



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA  
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

# HAVERERADE VÅRDKONTAKTER

- DE PROFESSIONELLAS VITNESMÅL OM VANSKLIGA  
VÅRDRELATIONER; HUR DE KAN FÖRSTÅS, HANTERAS OCH FÖREBYGGAS

**HELENA BLOMBERG & JONAS STIER**



# INNEHÅLL

|   |    |
|---|----|
| BAKGRUND.....   | 1  |
| PROBLEMSTÄLLNING, SYFTE OCH MÅL .....                                 | 1  |
| TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....  | 2  |
| METOD OCH GENOMFÖRANDE .....  | 5  |
| RESULTAT.....   | 6  |
| Den gränslösa kommunikationskontexten .....                           | 6  |
| Den kommunikativa processen .....                                     | 8  |
| Att vara "ifrågasättande" .....                                       | 8  |
| Att vara "förbisedd" .....  | 10 |
| Att vara "missförstådd" .....   | 11 |
| Att vara "aggressiv" .....  | 11 |
| Att vara "manipulativ" .....  | 12 |
| Att vara "kommunikativt låst" .....                                   | 13 |
| Etiska och moraliska dilemman.....                                    | 16 |
| Kommunikativa situationer inom den egna organisationen .....          | 17 |
| Ansvaret som skjuts vidare inom systemet och mellan andra parter..... | 18 |
| Planerade och genomförda professionella strategier.....               | 19 |
| Interaktionella strategier.....                                       | 19 |
| Organisationsmässiga strategier.....                                  | 21 |
| Från politikerhåll – hur bemöter de havererade kontakter? .....       | 22 |
| DISKUSSION.....   | 23 |
| SLUTSATSER OCH UTVECKLINGSOMRÅDEN .....                               | 25 |
| REFERENSER .....  | 27 |
| ELEKTRONISKA KÄLLOR .....   | 28 |
| <br>  |    |
| BILAGA 1 .....  | 29 |
| BILAGA 2 .....  | 31 |
| BILAGA 3 .....  | 32 |



## BAKGRUND

Såväl utredningar som forskning ger stöd till patienters upplevelser av att inte bemötas på ett korrekt och respektfullt sätt i kontakter med vården och att inte få sina behov tillgodosedda i tillräckligt hög grad (Andersson, 1998; Kenny, et. al., 2010; McCabe, 2004). Samtidigt menar Patientnämnden i Västmanland att allt större resurser går åt till att bemöta och hantera "besvärliga" patienters ärenden på ett etiskt samt rätts- och patientsäkert sätt. Dessa patienter upplevs påverka arbetsmiljön på ett *negativt* sätt för vårdens anställda. I en intervjustudie av Stier (2011), finansierad av Landstinget i Västmanland, där anställda vid Högskoleverket, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, JO, Högsta Domstolen samt vid sex landsting deltog, menar dessa att det finns en liten men mycket tids- och resurskrävande grupp, som trots omfattande medicinsk behandling, utredningar av olika slag och i många fall "juridiska" åtgärder inte når en konstruktiv slutpunkt i sina möten med vården och myndigheterna. Istället flyttas de runt i vård- och myndighetsapparaten under lång tid, sannolikt med en försämrad livskvalitet som följd. De sex Patientnämnderna i studien (Stier, 2011) anser att många vårdtagare i denna grupp är överdiagnostiserade och överbehandlade, snarare än motsatsen. De intervjuade har också uppfattningen att en ansenlig andel av anmälningar/överklaganden till Socialstyrelsen och Förvaltningsrätten troligen härrör från denna grupp.

Det finns således en diskrepans mellan å ena sidan vissa patienters upplevda missförhållanden, oförrätter, dåligt bemötande eller felbehandlingar och å andra sidan vårdpersonalens syn på sitt eget agerande och dessa patienters "klagande". Vi menar att denna diskrepans kan härledas till och förklaras i termer av ett kommunikativt haveri i mötet mellan patienter och vårdpersonal.

