnel's own sense of their working situation. How come the staff did not experience the encounter with the complicated patients as challenging as they did before?

In my analysis of this change, I point to how the condition

of the complicated patients has become invisible by the very practice of treating the various bodily symptoms of the patient separately. As I explore further in following chapters, this makes it more difficult for the medical staff to treat the patients from a more holistic perspective. I argue that in order to understand the changes at Lyran, they have to be analyzed in the framework of displacement of responsibility, individuality and the medical staffs understanding of bodily symptoms.

THE UNDERSTANDING OF THE BODY

This chapter deals with the personnel's cultural understanding of the body and their knowledge of different bodily symptoms. I explore how the body of the patient is being divided into different parts at the urgent care, and how the physicians in their diagnosis of the patient focus exclusively on the part where the patient experiences pain at the moment. Contrary to the physicians, however, the nurses aspire to obtain a holistic view of the patient's life situation; they wish to provide a feeling of consistency (*känsla av sammanhang, KASAM*) for the patients.

I also discuss salient circumstances pertaining to the patients such as stress, anxiety, sorrow, unemployment, poverty and social and cultural alienation, circumstances that can have powerful effects on the body. Many of the symptoms of the complicated patient derive from different structural conditions, such as unemployment and discriminatory housing policies. However, although the medical staff stress the importance of considering the overall picture of the patients while in treatment, they realize the difficulties of implementing this vision into the everyday practice at the health care centre. As the everyday practice does not allow the nurses to include social, economical, and emotional aspect in their treatment of the patients, the complicated

patients keep coming back to the health care centre with bodily symptoms located at the same part or in a new place. In time, many of the complicated patients have lost all hope as well as trust in the medical establishment. From the perspective of the medical staff—the feeling of not being able to help triggers an urgency to find new solutions to a complex problem.

In 2006, the treatment of the complicated patients was focused on giving the patients themselves the tools to change their life situation. I argue here that responsibility has been moved from the caregiver to the patient, from the medical staff to the object of care. Increasingly, the patient is expected to be responsible of his/her own health. At Lyran, a new important function of the medical staff was to give the patient insight into how to live a bearable, rather than a healthy life.

ACQUIRING ACCOUNTABILITY

In this chapter I analyze the health plans and advice offered to the complicated patients by the nurses. By the means of medical information and suggestions, the staff at the health care centre aims to have the patients, not only to desire, but to choose an active and healthy life style. The nurses hold distinct ideas of what a good and healthy life is and how it should be carried out. Therefore, the knowledge and information handed over to the patient are of a significant moral nature. Not only are the patients expected to be more responsible of their own health, they are also expected to follow certain moral values when taking responsibility over their life and body.

The given health recommendations and guidelines rest on a long tradition of health information as defined by experts. This health information has strong moral connotations. While the neoliberal ideology views and treats the individual as free, there

are specific guiding principles of how the good life should be lived.

The treatment given at Lyran rests on a problematic understanding about the patient and his or her place in a larger social context. Rather than looking at the patient's social circumstances, the focus centers on life style and thus salient social, cultural and economic factors are being overlooked. An implication of this view is that responsibility is being placed solely on the individual. Even in those cases where the health problems are caused by unemployment and economic insecurity, the patient is given advice on how to live a healthy life. For example, the patients are recommended self-treatment (*egenvård*) and walk-and-talk in group. I use the case of Sonja to illustrate how group treatment can be perceived and used by an individual.

The patients are being taught to be flexible, active and able to take initiative—abilities highly regarded in the neoliberal and the economically, globally integrated society and job market. However, even if many of the complicated patients are flexible and educated and have language efficiency as well as a healthy lifestyle, they are still socially alienated and unemployed.

BODY, CLASS, CULTURE

This chapter offers a concluding discussion of the cultural processes at Lyran with focus on the view of knowledge as well as how the patients' life situations are made invisible.

