

När det tunga känns lätt

Ökat patientansvar på en vårdcentral i Malmö

Ingrid Fioretos

”Vi skulle behöva ha tusen psykologer anställda här för att kunna ta hand om alla de som bor här och kommer hit”, sa en läkare och tillade uppgitet: ”det finns inget jag kan göra”. Det var när jag under hösten 2000 och våren 2001 regelbundet besökte en vårdcentral i Malmö som läkaren uttryckte denna sin resignation. Det visade sig att även den övriga vårdpersonalen ofta upplevde vanmakt i mötet med en del av de patienter som kom till dem på vårdcentralen. De menade att de inte kunde bota eller hjälpa dessa patienter när de kom och sökte vård. Personalen upplevde detta som frustrerande och använde ofta ordet tung när de beskrev sin arbetssituation. De menade att deras arbetsuppgifter var tunga, även det bostadsområde där vårdcentralen var placerad ansågs som tungt, men framförallt var det patienterna som beskrevs som tunga. Personalen använde ordet tung för att återge den upplevda arbetsbördan, men även för att skildra den enskilde patientens villkor och behov.

Våren 2006 besökte jag återigen vårdcentralen och möttes av en ny och positivare anda inom personalgruppen. De använde andra ord när de beskrev sina arbetsuppgifter och det var inte längre det tunga som dominerade deras arbetsplats. En ny slags lätthet hade infunnit sig i deras berättelser om arbetet på vårdcentralen och i beskrivningen av patienterna. Även om andelen patienter med en mer komplex sjukdomsbild procentuellt hade ökat

över tidsperioden upplevde de anställda att antalet hade blivit lägre.¹ Arbetet med dessa patienter ansågs inte vara lika tungt som fem år tidigare. Känslan av uppgivenhet fanns kvar hos personalen, men samtidigt hade någonting hänt som förändrat deras förhållande till de mer komplexa och tidigare så kallade tunga patienterna. I denna text kommer jag att ur ett kulturanalytiskt perspektiv diskutera denna förändring som personalen genomgått i förhållande till sina arbetsuppgifter och till de mer komplexa patienterna. Varför beskrevs arbetet med de tidigare definierade tunga patienterna inte som tungt längre? Vilka strategier hade utarbetats för att hantera känslan av uppgivenhet i mötet med de mer komplexa patienterna? Hur hade arbetet med dessa patienter förändrats?

Nya typer av patienter skapade kaos

När jag genomförde fältarbetet på vårdcentralen under hösten 2000 och våren 2001 mötte jag en arbetsplats under stor påfrestning. Personalen berättade om hur de upplevde ett starkt söktryck från patienter och de ansåg att deras arbetsbelastning var ”oacceptabel”. För mig beskrev de sin situation som att de var ”utslitna”, att de ”gick på knäna”, att deras arbetssituation innebar en ”omänsklig arbetsbörda”. De kände sig ”uppåttna av patienterna” och de förde en ”ständig kamp mot tiden”. De menade att deras arbetsplats var en ”tidsinställd bomb”. Det dagliga arbetet måste skötas

och det fanns ingen tid för eftertanke eller reflektion. ”Snart exploderar det här!” som en läkare uttryckte det. En distriktssköterska på en av vårdcentralerna tänkte tillbaka på den här tiden:

Alltså det var ju inte en patient här som mådde bra, tyckte jag, när jag kom hit. Jag tänkte att jag kommer sticka här ifrån så fort jag bara kan. Här blir man tokig va, sitta här och reda ut det här i väntrummet varenda dag. Inga tider och ingenting. Och alla skällde och skrek och svor. Vilken cirkus! Man vände ju bort telefonluren så de fick skälla färdigt och sedan – Hallå, är du kvar? Ja, hur var det här nu? Och så. Man var rent svettig på kvällen, liksom helt utmattad när man kom hem.

Personalen menade att den uppkomna situationen framförallt berodde på att befolkningsammansättningen i den aktuella stadsdelen hade förändrats med början under 1990-talet. Då hade inflyttningen av malmöbor födda utomlands ökat till det bostadsområde där vårdcentralen låg², och därmed tilltog andelen patienter som hade mer komplexa sjukdomssymtom, som inte behärskade svenska språket och som stod utanför arbetsmarknaden. Personalen berättade att i mötet med områdets nya befolkning fungerade vårdcentralens invanda rutiner inte längre. Det var fler patienter som sökte vård för mer diffusa symtom, såsom yrsel, sömnsvårigheter, andningsvårigheter, illamående, trötthet, magbesvär, ont i hjärtat, kramper – ofta allt på en gång. Det var dessa som personalen definierade som mer komplexa eller som tunga patienter. Patienternas obehag var svåråtkomliga och det var besvärligt för vårdpersonalen både att ställa rätt diagnos och att identifiera adekvat behandling. Flertalet patienter i denna kategori var utan arbete eller relevant sysselsättning och i de flesta fall presenterade de sina besvär på en knagglig svenska eller via tolk. Det uppfattades som tungt att handlägga dessa patienter och personalen berättade ofta om den känsla av vanmakt som de upplevde i mötet med dem. Margareta³, en av läkarna på vårdcentralen,