I syfte att öka den samlade kunskapen på detta område och skapa bättre förutsättningar för att förebygga kommunikativa haverier i mötet mellan patient och vårdpersonal samt i så hög grad som möjligt skapa förutsättningarna för en etisk, säker och effektiv vård i situationer där kommunikationen mellan patient och vårdpersonal ändå havererar har Landstinget Västmanland givit professor Jonas Stier och filosofie doktor Helena Blomberg vid Mälardalens högskola uppdraget att (1) studera den socialpsykologiska dynamik som utspelar sig mellan patient och vårdpersonal samt att (2) identifiera användbara interaktionella verktyg i det professionella förhållningssättet, för hur vårdtagare på bästa sätt kan bemötas.

Projektet är ett samproduktionsprojekt mellan Landstinget i Västmanland och forskningsmiljön Hälsa och Välfärd, på Akademien för hälsa, vård och välfärd, vid Mälardalens högskola. Projektet är ett led i att utveckla och förbättra patientsäkerheten kring bemötande och kommunikation, där det bland annat redan har genomförts en nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Målet med denna var att reducera förekomsten av vårdskador och relaterade vårdinfektioner, samt att skapa ett system för kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner. Satsningen har resulterat i tydliga och möjliga förbättringsåtgärder. I en rapport över satsningen från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) framhålls viktiga faktorer som: kombinationen av professionell kunskap och bättre system för dokumentation och informationsöverföring, processen av att se sitt arbete som en del i en vårdkedja (Ström & Lefvert, 2010). Rapporten visar även på att förebyggande säkerhetsarbete är betydelsefullt – och i sin förlängning kan ett sådant arbetssätt även förebygga att patienter kommer med klagomål. Viktiga frågor som återkommer inom sjukvården är just själva bemötandet: förmågan till att se hela människan, kunna kommunicera utifrån patientens behov, önskemål och förmåga, visa respekt och även ha en dialogisk kommunikation (se Gustavsson & Wallgrund, 2008). Det bedrivs, förutom de professionellas diskussioner/kompetensutveckling i praktiken, också mycket forskning inom bemötande och kommunikation mellan professionella och patienter (Adam et. al., 2012; Hak, 2004; Leppänen, 2008).

## PROBLEMSTÄLLNING, SYFTE OCH MÅL

Det finns således ett behov av en genomlysning av den problematik som skisseras ovan och hur den kan yttra sig i konkreta möten mellan missnöjda patienter och den vårdpersonal som dem. Därtill finns behov av en mer kvalificerad förståelse för problematikens möjliga orsaker. Det är otillräckligt att försöka att förstå och analysera havererade vårdmöten i termer av "otillräcklig information" eller "dåligt bemötande" från vårdpersonalens sida eller endast rikta fokus på de inblandade *personerna*. Istället bör fokus vara det som händer dem *emellan* – det vill säga att vårdmötet präglas av ett mycket komplext socialpsykologiskt samspel mellan de inblandade. Utifrån denna utgångspunkt behöver hälso- och sjukvården och dess personal utveckla nya *inter-*

*aktionella verktyg* som kan ingå i det professionella förhållningssättet i möten med patienter. Detta kan främja en säker och etisk vård för patienten såväl som en god och hållbar arbetsmiljö för de professionella. Ytterligare ett behov består i att såväl den nationella som internationella forskningen på detta område är bristfällig, vilket gör att studien kunskapsmässigt kan bidra till att fylla en vetenskaplig lucka.

Målet med föreliggande studie är således att, i ett *första* skede, belysa hur de professionella inom vården beskriver och vittnar om problematiken med havererade vårdkontakter och hur de hanterar dessa. I ett *senare* skede, är det önskvärt att konkret belysa den sociala dynamik som utspelar sig i det direkta mötet mellan patienter och vårdpersonal i de fall där kommunikationen enligt personalen havererar. Innan studier av sådana möten kan genomföras, kommer projektet först ta sig an de professionellas vittnesmål kring problematiken för att synliggöra hur havererade vårdkontakter kan förstås, hanteras och förebyggas. Det finns flera skäl till denna avgränsning, att endast belysa den ena partens perspektiv, skäl som grundas i resursmässiga och forskningsetiska ställningstaganden, men det är även initialt viktigt att kartlägga förutsättningarna för att kunna hantera samt vilka risker sådana möten kan innebära. Forskningsfrågorna kan formuleras som:

1. *Går det utifrån vårdpersonalens berättelser att identifiera vissa karakteristika i vårdmötets socialpsykologiska och kommunikativa dynamik som gör att de havererar?*
2. *Hur ser personalen att dylika haverier ska kunna motverkas på ett tidigt stadium?*
3. *Hur kan vårdpersonalens återberättade erfarenheter av havererade möten bidra till identifierandet av nya interaktionella verktyg gällande sitt professionella förhållningssätt?*

Utifrån befintlig teoribildning om kommunikation analyseras huvudsakligen de professionellas vittnesmål i syfte att besvara forskningsfrågorna. Studiens teoretiska utgångspunkter härrör från interaktionistisk socialpsykologi i kombination med språkets konstruerande betydelse i sammanhanget.

## TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

En mångfald faktorer påverkar det sociala samspelet mellan de professionella och patienter i vårdsammanhang. Kännetecknande är den asymmetriska relation som parterna ingår i (Hak, 2004; Leppänen, 2008; Lian, 2011). Den institutionella inramningen, kunskapsövertaget och patientens upplevda utsatthet är saker som bidrar till patientens relativa maktunderläge. Maktanspråket ligger sålunda hos den professionella, vilket den professionella kan balansera och dra nytta av – antingen avdramatisera sitt maktanspråk för att få ett mer jämlikt maktsamspel eller tydligt markera för att skapa legitimitet vid beslutsfattande. Mötesarenan, den fysiska miljön, påverkar i stor utsträckning mötets utformning och sätter ramar för *vad* och *hur* de olika parterna kan uttrycka sig i situationen, samtidigt som den tydliggör parternas roller i samtalet: professionell och patient (Adam et.al., 2012, Blomberg, 2001; Drew & Heritage, 1992; Goffman, 1961, 1971).

Projektet tar avstamp i ett integrerat synsätt på vårdmötets dynamik, samhälleliga roller och vad som socialt förväntas av rollen i en given situation – blir vägledande för hur man som part i samspelet slutligen agerar. Det i sin tur innebär att sammanhanget som omsluter mötet har stor betydelse för hur parterna ger uttryck för sina roller och sin förståelse av vårdmötet. Parternas språk är avgörande för hur de förmedlar sina positioner och roller, men även presenterar, förhandlar och fattar beslut kring det aktuella ärendet (Goffman, 1981; Mäkitalo, 2003). Det sker alltså ett dynamiskt växelspel mellan 1) förväntningar på varandras roller, 2) skyldighet att uppträda enligt vad som socialt förväntas av rollen, 3) de egna erfarenheterna, 4) förståelse av situationen, 5) hur man uppfattar den andra parten samt 6) hur man vill att den andra parten ska uppfatta en själv i mötesögonblicket (Goffman, 1971, 1981).

I vårdmötets dynamiska växelspel inryms således flera viktiga faktorer för att samtalsparterna ska nå en ömsesidig förståelse och gemensam definition av situationen. Det innebär att parterna tillsammans skapar verkligheten och agerar utifrån den verkligheten<sup>1</sup>. Om parterna definierar situationen olika bidrar det till

<sup>1</sup> Inom socialpsykologisk forskningstradition är uttrycket: "If men define situations as real, they are real in their consequences" (Thomas & Thomas, 1928:572) en allmänt vedertagen teoretisk utgångspunkt.

skilda sätt att agera – med andra ord parternas olika förståelse av situationen kan såväl skapa brister som ökad förståelse i kommunikationen<sup>2</sup>.

Definitionen av situationen är avhängig parternas egna erfarenheter i vid bemärkelse. För patienten kan det handla om tidigare upplevelser av just den personen i fråga, av annan personal eller av hälso- och sjukvården i mer abstrakt betydelse. På motsvarande sätt har vårdpersonalen erfarenheter med sig in i vårdmötet – av just denna patient eller av liknande situationer. Till detta kommer den unika personlighet och sätt att kommunicera som varje individ har med sig i mötet med andra människor. Det beskrivna – ”det omedelbara mötet ofrånkomliga historicitet” – är grunden för de förväntningar parterna har med sig in i och de tolkningar de gör av vårdmötet.