At several occasions the personnel contemplated on why they found it difficult to reach out to the patients through the available treatments. Why was the treatment rarely successful? Why did the patients return regularly? One common answer to such questions that the medical staff often relied on was cultural differences and how these differences generated various perceptions of the body. This explanatory model relies on an

essentialist understanding of culture and how culture shapes the worldview and actions of the individual. For example, when patients defined themselves as old and useless already at the age of 55, the staff interpreted this as a wish of the patient to retire and be relieved from the demands of society.

Besides the explanation of cultural differences, the staff also relied on class as an influential factor in their understanding of why some encounters were more difficult than others and why some treatments worked while others failed. One physician explained that he felt a stronger connection with a patient who was educated and reflective, compared to a patient who lacked education and an understanding of the treatment. He argued that this feeling of relationship with the patients was independent of their cultural background. To him, class and level of education played a more important role.

If one understands class in accordance with Pierre Bourdieu (1991) and Beverly Skeggs (2004) as something that is being made, class is a dynamic factor constructed in social encounters. Skeggs defines class as something inscribed on the body, a feature that can be read, categorised and evaluated readily by others in social interactions. From this perspective, class is socially constructed; we have learned how to read and understand bodies and bodily inscriptions through available categories and perspectives. Thus, the categorization of the other can have a significant impact on self-identity and sense of worth.

This view of class as a socially constructed bodily inscription can be applied to the meaning of cultural belonging. Cultural belonging is formed through the gaze of the other, a gaze constructed by a specific historical context of us and them. These perceptions are shaped by national and colonial narratives, and rest on a discursive order which constructs a hierarchy of cultural, ethnic, and social groups. Different bodily inscriptions can be evaluated in various ways depending on where one is

and who is judging. Popular representations, academic theory and political rhetoric influence the way we understand cultural belonging. In addition, the discursive order of the construction of language shape the way we produce and maintain social and cultural hierarchies, political objectives and the structure of institutions. The way we define and categorize things have strong bearing on us and our understanding of the world. To be dark, man, and Muslim can be viewed as beautiful and trustworthy in one setting, while in another it can be seen as dangerous and unreliable. A complexion that is associated with ordinariness and normality in one context can make social encounters at the workplace or at the health care centre complicated. It is of importance to take into consideration cultural complexity, of how perceptions of responsibility, morality, worth, position of power, assigned identity, and class are intertwined and determine the view of the individual.

Even though all people should have the same worth and be given equal opportunities to realize a healthy life, this ideal collide with certain perceptions and understandings influenced by socio-economic factors, power structures and cultural categorizations. This problem extends beyond the practice at Lyran and affects health care and medical care, as well as the society at large. It demonstrates how different forms of health care are prioritized, but also how people are treated and the extent to which they are offered help. From this point of view, human worth becomes a malleable concept. Limited medical resources are seldom distributed in accordance to the principle of equality, but rather in accordance to the social worth that the individual is assumed to represent. Through this process, different categories of people are viewed as more or less important, depending on the social worth given to them (cf. Lundin 2007). Those patients who visited the health care center most frequently did not receive the help they needed in order to live a healthy life. On the other

hand, it was not evident that the help that the patients were looking for could be offered by the health care centre. From a larger perspective, what many of these patients were in need of was a feeling of community, a feeling of having a place and function in society. This was something that went beyond the prescribed function and work of the health care centre.

The medical staff was in agreement that the complicated patients were in need of more knowledge, regardless of whether the difficulties to reach out to some of them were seen as deriving from cultural difference or class belonging. The dominant view was that the patient needed to learn more about the relationship between body and health, as well as be a more responsible, reflective, flexible and self-controlled individual.

The dissertation demonstrates how health care information has had moral subtext throughout history and how body, cleanliness and health have been viewed in the light of current moral values. According to this view, some lifestyles are understood as better and more respected than others, and the objective is to direct the individual to desire and choose the appropriate ones. If only the patients acquired new knowledge about body and health they would be able to take responsibility of themselves and their situation, and make the right decisions with respect to their wellbeing. This desired knowledge reflected the normalizing culture of Lyran. Thus, there was a risk that other possible ways to think about body and wellbeing were disqualified.