menade att den största svårigheten i dessa möten var att hon inte hade någon möjlighet att erbjuda patienterna en mer långsiktig eller mer adekvat behandlingsform. Efter ett möte med en manlig patient som sökte för smärtor i olika delar av kroppen, sömnsvårighet och yrsel sa Margareta:

Mediciner hjälper inte den här mannen. Egentligen är det fel att han kommer till mig för jag kan inte hjälpa honom. Det är inget medicinskt problem... För mig är det ganska frustrerande. Efter tio såna här är man rätt slut.

Margareta menade att mannen borde få möjlighet att samtala med en psykolog eller en kurator och ansåg att detta skulle vara en bättre behandlingsform för honom. Hon antog att detta skulle kunna ge en mer långsiktig lindring av patientens smärtor än de mediciner som hon kunde erbjuda. Det fanns ingen psykolog anställd på vårdcentralen och enligt Margareta var det långa väntetider för att få komma till någon psykmottagning i Malmö. Hon kände frustration över att inte kunna tillmötesgå det behov hon bedömde att patienten hade och menade att det borde finnas andra institutioner i samhället som var bättre lämpade för denna typ av vård. Det enda hon kunde göra var att skriva ut olika mediciner till patienten för att sedan skicka hem honom. Att man skickade hem patienterna till eventuell ensamhet och sysslolöshet ansågs vara ett stort problem bland personalen på vårdcentralen.

Den känsla av tyngd som personalen gav uttryck för förstärktes av att de samtidigt upplevde att vårdbehovet ökade generellt bland invånarna i upptagningsområdet och att det var fler personer som sökte vård på vårdcentralen. Eva, som arbetade som distriktssköterska, beskrev det som ”en anstormning av patienter som fyllde väntrummet”, och fortsatte:

Det var mängden av personer som var det största problemet. Det var hela tiden språkproblem, det var stora barnfamiljer och alla var sjuka och de kunde ju inte

ringa hit, de kunde ju inte prata. Alltså var de tvungna att själva komma hit.

Om man inte kom fram via telefon eller hade svårigheter att tala svenska valde många att istället ta sig till vårdcentralen, ta en nummerlapp till distriktssköterskans öppna mottagning och vänta på sin tur. Detta ledde till att det var många personer som befann sig fysiskt på vårdcentralen och sökte personalens uppmärksamhet. Vänttrummet blev en plats för frustration framförallt för patienterna, men även för vårdpersonalen som där fick möta de väntandes irritation.

Under samma period genomfördes även olika strukturella förändringar som påverkade arbetet inom primärvården. 2001 beslutades om en ny grundstruktur för hälso- och sjukvården i Region Skåne. Närsjukvården skulle nu utgöra basen för vården i regionen och därmed ansvara för arbetet med den största delen av det vardagliga vårdbehovet hos befolkningen.⁴ Syftet var att vardagssjukvården skulle komma närmare patienterna när den bedrevs på de lokala vårdcentralerna. Samtidigt infördes familjeläkarsystemet, där tanken var att samtliga invånare i regionen skulle vara knutna till en läkare för att på så sätt ha möjligheten till en personligare vård. Dessa förändringar medförde en utökning av primärvårdens ansvarsområden. Dock ökade inte personaltätheten i takt med kravet på omhändertagandet av fler patienter och personalen upplevde att de inte längre räckte till för att tillmötesgå befolkningens behov.⁵ För patienterna minskade den tidsmässiga tillgängligheten till vårdcentralen och det blev svårare att få tid för besök på mottagningen. Denna situation var inget isolerat fenomen för den studerade vårdcentralen utan delades av andra vårdinstitutioner i Sverige. Under slutet av 1990-talet var tillgängligheten det största problemet inom hälso- och sjukvården. Det var svårt för allmänheten att få tid hos en läkare och köerna inom vården växte när

behovet av vård och omsorg ökade samtidigt som resurserna var otillräckliga. Faktorer som en åldrande befolkning, en snabb medicinsk utveckling och en allt större förväntning från befolkningen i kombination med en samhällsekonomisk kris, som innebar krav på kostnadsminskningar, ledde till minskad tillgänglighet i vården (Hansson 2006).