Med detta sagt kan mötesproblematiken i havererade vårdkontakter härledas till de olika delarna i det dynamiska växelspelet. 1) parten/parterna kan ha olika eller orimliga förväntningar på varandras roller som då inte infrias i samtalet, 2) parten/parterna kan negligera skyldigheten att uppträda enligt rollen i den givna situationen, 3) parten/parterna kan ha mängd av negativa erfarenheter av problematiska vårdmöten som bidrar till hur man förstår situationen och möter den andra parten med motstånd/motsträvighet/aggressivitet i samtalet, 4) parten/parterna kan uppfatta den andra som negativ, avmätt eller kall och 5) parten/parterna lyckas inte förmedla den bild av sig själv som man vill att den andra parten ska uppfatta<sup>3</sup>.

Kommunikationen är viktig för upprätthållandet av samtalsparternas identiteter. I mötet bekräftar parterna och legitimerar och förhandlar om varandras roller. En individ kan ha flera olika socialt förankrade roller, vilka kan betraktas som byggstenar i den egna identiteten. Om en individ vid upprepade tillfällen inte får bekräftelse på den identitet som vederbörande förmedlar i samspelet, eller bekräftelsen helt uteblir, kan det i sin förlängning upplevas som ett hot mot den egna identiteten – själva existensen (Asplund, 1987; Blomberg, 2010; Stier, 2012). Det kan vara ett skäl till varför patienten ständigt återkommer med samma problematik över tid – att få bekräftelse. Samtidigt som det kan ligga en faktisk oförrätt till grund för patientens agerande, vilket har lett till ett ihärdigt sökande efter rättvisa och upprättelse för sin sak och identitet.

Kommunikation är även en tillitsskapande handling som bygger på ett ömsesidigt förtroende (Holmgren, 2009). Patienten måste kunna lita på och känna sig trygg med vårdpersonalens medicinska expertis/omvårdnad och vårdpersonalen måste kunna lita att patienten inte far med osanning gällande sin sjukdomshistorik och vad vederbörande vill uppnå i samtalet. Om den ena parten i samtalet saknar förtroende för den andra, lyssnar den misstänksamma parten inte på den andra – utan det som sägs blir tomma ord som passerar förbi. Det gäller då för den andra parten att återskapa förtroendet i samtalet, om man kommunikativt ska kunna nå varandra. Om parterna har förtroende för varandra måste båda interaktivt jobba för att bibehålla sin relation, då förtroendet lätt kan raseras. Det som sägs och sker i den omedelbara situationen avgör och olika felsteg som leder bort från ett ömsesidigt förtroende – är svårt att göra ogjort.

Kommunikationen mellan individer är således mycket skör och kan relativt snabbt raseras vid exempelvis fel ordval, suckar, blickar, kroppsspråk, samtalston, uppdragandet av att man har skilda åsikter angående det som är i fokus för samtalet, andra parter som kommer in i samtalet, eller att man får inte den respons av den andra som är förväntat etc. (Asplund, 1987; Goffman, 1959/2006). Dessa tillsynes små saker har en stor effekt på hur parterna tolkar samtalet – dess mening, innebörd och struktur såväl i det omedelbara mötesögonblicket som vid reflektioner efteråt. Denna omedelbarhet och förgänglighet är synnerligen påtagliga i situationer av upplevd utsatthet - och utsatta kan båda parter, trots makassymmetrier, känna sig. Ett uteblivet ömsesidigt förtroende och en upplevd utsatthet är några karakteristiska drag som speglar dynamiken i havererade vårdmöten.

Språket har, som tidigare nämns, en avgörande betydelse i samtalet på flera sätt. Ordval och uttryckssätt som används kan såväl förmedla den position/roll man vill inta i en situation och vad man vill uppnå med samtalet. Det innebär att språk är handling – att säga något innebär att göra något som får effekter eller påverkar något i situationen (Potter, 1996). Det är med olika beskrivningar av händelser, situationer, mentalt och

2 I en studie av Sachs (2000) tydliggörs hur skilda kulturella förståelser av vård, uppfattning av sjukdom och kropp skapar olika dilemman och svårigheter i kommunicerandet mellan professionella och patienter.