The health recommendations became a significant part of the socialization process at Lyran. When the patients, through self-treatment and group walk-and-talk, were directed to guide themselves, and be educated in self-control, it was viewed as a way to enlighten the patients within and of a specific Swedish context of health information. Furthermore, the health instructions socialised the complicated patients' relationship to and perception of their bodies, health, accountability and

contemporary moral standards.

After long-lasting poor health and recurrent visits at Lyran, some patients experienced a detachment from the instructions and guidance of the health and medical care. For those patients who lived with unemployment and economic insecurity, the health information offered was often viewed as irrelevant. When everyday social problems were overlooked in the treatment, the situation of the patient was made invisible.

This tendency of making the problems of the patient invisible depends on various factors. The empty waiting room turned the patients into a less concrete physical entity; they were not viewed as a bothersome collective of patients anymore. Furthermore, the division of the patient's body and symptoms into separate parts disguised the correlation between physical problems and economic, social and cultural structures. Even though the nursing staff expressed an understanding of the relationship and several patients described how their economic situation caused worry, insecurity and stress, the treatment never considered the entirety of the situation, including physical as well as social factors. Instead, the patients were referred to various specialists for further examination of the body part that caused pain at the moment. This kind of treatment prevented a possible holistic view of the patient's life situation.

The health care centre Lyran had an undertaking to give everyone equivalent care departing from the need of the individual. Even though the nursing staff were conscious of the effect of economic, social and cultural structures on the patients' bodies, the staff offered forms of treatment that rested on the idea that the patients themselves could change their standard of living. As a result, the problems of the complicated patients were viewed as contingent upon life style and were compared with the situation of smokers, alcoholics, and obese people. Certainly some of the complicated patients were smokers, alcoholics, and

obese, but they were far from the majority. The situation of the patient was approached only in the context of the individual. Structural factors were overlooked and thus the delicate and urgent situation of the patient was made invisible from a societal and political perspective. The complex of problems were never politicized or brought up to public discussion, hindering possible changes on a societal level.

The moralizing aspect of the treatment has problematic consequences. In the context of neoliberalism, the individual gain social worth by being self-controlled and responsible of his/her situation. The ones who cannot take responsibility of their own life and health, such as the complicated patients, are not given the same worth as the healthy individual. The idea of equality and equal worth and everybody's right "to enjoy the best possible care" (WHO, quoted in Davidsson 1998:52, my translation) are challenged when certain individuals are prioritized in the society. Hence, the individual represents a certain level of social worth that is determined by value systems other than the principle of equality.

The observations made at Lyran are understood in connection to theoretical discussions about the free, healthy and flexible individual in contemporary western society. These visions and ideals are placed not only on the individual as a patient, but also as a student, employee and consumer. In the neoliberal society, the individual has an obligation to be well-informed, flexible, rational, controlled and competent to make good decisions. By analyzing the everyday practice at Lyran in the theoretical context of the neoliberal society and its values, the study offers explanations both to why the complicated patients experience sickness and why the nursing staff perceive them as difficult to handle. In a market driven and individualized society, people and places that are viewed as irrelevant are excluded in the "new geography of social exclusion" (Castells 2000). This leads to an

increased gap between those places and people that are successful and attractive actors in the market and those that are left behind. Culture, class, value, moral, ideal and power are all salient aspects in the construction of the individual, as well as the others' view of the individual, and compose various means to classify, include and exclude people.

REFERENSER

Alsmark, Gunnar 1997: En svensk uganda-indier! I: Alsmark, Gunnar (red.), *Skjorta eller själ? Kulturella identiteter i tid och rum*. Lund: Studentlitteratur.