Nya arbetsformer

När jag återvände till vårdcentralen under våren 2006 var det mycket som hade förändrats. Verksamheten hade genomgått en stor omorganisation och med olika både praktiska och vårdideologiska förändringar hade arbetsplatsen blivit mer trivsamt och lättarbetad enligt personalen. De använde ord som roligt, intressant, engagerande, stark sammanhållning, bättre teamwork när de berättade om sin nya arbetssituation. Inte någon använde längre ordet tung för att beskriva sin eller patienternas situation. En ny slags lätthet hade infunnit sig på vårdcentralen. Den nya organisationsformen hade skapat större utrymme för eftertanke och reflektion, menade personalen och det fanns mer tid att tänka igenom det arbete man utförde. ”Det är under denna paustid som man som personal har tid att fundera runt olika saker, att försöka se förbi köer, tidsbrist, stress och istället se människan”, menade en distriktssköterska. Dock påpekade de anställda att vårdcentralen fortfarande var underbemannad och att de vakanta tjänsterna ännu inte var tillsatta. Verksamheten levde fortfarande på marginalen och om någon i personalgruppen var sjuk eller något annat i planeringen fallerade brakade systemet ihop, enligt de anställda.

En synlig förändring var att vänttrummet var avfolkat. Där fanns inte längre den mängd av väntande personer som sökte personalens uppmärksamhet. Vänttrummet upplevdes inte längre som stökigt, högljutt eller tungt och som en plats som personalen helst undvek att passera. Genom att införa nya rutiner runt

inbokningen av patienterna hade det blivit lättare att få tillgång till läkartider. Det var inte längre möjligt att komma till vårdcentralen och ta en nummerlapp och vänta på sin tur, utan nu kom patienterna istället till ett redan inbokat besök. I den nya organisationsformen hade ett synligt och påtagligt problem flyttats och gjorts osynligt. Patienterna var inte längre ett pockande kollektiv utan kom mer utspridda och enskilda till sina läkarbesök. Som en följd av detta upplevde personalen att handläggningen av dem hade blivit lättare. Även om patienterna i upptagningsområdet inte mådde bättre eller fått ett högre hälsotal var de inte längre lika synliga på vårdcentralen. Känslan av lätthet var delvis förknippad med att patienterna hade förlorat sin kraft som kollektiv när de inte längre fyllde väntrummet. För personalen hade denna förändring gett en bättre arbetsmiljö och samtidigt en starkare känsla av att man klarade av det vardagliga arbetet och att man på ett mer tillfredsställande sätt kunde tillmötesgå patienternas behov. Även flertalet av de patienter som svarade på vårdcentralens enkät var nöjda med förändringarna och tyckte att det var bra att det var lättare att få en läkartid (Westerelve 2006).

Sedan 1 januari 2006 arbetade samtliga vårdcentraler i Malmö utifrån en egen budget, vilket medförde större krav på kostnadseffektivitet i verksamheten. Personalen på vårdcentralen tvingades i högre utsträckning ta hänsyn till vad olika åtgärder kostade, eftersom det måste finnas en ekonomisk balans i det arbete man utförde. Kravet på att flödet av patienter skulle flyta friktionsfritt och helst upplevas som både snabbare och jämnare än tidigare hade ökat. Detta hade lett till att läkarmottagningen omorganiserats. Det gick inte längre att komma till akutläkarmottagningen med flera olika besvär på samma gång. När patienterna sökte akut för magont men vid mötet med läkaren visade att de även hade besvär i andra delar av kroppen, hände det att läkarna påpekade att sökordet var magen och det var

den som undersökningen skulle koncentreras på. Läkarna hänvisade till att smärtor i andra delar av kroppen krävde en ny bokad tid och inte var något som kunde handläggas på en akuttid. De patienter som led av olika åkommor fick då inte i lika hög utsträckning som tidigare tillfälle att ge en helhetsbild av sin situation när deras smärtor och symtom styckades upp i mindre mer hanterbara delar. Oftast valde läkarna att skicka patienterna vidare till en specialistmottagning för vidare undersökning av till exempel magen. Detta gjorde läkarna även om de menade att det inte fanns någon direkt medicinsk orsak för en ytterligare bedömning, utan det gjordes oftast framförallt i syfte att lugna patienterna.

Då kan man bocka av det från listan över patientens alla 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.