3 I Adams et. al. (2012) studie om hur patienter upplever vårdmötet, hade yngre patienter svårare att lämna beslutsfattande åt läkaren än äldre patienter (som däremot förväntade sig det av läkaren) – vilket bidrog till att de yngre visade hur de inte höll med läkaren eller medvetet undanhöll information.

fysiskt tillstånd som samtalsparterna alternativt kan klaga, anklaga, informera, roa, berömma, nedvärdera, skuldbelägga eller rättfärdiga sina egna handlingar (Edwards & Potter, 1992; Potter, 1996; Abell & Stokoe, 1999). I syfte att illustrera ett klagande: *Nu har jag ätit den här nya medicinen ett par veckor som den förra läkaren skrev ut, men den har inte heller hjälpt. Jag kan inte gå så här längre, jag behöver få träffa en specialist som kan reda ut vad det är för fel på mig.* – dylika utsagor från patienter i mötet med läkaren i stil med detta fiktiva exempel kan visa på hur språk är handling. Patienten, i detta fiktiva exempel, anklagar läkaren för att inte kunna ställa rätt diagnos och därmed inte kunnat bota med rätt medicin. Förutom att ”klaga” förmedlar patienten ett missnöje och ett bristande förtroende för den förra läkaren och förhandlar därmed om att få ett annat medicinskt expertutlåtande – att få träffa en specialist. Språket gör något i situationen, det blir en handling mot någon vilket kan få omedelbara och/eller framtida konsekvenser för båda parter. Negativa konsekvenser kan innebära ett gradvis minskat eller ett raserat förtroende för den andra parten – vilket båda parter kan uppleva. Det innebär att parterna, tillsammans, genom sina ordväxlingar har skapat olika roller/positioner för varandra. Med andra ord, det har skett en förskjutning från en fungerande vårdkontakt till en som har havererat.

Beaktas bör även vårdkontakternas yttre kontext, till exempel vad som förmedlas av Landstinget och politiker via informationsskrifter och hemsidor. Språket i skriftlig form kan bidra till att skapa såväl förutsättningar för fungerande vårdkontakter som risker för ett missnöje och återkommande klagomål. Språket, som handling, kan även i skrift förmedla hur vården kan uppfattas och vilken roll man har som patient. Exempelvis återfinns, på en av Landstingets hemsidor, möjligheten att jämföra olika vårdcentraler – vars kvalitet framställs av andra patienters omdömen i språkliga termer som: tillgänglighet, bemötande, upplevd nytta, information, delaktighet, förtroende, rekommendera och helhetsintryck<sup>4</sup>. Dessa ordval, samt att omdömet baserar sig på patienters skattningar av vårdcentralen, skapar och förstärker en kundrelation mellan vården och patienter. Förändringen till ett marknadsanpassat språkbruk för även med sig andra förändringar: organisatoriska, ekonomiska, administrativa och juridiska (Lian, 2011). Juridiska förändringar genom tillämpandet av olika lagar och förordningar, har inneburit en ökad valfrihet och nya rättigheter för patienterna, samt ett inflytande utifrån deras upplevelser av vården som kvalitetsindikatorer (när vården ska utvärderas). Det finns ett flertal konsekvenser med att beakta vårdkontakterna som en kund-relation (Lian, 2001), två av dem är aktuella för projektet:

1) *Förskjutningen i förståelsen av varandras roller* – läkaren som med sin legitima maktposition ska verka för patientens välfärd och intressen oberoende av patientens värderingar och åsikter till att numera ha en minskad maktposition i vårdkontakten. Rollen blir istället att förmedla relevant faktainformation utifrån sin medicinska expertis, vilket ska möjliggöra för patienten att fatta beslut om tänkbara åtgärder, och därefter genomföra patientens önskemål. (Lian, 2011)

2) *Synen på patienten* – från passiv till en aktiv uppmärksam patient som sätts i centrum och ges inflytande i såväl valfrihet som beslutsfattande. Deras synpunkter, önskemål, behov måste bli hörda och tas på allvar, samt ligga till grund för sjukvårdens tjänster. (Lian, 2011)