Alsmark, Gunnar 2007: Integrationspolitik på svenska. I: Alsmark, Gunnar; Kallehave, Tina; Moldenhawer, Bolette (red.), *Migration och tillhörighet. Inklusions- och exklusionsprocesser i Skandinavien*. Göteborg/Stockholm: Makadam Förlag.

Andersson, Maria 2003: *Arbetslöshet och arbetsfrihet. Moral, makt och motstånd*. Uppsala: Skrifter från etnologiska avdelningen, Uppsala universitet.

Andersson, Roger 2001: Skapandet av svenskglesa bostadsområden. I: Magnusson, Lena (red.), *Den delade staden. Segregation och etnicitet i stadsbygden*. Umeå: Boréa Bokförlag.

Antonovsky, Aaron 1987: *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Armstrong, David 1995: The Rise of Surveillance Madicine, I: *Sociology of Health and Illness*, vol. 17, no. 3, s. 393-404.

Arnstberg, Karl-Olov 2000: *Miljonprogrammet*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Barth, Fredrik 1969: *Ethnic Groups and Boundaries*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bauman, Zygmunt 2000: *Globalisering*. Lund: Studentlitteratur.

Bauman, Zygmunt 2001: *The Individualized Society*. Cambridge: Polity Press.

Bauman, Zygmunt 2002: *Det individualiserade samhället*. Göteborg: Daidalos.

Beck, Ulrich 1998: *Vad är globalisering? Missuppfattningar och möjliga politiska svar*. Göteborg: Daidalos.

Berg, Magnus 1998: *Hudud. En essä om populärorientalismens bruksvärde och världsbild*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Bhabha, Homi 1994: *The Location of Culture*. London: Routledge.

Billing, Peter 2000: *Skilda världar? Malmös 1990-tal i ett kort historiskt perspektiv*. Malmö: Malmö stad.

Blehr, Barbro 1994: *Lokala gemenskaper. En studie av en nordsvensk by på 1980-talet*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Bourdieu, Pierre 1991 (1984): *Kultur och kritik. Anföranden av Pierre Bourdieu*. Göteborg: Daidalos.

Broady, Donald 1991: *Sociologi och epistemologi. Om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin*. Stockholm: HLS Förlag.

Broberg, Gunnar och Tydén, Mattias 1991: *Oönskade i folkhemmet. Rashygien och steriliserings i Sverige.* Stockholm: Gidlunds.

Brune, Ylva 1998: Inledning. I: Brune, Ylva (red.), *Svart magi i vita medier. Svensk nyhetsjournalistik om invandrare, flyktingar och rasism.* Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Castells, Manuel 2000: *Informationsåldern. Ekonomi, samhälle och kultur. Band 3. Millenniets slut*. Göteborg: Daidalos.

Daun, Åke 1976: *Förortsliv. En etnologisk studie av kulturell förändring*.Stockholm: Prisma.

Davidsson, Joan 1998: *Primärvård – en vårdnivå*. Lund: Studentlitteratur.

De los Reyes, Paulina 2005: Intersektionalitet, makt och strukturell diskriminering. I: De los Reyes, Paulina och Kamali, Masoud (red.), *Bortom vi och dom. Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering*. SOU 2005:41. Stockholm: Fritzes.

Eberhard, David 2006: *I trygghetsnarkomanernas land. Sverige och det nationella paniksyndromet*. Stockholm: Prisma.

Egenvårdsguiden. Praktiska råd från Sjukvårdsrådgivningen.se och Region Skåne. 2006. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Ehn, Billy 1986: *Det otydliga kulturmötet. Om invandrare och svenskar på ett daghem*. Malmö: Liber Förlag.

Ehn, Billy och Löfgren, Orvar 2007: *När ingenting särskilt händer.* Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

Eriksen, Thomas Hylland 1999: *Kulturterrorismen. En uppgörelse med tanken om kulturell renhet*. Nora: Bokförlaget Nya Doxa.