Den begränsade mottagningstiden tillät endast att läkaren gav en kortsiktig eller snabb lösning på det aktuella problemet och fokuserade på det kroppsliga, på det somatiska och på att skriva ut relevant medicinering. Detta sätt att organisera undersökningarna försvårade möjligheten för en mer långsam behandling med en mer grundläggande genomgång av patienternas sammantagna behov. Samtidigt menade läkarna att deras yrkesroll nu hade blivit tydligare och förhoppningen var att patienternas förväntningar på vad läkarna kunde utföra skulle förändras över tid.

Arbetet med de patienter som tidigare definierades som tunga, dels för att deras symtom var komplexa och svåra att bota, dels för att de kom ofta och i stort antal, hade i och med att de inte längre var ett pockande kollektiv och att mångfalden i deras besvär styckades upp i mindre delar fått en ny slags lätthet. Tidigare hade personalen berättat om det gnagande dåliga samvetet, om hur de kom hem svettiga på kvällen, om känslan av att inte räkna till, om att inte kunna utföra sina arbetsuppgif-

ter så som man önskade. Detta gav man inte längre uttryck för när jag återvände 2006. I den nya organisationsformen hade det skapats en mer tillåtande miljö för personalen att erkänna att man på vårdcentralen inte hade rätta förutsättningar eller möjlighet att ta hand om dessa patienter på ett helt tillfredsställande sätt. Personalen menade att de fortfarande kände vanmakt i mötet med dessa patienter, men att de samtidigt hade lärt sig att hantera denna känsla. I och med omorganisationen hade de erbjudits olika strategier för att klara av det vardagliga arbetet med de mer komplexa patienterna.

Ökat eget ansvar för din hälsa

En strategi som utarbetats i den nya organisationsformen var att man arbetade mer målinriktat med det som kallades egenvård.⁶ Egenvård beskrevs av distriktssköterskan Anita som en metod att engagera patienterna i sin egen vård och behandling. ”Många patienter vill och kan behandla sig själva hemma bara de får lära sig hur de ska göra”, menade hon. Egenvård innebar att patienterna gavs råd och information om hur de kunde undvika vissa besvär, hur de kunde behandla sig själva vid enklare åkommor och när de borde eller skulle uppsöka vården. Det handlade om att skapa förståelse för hur livsstil och hälsa hänger ihop och att öka patienternas insikt i deras egen livssituation. Genom att lära sig att äta rätt och att motionera kunde man uppnå ett bättre och hälsosammare liv. Eller som Anita uttryckte det: ”det är väl det som är hela poängen med hela det här intresset i det här att man lär ut saker till människor som får ett bättre liv”. Med egenvård kunde man utbilda människor till ideala eller kompetenta patienter, patienter som sökte vård för rätt besvär vid rätt tidpunkt (jfr Winroth 2004).

Egenvård användes även för de mer komplexa patienterna och ingick som en del i behandlingen av dem. När dessa patienter inte blev hjälpta av enbart medicinering utan

fortsatte att uppsöka vårdcentralen i sökandet efter lindring av sina besvär hamnade de nu oftare på distriktssköterskornas egenvårdsmottagning där de utbildades i egenvård. Sonja tillhörde de patienter som ofta uppsökte vårdcentralen för yrsel, kramper, sömnsvårigheter och smärtor i olika delar av kroppen och som ansågs vara mer komplexa eller svårdefinierade. Hon kom till Sverige i mitten av 1990-talet under det då pågående kriget i Bosnien. I Sverige hade hon först flyttat runt på olika flyktingförläggningar, men bodde sedan några år i Malmö. Hon blev svensk medborgare 2001. Sonja hade aldrig arbetat under tiden i Sverige, men sa att hon mycket gärna skulle vilja ha ett arbete att gå till. Sonja var 58 år, ensamstående och hon levde på socialbidrag. Nyligen hade hon fått diagnosen diabetes och Sonja var övertygad om att hon utvecklat denna sjukdom på grund av den inre stress hon kände i det dagliga livet. Hon sa att hon under lång tid hade försökt få en tid bokad hos en psykolog, och ansåg att hon var i stort behov av den vård som en psykolog kunde ge, men hon hade ännu inte fått tillfälle att träffa någon. Hon menade att hon inte fått den hjälp på vårdcentralen som hon upplevde att hon behövde.

Jag är noll. Ingen ser mig. Jag behöver hjälp. Vad ska jag göra? Måste jag döda någon för att ni ska se mig? Om det är det jag måste, då gör jag det. Vem kan hjälpa mig?... Ingen kan hjälpa mig.