Det finns alltid någonting som står på spel för parterna i samspelet – ingen vill *tappa ansiktet* inför den andra. Generellt sett bemöts parter redogörelser och beskrivningar som om de vore versioner av egna, andra personers eller grupperns intresse, behov, önskningar, ambition och insats (Edwards & Potter, 1992). För att inte uppfattas som en person som talar helt i egen sak – bör man skapa en neutralitet i samtalet (Potter, 1996). Användning av exempelvis språkliga fraser som *inom sjukvården idag menar man, den teknologiska utvecklingen har inte kommit så långt kring denna problematik än, det sägs att många har blivit friska genom just den behandlingen* osv. skapar någonting som finns utanför eller bortom personen som gör själva yttrandet. Neutralitet kan således skapas, av båda parterna, genom nyttjandet av pronomet man, hur många som har vittnat om något, allmänt tal om sjukvården och den teknologiska utvecklingen. Det är olika saker som står på spel för parterna vilka, vilket måste förstås i ett givet sammanhang – för de professionella kan det vara patientsäkerheten, den egna professionella identiteten, eller arbetsmiljön som står på spel och för patienten del kan det vara livsavgörande att få rätt i sitt ärende.

4 <http://www.1177.se/Vastmanland/Hitta-varld/Vastmanland/Jamfor/?HSAIDs=SE2321000172-1BK1&HSAIDs=SE2321000172-2ZP4>



Förutom den beskrivna ansikte-mot-ansikte relationen sker andra former av interaktion såsom telefon- och mailkontakt med patienter (medierad interaktion) (Thomson, 2001). Det finns flera skillnader mellan dessa former och interaktion ansikte-mot-ansikte. Man har inte ansiktsmimik, gester och kroppsspråk att förstärka sitt budskap med: det *första* är den egna förmågan att sätta in den andra parten i sammanhanget (att överväga hur mycket kontextuell information som bör ges) för att förmedla sitt budskap. För det *andra* krävs en förmåga hos den som tar emot telefonsamtalet eller mailet att vara lyhörd och förstå vad som förmedlas (att sätta sig in i den andra personens perspektiv och förstå sammanhanget). För det *tredje* är interaktionen utsträckt i tid och rum, vilket innebär att parternas dialog via brev och e-post kan ske med en fördröjning i tid (även telefonsamtal om vederbörande man söker inte går att nå vid den aktuella tiden). Vid dessa andra former av interaktion är ansiktet inte lika utsatt/hotat som i en direkt ansikte-mot-ansikte relation, vilket kan bidra till att tonen och uttrycken i kommunikationen kan uppfattas som kallt, aggressivt, förminskande, klagande – med andra ord det är enklare att uttrycka negativa uppfattningar och värderingar via en medierad interaktion.

## METOD OCH GENOMFÖRANDE

Projektet utgår från en kvalitativ metodansats med en kvalitativ intervjudesign. Ansatsen ger möjligheten att på ett nära och grundligt sätt studera de professionellas perspektiv och erfarenheter av patientkontakter som har havererat. Detta tillvägagångssätt är en förutsättning för att kunna begripliggöra komplexiteten i dynamiken och samspelet i vårdmöten.

Inledningsvis gjordes en genomläsning av kunskapsöversikter kring patientsäkerhet och om sociala skillnader, bemötande, information och delaktighet i svensk hälso- och sjukvård, samt den befintliga forskningen på området. Därefter utformades ett informationsbrev (se bilaga 1) kring projektets syfte och genomförande, samt en förfrågan till landstingsanställda om deras medverkan i projektet. Informationsbrevet gick ut till samtliga anställda och de som ville medverka kontaktade forskarna i projektet. Projektet har tagit hänsyn till forskningsetiska riktlinjer i kontakterna med intervjupersonerna genom att informera om syftet och att deras medverkan bygger frivillighet, anonymitet och rätten att avbryta sin medverkan (Gustafsson et. al., 2005). Innan projektets start ställdes och godkändes också en etikansökan av den Centrala Etikprövningsnämnden.