Eriksen, Thomas Hylland 2004: *Rötter och fötter. Identitet i en ombytlig tid*. Nora: Nya Doxa.

Ewert, Susanne 2004: *Sammanfattning av intervjustudie rörande Malmö stads och Region Skånes folkhälsoprojekt med internationella hälsoinformatörer.* Malmö: Malmö stad/Hyllie SDF.

Ferguson och Gupta 1992: Beyond "Culture": Space, Identity, and the Politics of Difference. I: Fergusson, James och Gupta, Akhil (red.), *Cultural Anthropology*. Vol 7, nr 1, s. 6–23.

Fioretos, Ingrid 2002: Patienten som kulturellt objekt. En närläsning av tre läroböcker för sjukvårdspersonal. I: Magnússon, Finnur (red.), *Etniska relationer i vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Fioretos, Ingrid 2007: Vill du ha ett äpple? Om att samtalspromenera för en bättre hälsa. I: Ideland, Malin, Hansson, Kristofer, Nilsson, Fredrik (red.), *ETN:Kry, Etnologisk skriftserie*, 2007:3. Lund: Etnologiska institutionen.

Fioretos, Ingrid 2008: När det tunga känns lätt. Ökat patientansvar på en vårdcentral i Malmö. I: *RIG. Kulturhistorisk tidskrift*. Nr 1, s. 11–20.

Foucault, Michel 2003 (1975): *Övervakning och straff. Fängelsets födelse*. Lund: Arkiv förlag.

Foucault, Michel 1994 (1973): *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books.

Frykman, Jonas 1993: Nationella ord och handlingar. I: Ehn, Billy; Frykman, Jonas och Löfgren, Orvar (red.), *Försvenskningen av Sverige. Det nationellas förvandling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Frykman, Jonas och Gilje, Nils 2003: *Being there. New Perspectives on Phenomenology and the Analysis of Culture*. Lund: Nordic Academic Press.

Frykman, Jonas och Hansen, Kjell 2009: *I ohälsans tid. Sjukskrivningar och kulturmönster i det samtida Sverige.* Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Geertz, Clifford 1973: *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.

Gerholm, Lena 1985: *Kulturprojekt och projektkultur. En fallstudie av en kulturpolitisk verksamhet*. Malmö: Liber Förlag.

Giertz, Anders 2004: *Socialbidrag och försörjning i Malmö. Storstadssatsningen i Malmö. Utvärdering av utvecklingen 1990–2000*. Malmö: Malmö stad.

Giddens, Athony 1992: *The Transformation of Intimacy. Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press.

Giddens, Anthony 1997: *Modernitet och självidentitet. Självet och samhället i den moderna epoken*. Göteborg: Daidalos.

Giddens, Anthony 2003: *En skenande värld. Hur globaliseringen är på väg att förändra våra liv*. Stockholm: SNS Förlag.

Gustafsson, Kristina 2004: *Muslimsk skola, svenska villkor. Konflikt, identitet och förhandling*. Umeå: Boréa Bokförlag.

Gustafsson, Kristina 2007: Den gäckande kulturen. I: Berglund, Jenny och Larsson, Göran (red.), *Religiösa friskolor i Sverige*. Lund: Studentlitteratur.

Hall, Stuart 1992: The West and the Rest. Discourse and Power. I: Hall, Stuart och Gieben, Bram (red.), *Formations of Modernity*. Cambridge: Polity Press.

Hammarlin, Mia-Marie 2008: *Att leva som utbränd. En etnologisk studie av långtidssjukskrivna*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

Hansen, Kjell 1998: *Välfärdens motsträviga utkant*. *Lokal praktik och statlig styrning i efterkrigstidens nordsvenska inland.* Lund: Historiska Media.

Hansson, Kristofer 2006: Introduktion: Etiska utmaningar i en föränderlig hälso- och sjukvård. I: Hansson, Kristofer (red.), *Etiska utmaningar i hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Hansson, Kristofer 2007: *I ett andetag. En kulturanalys av astma som begränsning och möjlighet*. Stockholm: Critical Ethnography Press.