Sonja var upprörd när hon sa detta och började gråta. Den vård som vårdcentralen erbjöd henne var att tillsammans med andra patienter med liknande besvär följa med en hälsogrupp på samtalspromenader under en timme per vecka.⁷ Dessa promenader leddes av en hälsokommunikatör⁸ som kom till vårdcentralen och som genom samtal och information på ett informellt och förtroendefullt sätt skulle ge deltagarna möjlighet att prata om sina problem och gärna på sitt eget språk. Personer som inte levde enligt hälsosamma

normer eller vars livssituation upplevdes som smärtsam skulle här ges verktyg för att klara sin vardag. Det handlade om att lära sig att ta hand om sig själv, att lära sig att hantera sin livssituation.⁹ Sonja berättade att hon tyckte att det var bra att följa med på dessa promenader och att det lindrade hennes smärtor för stunden när hon träffade andra med liknande problem. Samtidigt sa hon att det inte räckte och att det inte gav någon hjälp i längden för de besvär hon kände.

I sökandet efter ett sätt att bemöta och behandla de mer komplexa eller de svårdefinierade patienterna hade arbetet med egenvård blivit ett viktigt verktyg. Personalen tyckte att det var positivt att man satsade på hälsoarbete och egenvård på vårdcentralen och de ansåg att samtalspromenader var ett bra behandlingsalternativ som de menade skulle främja patienterna i längden. Med samtalspromenader kunde man inlemma de mer komplexa patienterna och deras problematik i en specifik behandlingsform och de blev därmed en fungerande del i vårdcentralens arbete. Dock krockade vårdcentralens egenvårdsarbete med till exempel Sonjas behov och det fanns ett glapp mellan det hälsoarbete som hon skulle delta i med den faktiska livssituation hon levde i. Enligt Sonja innebar samtalspromenader eller egenvård ingen djupare förändring av hennes besvär.

Det hade skett en ansvarsförskjutning mellan vårdgivare och vårdtagare på vårdcentralen och individen sågs i större utsträckning än tidigare som ansvarig för sin egen situation. Patienterna ansågs ha möjlighet att själva påverka sina liv och sin hälsa och genom att leva, äta och motionera på rätt sätt kunde deras liv bli bättre eller mer hälsosamt. Satsningen på egenvård blev ett sätt för det medicinska samhället att lära patienten att själv klara av sitt liv, sin hälsa eller sin risk för ohälsa. I egenvårdskonceptet fanns en tro på att människor kommer att göra det "rätta" så länge de är upplysta om vad det rätta och hälsosamma

är. Genom utbildning skulle individen stärkas i att göra goda val, där innehållet i de bra valen definierades i en medicinsk kontext (Vallgård 2003). På vårdcentralen handlade det om att patienterna skulle utbildas till att övervaka sig själva och att förändra de vanor som inte ansågs som bra. Sociologen Nikolas Rose menar att även om individen ges friheten att själv få välja sitt sätt att leva, finns det samtidigt en skyldighet inlemmad i detta som medför att individen ska välja det som anses som bra, det som ger ett hälsosamt liv (Rose 1999). Individerna har eget ansvar för sitt liv, men bör alltså leva efter hälsosamma normer. Därmed kan även skulden läggas på individen om det går fel. Parallellt med att patienterna själva ålades ett större eget ansvar för sin hälsa minskade personalens skyldigheter. När distriktssköterskan Anita sa att det var "jättesvårt för oss att bota personer som mår väldigt dåligt", menade hon att om behandlingen av de mer komplexa patienternas besvär skulle lyckas måste även patienterna vara delaktiga i boteprocessen och själva ta ansvar för sin situation. Samtidigt menade Anita att eftersom dessa patienters tillstånd också påverkades av andra aspekter av deras livssituation, borde även andra institutioner i samhället vara del i arbetet med att hjälpa dem. Många av dessa patienter var arbetslösa, fattiga, hade få sociala kontaktytor, låg social status, de kände uppgivenhet, utsiktslöshet, svag framtidstro, improduktivitet och utanförskap och de levde i uppsplittrade familjer. Det ingick inte i vårdcentralens uppgifter att hitta arbete åt dem som var arbetslösa eller hitta lösningar på bekymmer av mer ekonomisk karaktär. Sjukvården kunde inte bota arbetslöshet, även om effekterna av denna arbetslöshet hamnade hos personalen på vårdcentralen (Lukkari-Kvist 2001). Anita önskade att hennes arbete skulle vara "en kugge i ett hjul" där även patienterna själva aktivt ville förbättra sin situation samtidigt som andra samhällsinstitutioner gjorde sin del. För Anita handlade

det om att de mer komplexa patienterna borde ges möjlighet till en starkare ekonomisk och social trygghet, vilket samtidigt skulle ge dem större inflytande och delaktighet i samhället. Personalen ansåg att både de och de mer komplexa patienterna var ”lämnade i sticket” och ”övergivna” av andra offentliga institutioner i samhället och önskade att samarbetet med till exempel socialsekreterare, arbetsförmedling, svenskundervisning och försäkringskassan skulle utökas.