Harvey, David 2005: *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford: University Press.

Hjort, Torbjörn och Salonen, Tapio 2000: *Knapphetens boningar. Om fattiga barnfamiljers boende och ekonomi*. Meddelanden från socialhögskolan 2000:8. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Högdahl, Elisabeth 2003: *Göra gata. Om gränser och kryphål på Möllevången och i Kapstaden*. Hedemora: Gidlunds Förlag.

Idvall, Markus och Lundin, Susanne 2007: Transplantation with Kidneys from Marginal Donors. Risk patients´ Informed Consent to Different Treatment Alternatives. I: *Ethnologia Scandinavica. A Journal for Nordic Ethnology.* Vol 37, s. 47–62.

Informationsblad från Region Skåne 2001: *Vad tycker patienterna om hälso- och sjukvården i sydvästra Skånes sjukvårdsditrikt?*

Informationsblad från vårdcentralen Lyran 2005: *Om bra mottagning*.

Jersild, P. C. 1978: *Babels hus*. Stockholm: Bonniers.

Johannisson, Karin 1994: *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedts.

Johannisson, Karin 1997: *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Norstedts.

Jonsson, Stefan 1993: *De andra. Amerikanska kulturkrig och europeisk rasism.* Stockholm: Norstedts.

Jonsson, Stefan 1995: *Andra platser. En essä om kulturell identitet*. Stockholm: Norstedts.

Jönsson, Lars-Erik 1998: *Det terapeutiska rummet. Rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Kamali, Masoud 2005a: Ett europeiskt dilemma. Strukturell/institutionell diskriminering. I: De los Reyes, Paulina och Kamali, Masoud (red.), *Bortom vi och dom. Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering*. SOU 2005:41. Stockholm: Fritzes.

Kamali, Masoud 2005b: *Sverige inifrån. Röster om etnisk diskriminering*. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU 2005:69. Stockholm: Fritzes.

Karlsson, Eva M. 2008: *Livet nära döden. Situationer, status och social solidaritet vid vård i livets slutskede*. Botkyrka: Mångkulturellt centrum.

Kleinman, Arthur 1980: *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

Lindqvist, Beatriz och Lindqvist, Mats 2008: *När kunden är kung. Effekter av en transnationell ekonomi*. Umeå: Boréa Bokförlag.

Lindqvist, Bosse 1991: *Förädlade svenskar. Drömmen om att skapa en bättre människa*. Stockholm: Alfabeta Bokförlag.

Lindqvist, Sven 1992: *Utrota varenda jävel*. Stockholm: Bonnier.

Ljung, Anna 2001: *Bortom oskuldens tid. En etnologisk studie av moral, trygghet och otrygghet i skuggan av hiv*. Uppsala: Skrifter från Etnologiska avdelningen, Uppsala universitet.

Lock, Margaret och Scheper-Hughes, Nancy 1996: A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. I: Sargent, Carolyn F. och Johnson, Thomas M. (red.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method.* Westport: Praeger Publishers.

Lukkarinen Kvist, Mirjaliisa 2001: *Vård i mångfald. En intervjustudie med personalen på Fittja vårdcentral*. Botkyrka: Mångkulturellt centrum.

Lukkarinen Kvist, Mirjaliisa 2002: *Patienterna, vårdcentralen och mångfalden. En intervjustudie med boende i Fittja*. Botkyrka: Mångkulturellt centrum.

Lundin, Susanne 1992: *En liten skara äro vi… En studie av typografer vid 1900-talets första decennier*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Lundin, Susanne 1996: Makten över kroppen. I: Lundin, Susanne och Åkesson, Lynn (red.), *Kroppens tid. Om samspelet mellan kropp, identitet och samhälle*. Stockholm: Natur och Kultur.

Lundin, Susanne 1997: *Guldägget. Föräldraskap i biomedicinens tid*. Lund: Historiska Media.