Patienternas nya osynlighet

Personalen jämförde ofta sin arbetssituation med hur det var på andra vårdcentraler i Malmö och gav uttryck för att de kände sig förbigångna i denna jämförelse. De visade att på en del andra vårdcentraler med liknande vårdproblematik, till exempel i Rosengård, hade man fått extra medel och öronmärkta pengar för att skapa vårdteam med psyksjuksköterska, psykolog, kurator och socialsekreterare. Detta hade man inte fått på den studerade vårdcentralen. När personalen försökte hitta förklaringar till denna, i deras ögon orättvisa, fördelning pekade de på att deras vårdcentral låg i ett bostadsområde som i en politisk kontext ännu inte var identifierat som mångetniskt. De menade att området inte existerade som en plats i ett politiskt landskap, där vissa områden sågs som mer utsatta än andra och därmed var i större behov av fördelade ekonomiska insatser.

Vårdcentralen låg i ett bostadsområde i Malmö som till största delen byggdes upp under åren 1965–74 som en del av det landsomfattande så kallade miljonprogrammet.¹⁰ Stadsdelen erbjöd ett blandat boendeanternativ med villor, bostadsrätter och hyresrätter.¹¹ Hyresrätterna återfanns framförallt i de flervåningshus som låg i direkt anslutning till vårdcentralen. Med början under 1990-talet flyttade malmöbor födda utanför Sverige in i området, som på några år blev mångetniskt. Området kan beskrivas med de materiella

och existentiella villkor som ofta tillskrivs bostadsområden byggda inom miljonprogrammet: hög andel socialbidragsberoende, lågutbildade, sjukskrivna, förtidspensionärer och utlandsfödda, stor arbetslöshet och många som levde under social och ekonomisk otrygghet (Andersson 2001, Arnstberg 2000, Molina 2001). Bostadsområden som dessa har liknats vid ”fattigdomsfickor” (Andersson 2001) och ”svarta hål” (Castells 2000) där utmärkande kännetecken är exkludering, marginalisering, anonymisering och social utstötning.

Flera forskare har diskuterat hur klyftan mellan ”värdefulla och värdelösa människor och platser” ökar i dagens samhällen som beskrivs som allt mer styrda av ekonomiska faktorer och där de flesta nationer prioriterar ekonomisk omstrukturering framför social välfärd. I denna beskrivning av världen tilltar skillnaderna mellan de personer och platser som deltar i spelet och de som är ställda utanför och därmed oanvändbara eller ”värdelösa” (Bauman 2000, Bauman 2002, Castells 2000, Giddens 2003). Bostadsområdet med den studerade vårdcentralen var i ett strukturellt politiskt och ekonomiskt perspektiv perifert och marginaliserat. Personalen uttryckte att lokalpolitikerna i Malmö inte hunnit med i den förändring som skett i området och därför ännu inte kunde eller ville se den problematik som man brottades med där. De menade att vårdcentralen och bostadsområdet var åsidosatta och bortglömda och att de inte uppmärksammades i en politisk fördelningskontext. I och med detta fick de inga extra pengar i arbetet med de mer komplexa patienterna, medel som personalen ansåg möjligtvis hade kunnat ge deras patienter en större chans till förändring av livssituationen.

I en rad statliga rapporter och betänkanden talas det om vikten av god hälsa för alla medborgare. Att leva i hälsa ses som en förutsättning för att kunna agera fritt och leva ett aktivt socialt liv. Samtidigt visar olika rapporter hur

individens hälsotillstånd kan påverkas av den ekonomiska och sociala situation man lever under och av den delaktighet och det inflytande man upplever att man har i samhället (Vallgård 2003). Likhet har blivit ett av de övergripande målen för den statliga hälsopolitiken och har inneburit en strävan efter att minska olikheter i ohälsa mellan skilda befolkningsgrupper. Enligt detta borde alla medborgare, oavsett kön, arbetssituation, etnicitet, utbildning och bostadsort ges likvärdiga möjligheter att förverkliga ett liv i hälsa. Detta ideal var dock svårt att realisera på den studerade vårdcentralen. Personalen där hade på olika sätt försökt hitta lösningar för att kunna bota eller hjälpa de patienter som ansågs ha en mer komplex sjukdomsbild, men de menade att det var svårt för dem att ensamma lindra dessa personers besvär. 2001 efterlyste en läkare 1000 psykologer som skulle finnas på vårdcentralen och bistå med vård till dessa patienter. 2006 hade man breddat denna önskan till att förutom psykologer även gälla socialsekreterare och arbetsförmedlare. För att kunna ge ett bra omhändertagande menade personalen att deras arbete borde ingå som en del i ett större arbetsteam. Detta var dock endast en önskan och inget som vårdpersonalen aktivt arbetade för att få gehör för eller för att genomföra. För att klara av det vardagliga arbetet hade man istället valt att omorganisera verksamheten och detta hade inneburit att patienterna fick ta ett större eget ansvar för sin situation. I och med omorganisationen hade de komplexa patienterna gjorts osynliga när de gått från att ha varit ett pockande patientkollektiv till att bli individer som representerade sin egen individuella hälsosituation. Därmed blev de mer komplexa patienternas situation osynlig inte bara ur en mer strukturell politisk och ekonomisk synvinkel utan även inne i vårdcentralens verksamhet.

Att stor tilltro sätts till individen kan även ses inom andra områden i dagens västerländ-

ska samhällen. Som patient, som skolelev, som konsument har individen skyldighet att vara välinformerad och kompetent och kunna ta egna beslut. På vårdcentralen skulle patienterna själva bära ansvar för sin hälsa liksom skuld för sin ohälsa och de förväntades själva ta tag i sin situation och ändra sina levnadsvanor efter hälsosamma normer. De som av olika anledningar inte klarade av det, de som upplevde sin livssituation som alltför svår, fick med hjälp av egenvård utbildning i att bli en kompetent och hälsosam patient. Även om det tunga hjälpbehovet fanns kvar upplevde personalen det vardagliga arbetet som lättare. En lätthet som kanske inte representerade patienternas behov utan snarare hur arbetet runt dessa individer hade omorganiserats och hur patienterna till följd av detta hade gjorts osynliga. Den lätthet som personalen gav uttryck för i sin nya arbetssituation motsvarades av patienternas nya osynlighet.

Ingrid Fioretos, FK, doktorand
Etnologiska institutionen, Lund

Noter

- 1 Jag har varit med som en tyst observatör under 230 mötessituationer på vårdcentralen vid 42 olika tillfällen, dels under 2000–2001, dels under 2006. När jag besökte vårdcentralen under 2006 upplevde jag att de patienter som personalen tidigare definierat som tunga faktiskt hade ökat, medan de anställda menade att dessa patienter hade minskat i antal.
- 2 Andelen malmöbor födda utomlands var 43 procent i bostadsområdet. Totalt var 25 procent av Malmös befolkning födda utomlands. All statistik är hämtad från *Kommunikation och utveckling*, Malmö stadskontor, 2006.
- 3 Samtliga namn i texten är fingerade.
- 4 Riktlinjer för denna förändring inom hälso- och sjukvården beskrivs i *Skånsk livskraft – vård och hälsa*.
- 5 På vårdcentralen fanns vakanta tjänster till vilka man hade svårigheter att få sökande. Detta förklarade personalen med att arbetsplatsen hade dåligt

rykte inom yrkeskåren eftersom arbetsbelastningen där ansågs som alltför stor. Från och till saknades det personal både bland läkarna och bland sjuksköterskorna.

- 6 Egenvård var begreppet på modet och användes flitigt när jag återvände till vårdcentralen 2006. Egenvård var något som länge ingått i sjuksköterskornas arbetsuppgifter, men som vid denna period fick en framskjuten plats och hamnade i fokus. På vårdcentralen hade man startat en egenvårdsmottagning som tog emot patienter under en timme per dag fyra dagar i veckan. Det planerades även att man skulle starta olika gruppverksamheter där patienterna skulle motiveras till regelbunden aktivitet och samtidigt utbildas till ett hälsosammare liv.
- 7 Sonja träffade sin diabetessköterska regelbundet och hon sökte läkare för sina andra besvär. Utöver detta erbjöds hon av vårdcentralen att gå med på samtalspromenader som en mer specialinriktad vård som ansågs passande för hennes speciella behov. Det fanns ingen psykolog anställd på den aktuella vårdcentralen, men det fanns en halvtidsanställd kurator. Kuratorns tider räckte dock inte för alla de patienter som hade behov av denna typ av vård.
- 8 2006 fanns det åtta projektanställda hälsokommunikatörer i Malmö. De hade inte fått någon speciell utbildning i Sverige, men var tvungna att ha en vårdutbildning från det tidigare hemlandet. De måste kunna tala svenska och likaså skulle de ha kunskap om det svenska sjukvårdssystemet. Förutom att erbjuda samtalspromenader kunde en hälsokommunikatör vara behjälplig i vårdcentralens väntrum genom att prata med patienterna och informera om olika spörsmål. Hälsokommunikatörerna i Malmö var även ute på olika skolor och informerade om det svenska sjukvårdssystemet, kostlära, ryggbesvär, egenvård, vilka receptfria mediciner som kunde köpas på apoteket etc. (jfr Ewert 2004).
- 9 På de samtalspromenader där jag deltagit (under 2006) har hälsokommunikatören informerat om hur viktigt det är att röra på sig regelbundet, hur man själv kan behandla sina ryggsmärter och vikten av att äta nyttig kost, vilket exemplifierades med bilder på "bra" smörgåspålägg. Denna information varvades med samtal runt patienternas livssituation (Fioretos 2007).
- 10 I området där vårdcentralen fanns var 92 procent av bostadshusen uppförda inom miljonprogrammet.
- 11 I området där vårdcentralen låg var det 10 procent