Lundin, Susanne 2007: Gamla kroppar och nya tekniker. I: Jönsson, Lars-Eric och Lundin, Susanne (red.), *Åldrandets betydelser*. Lund: Studentlitteratur.

Lövgren, Karin och Ann Runfors 1993: *Exotiskt eller oetiskt? Vårdpersonal talar om sitt arbete med invandrarpatienter*. Botkyrka: Mångkulturellt centrum.

Magnússon, Finnur 1996: *Janusansiktet. Vård och vardag på ett sjukhem*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Magnusson Lars 2006: *Håller den svenska modellen? Arbete och välfärd i en global värld*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Malmquist, Jörgen 2000: *Föreställningar om sjukdom. Somatisering, medikalisering, prioritering*. Lund: Studentlitteratur.

Martin, Emily 1994: *Flexible Bodies. The Role of Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS*. Boston: Beacon Press.

Martinsson, Lena 2006: *Jakten på konsensus. Intersektionalitet och marknadsekonomisk vardag*. Malmö: Liber.

Mattsson, Katarina 2005: Diskrimineringens andra ansikte. Svenskhet och ”det vita västerländska”. I: De los Reyes, Paulina och Kamali, Masoud (red.), *Bortom vi och dom. Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering*. SOU 2005:41. Stockholm: Fritzes.

Molina, Irene 2001: Den rasifierade staden. I: Magnusson, Lena (red.), *Den delade staden. Segregation och etnicitet i stadsbygden*. Umeå: Boréa Bokförlag.

Myrdal, Alva och Myrdal, Gunnar 1997 (1934): *Kris i befolknings-frågan*. Stockholm: Bonniers.

Månsson, Anna 2002: *Becoming Muslim. Meanings of Conversion to Islam*. Lund: Lunds universitet.

Nilsson, Fredrik 2003: *Aktiesparandets förlovade land. Människors möte med aktiemarknaden*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

Nolkrantz, Kenneth 1998: Patientintervjuer – sammanställning. I: Nolkrantz, Kenneth och Mansén Maluenda, Tina, *Turebergs kuratorsmottagning för flyktingar. En modell för psykosocial counselling för flyktingar på vårdcentral*. Stockholm: Nordvästra sjukvårdsområdet, Informationsenheten.

Norström, Eva 2004: *I väntan på asyl. Retorik och praktik i svensk flyktingpolitik*. Umeå: Boréa Bokförlag.

O´Dell, Tom 1998: Svenskhetens dynamik. Att konfrontera jaget och den Andre. I: Miegel, Fredrik och Schoug, Fredrik (red.), *Dikotomier. Vetenskapsteoretiska reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, Lena 1984: *Kulturmöten i svenska skolböcker. Vilken bild ger de av u-länderna i västvärlden*? Norrköping: Statens invandrarverk.

Palmberg, Mai 1987: *Afrika i skolböckerna. Gamla fördomar och nya*. Stockholm: Sida.

Palmberg; Mai 1999: *Afrikabild för partnerskap? Afrika i de svenska skolböckerna*. Stockholm: Nordiska Afrikainstitutet.

Pripp, Oscar 2001: *Företagande i minoritet. Om etnicitet, strategier och resurser bland assyrier och syrianer i Södertälje*. Tumba: Mångkuturellt centrum.

Ristilammi, Per-Markku 1994: *Rosengård och den svarta poesin. En studie av modern annorlundahet*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

Ristilammi, Per-Markku 2003: *Mim och verkligheten. En studie av stadens gränser*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

Rose, Nikolas 1999: *Powers of Freedom. Refraiming Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.

Runcis, Maija 1998: *Steriliseringar i folkhemmet*. Stockholm: Ordfront.

Runfors, Ann 2003: *Mångfald, motsägelser och marginaliseringar. En studie av hur invandrarskap formas i skolan*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.