villor, 18 procent bostadsrätter och 72 procent hyresrätter.

Referenser

Litteratur

- Andersson, Roger 2001: Skapandet av svenskglea bostadområden. I: Magnusson, Lena (red.): *Den delade staden. Segregation och etnicitet i stadsbygden*. Umeå: Boréa Bokförlag.
- Arnstberg, Karl-Olov 2000: *Miljonprogrammet*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Bauman, Zygmunt 2000 (1998): *Globalisering*. Lund: Studentlitteratur.
- Bauman, Zygmunt 2002: *Det individualiserade samhället*. Göteborg: Daidalos.
- Castells, Manuel 2000 (2000): *Informationsåldern. Ekonomi, samhälle och kultur. Band III. Millenniets slut*. Göteborg: Daidalos.
- Ewert, Susanne 2004: *Sammanfattning av intervjustudie rörande Malmö stads och Region Skånes folkhälsoprojekt med internationella hälsoinformatörer*. Malmö stad/Hyllie SDF.
- 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, Lunds universitet.
- Giddens, Anthony 2003 (1999): *En skenande värld. Hur globaliseringen är på väg att förändra våra liv*. Stockholm: SNS Förlag.
- Hansson, Kristofer 2006: Introduktion: Etiska utmaningar i en föränderlig hälso- och sjukvård. I: Hansson, Kristofer (red.): *Etiska utmaningar i hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Lukkarinen Kvist, Mirjaliisa 2001: *Vård i mångfald. En intervjustudie med personalen på Fittja vårdcentral*. Botkyrka: Mångkulturellt centrum.
- Molina, Irene 2001: Den rasifierade staden. I: Magnusson, Lena (red.): *Den delade staden. Segregation och etnicitet i stadsbygden*. Umeå: Boréa Bokförlag.
- Rose, Nikolas 1999: *Powers of Freedom. Refraining Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vallgård, Signild 2003: *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Winroth, AnnCristin 2004: *Boteberättelser. En etnologisk studie av boteprocesser och det omprövande patientskapet*. Umeå: Umeå universitet.

Internet

Hälso- och sjukvårdslagen. www.socialstyrelsen.se
Kommunikation och utveckling. Malmö stad 2006.
 www.malmo.se
*Skånsk livskraft – vård och hälsa. En ny grundstruktur
 för hälso- och sjukvården i Skåne.* www.skane.se
 Westerelve, Carina 2006: *Bra mottagning. En analys av
 27 vårdcentralers slutrapport.* www.skane.se

Intervjuer

Intervju med Anita, distriktssköterska 2001 och 2006
 Intervju med Berit, sjuksköterska 2006
 Intervju med Eva, distriktssköterska 2001 och 2006
 Intervju med Irina, läkare 2001 och 2006
 Intervju med Margareta, läkare 2001 och 2006
 Intervju med Peter, läkare 2001
 Intervju med Sonja, patient 2006

SUMMARY

Heavy Feeling Light

When doing fieldwork at a health centre in Malmö in 2001 I met a workplace under pressure. The nursing staff described their work as unacceptable and they often used the word heavy when talking about their and the patients' situation. This was due to an increasing part of patients with more complex or diffuse symptoms of illness. The patients did not speak the Swedish language and were often unemployed. The staff felt powerless in treating these patients and meant that they could not cure or help them with only medication. The staff believed that the health centre and the inhabitants of the catchment area were neglected in a structural political and economical context.

In 2006 I went back to the health centre that had undergone a reorganisation. Instead of using the word heavy, a new form of ease was part of the nursing staff's description of their working situation. In the new organisation the patients had to take more responsibility for their own health. The nursing staff spent more time than before educating the patients in how to take care of their own illness and how to live healthy lives. There were no longer as many waiting patients in the waiting room and over all the patients had become more invisible at the health centre. The ease that the employees talked about when describing their new working situation corresponded to the new invisibility of the patients.