Sachs, Lisbeth 1983: *Onda ögat eller bakterier. Turkiska invandrarkvinnors möte med svensk sjukvård*. Stockholm: Liber Utbildning.

Sachs, Lisbeth 1996: *Sjukdom som oordning. Människan och samhället i gränslandet mellan hälsa och ohälsa*. Stockholm: Gedins.

Sachs, Lisbeth 1998: *Att leva med risk. Fem kvinnor, gentester och kunskapens frukter.* Stockholm: Gedins.

Said, Edward 1978: *Orientalism*. New York: Vintage Books.

Salomonsson, Karin 1998: *Fattigdomens besvärjelser. Visionära ideal och vardagliga realiteter i socialt arbete*. Lund: Historiska Media.

Salonen, Tapio 1999: *Den främre parentesen och socialbidraget*. Meddelanden från Socialhögskolan 1999:5. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Salonen, Tapio 2005: *Barnfattigdomen i Sverige. Årsrapport 2004.* Stockholm: Rädda Barnen.

Scheper-Hughes, Nancy 1992: *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil.* Los Angeles: University of California Press.

Sennett, Richard 1999: *När karaktären krackelerar. Personliga konsekvenser av att arbeta i den nya kapitalismen*. Stockholm: Atlas.

Sennett, Richard 2007: *Den nya kapitalismens kultur*. Stockholm: Atlas.

Skeggs, Beverly 2004: *Class, Self, Culture*. London/New York: Routledge.

SOU 2000:3 *Välfärd vid vägskäl. Utvecklingen under 1990-talet*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2001:79 *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Stockholm: Fritzes.

Spivak, Gayatri 1993: *Outside in the Teaching Machine*. London: Routledge.

Svenaeus, Fredrik 2003: *Sjukdomens mening. Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*. Stockholm: Natur och Kultur.

Svensson, Birgitta 1993: *Bortom all ära och redlighet. Tattarnas spel med rättvisan.* Stockholm: Nordiska museet.

Svensson, Roland 1993: *Samhälle, medicin, vård. En introduktion till en medicinsk sociologi.* Lund: Studentlitteratur.

Sydsvenskan 010522.

Sydsvenskan 050808.

Taylor, Charles (1994) 1999: Erkännandets politik. I: Gutman, Amy (red.), *Det mångkulturella samhället och erkännandets politik*. Göteborg: Daidalos.

Thörn, Håkan 2004: *Globaliseringens dimensioner. Nationalstaten, världssamhället, demokrati och sociala rörelser*. Stockholm: Bokförlaget Atlas.

Vallgårda, Signild 2003: *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag.* Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Wallin, Gunhild 2007: *Det lönar sig. Om etik i vardagen på en vårdcentral*. Stockholm: Premiss förlag.

Westerelve, Carina 2006: *Bra mottagning. En analys av 27 vårdcentralers slutrapport.* Skane.se

Zaremba, Maciej 1999: *De rena och de andra. Om tvångssteriliseringar, rashygien och arvsynd*. Stockholm: Bokförlaget DN.

Öhlander, Magnus 2005: Kulturbundna främlingar. I: Öhlander, Magnus (red.), *Bruket av kultur. Hur kultur används och görs socialt verksamt*. Lund: Studentlitteratur.

INTERNETKÄLLOR

Hälso- och sjukvårdslagen 1982. Notisum.se

Kommunikation och utveckling, Malmö stadskontor, 2006. Malmo.se

Livsmedelsverket.se 2008: *Råd om bra mat för gravida. Handledning för mödrahälsovården*.

Malmö stads webbplats. 2008: Malmo.se

Malmö stads välfärdsredovisning 2004. Malmo.se

Region Skånes webbplats. Skane.se

Strategisk utveckling, Malmö stadskontor 2007. Malmo.se

Sydsvenskan 2000-2007. Artiklar om ”Sandbacken”. Sydsvenskan.se

Välfärd för alla – det dubbla åtagandet. Rapport 3/2007. Malmo.se