Urvalet av intervjupersoner grundar sig på deras eget intresse av att vilja delge sina erfarenheter kring havererade vårdkontakter och diskutera sina strategier i sådana kontakter. Med utgångspunkt i att försöka täcka hela den professionella vårdkedjan som möter och hanterar dessa havererade kontakter, kom följande yrkeskategorier att intervjuas: politiker, landstingsförvaltningschefer, verksamhetschefer, avdelningschefer, läkare, samordnare och sjuksköterskor, sjukgymnaster, distriktsjuksköterskor, arbetsterapeuter, kuratorer och logopedier. De professionella följer regler och lagar om sekretess och tystnadsplikt vid återberättandet av olika fall, vilket innebär att patienters identiteter är anonyma – i vissa fall har kön framkommit. I framställningen av några citat har patientens kön skrivits om till hen.

Intervjuerna har främst genomförts i Landstingets lokaler, några utfördes på Mälardalens högskola. Intervjuerna har utgått från öppna och sonderande frågor (Kvale, 2014), där intervjupersonerna till stor del själva har fått berätta och reflektera över dessa vårdkontakter. Antalet deltagare har varierat vid intervjutillfället. Det innebär att vissa intervjuer har genomförts med två-tre personer och en intervju genomfördes med åtta personer samtidigt. Dessa gruppintervjuer har fungerat som ett underlag för projektet där deras gemensamma reflektioner har bidragit till viktiga vittnesmål såväl som ett kollegialt samtal kring arbetsmiljömässiga utmaningar. När intervjupersonerna har varit fler än två, har de uppmuntrats till att exemplifiera problematiken utifrån fall, vilket de fått möjlighet att förbereda och ha som ett diskussionsunderlag: 1) hur ser kommunikationen ut med dessa patienter som återkommer med samma problematik i dessa vanskliga vårdrelationer (där kommunikationen har havererat)? 2) Hur vanligt är det att samma person vid upprepade tillfällen kontaktar er kring ett, för patienten, oavslutat ärende? 3) Vad är det för problematik som patienten återkommer med? 4) Har ni någon särskilt strategi eller strategier för att hantera/bemöta dessa patienter och 5) hur man på ett tidigt stadium ska kunna motverka sådana här havererade vårdkontakter? Diskussionsunderlaget (se vidare bilaga 2 och bilaga 3 för politiker) har använts vid samtliga intervjuer med professionella inom vården – där de också inledningsvis har fått projektets syfte och bakgrund presenterat.

Det slutgiltiga urvalet för intervjuer kom att bestå av fyra politiker, två förvaltningschefer, fem verksamhetschefer, två avdelningschefer, sex läkare och 13 sjuksköterskor varav tre hade funktionen som samordnare respektive avdelningschef och ett habiliteringsteam bestående av 6 personer. Totalt har 38 personer intervjuats, antingen i grupp eller individuellt. Intervjuerna har därefter transkriberats av Landstingets personal, för att säkerställa lagen om sekretess.

I framställningen av de professionellas vittnesmål om havererade vårdkontakter har vissa citat från intervjuerna kortats ned för läsbarhetens skull, av utrymmesskäl eller av etiska skäl för att anonymisera personen som har gjort uttalandet eller anonymisera andra personer som har varit inblandade i händelsen som återges, vilket då har markerats i citatet med (...). Ibland återges flera vittnesmål efter varandra, vilket syftar till att skapa de professionellas samlade röster kring aktuella spörsmål. Dessa vittnesmål kan emellanåt vara relativt långa för att visa på en närhet till de professionellas perspektiv och erfarenheter. I framställningen används även de professionella och vårdpersonal synonymt, likaså vid användningen av ordet vårdmötet – vi inkluderar alla yrkeskategorier som möter patienten och "inte enbart" det vårdande mötet. I termen vårdmötet avses den direkta interaktionen mellan parterna och termen vårdkontakter används i vidare bemärkelse – där man talar om relationen mellan patient och vårdpersonal på ett mer generellt och abstrakt sätt.

## RESULTAT

### DEN GRÄNSLÖSA KOMMUNIKATIONSKONTEXTEN

Inledningsvis är det av vikt att illustrera de olika lager av kontexter som omsluter och inverkar på kommunikationen mellan patient och vårdpersonal. Det yttre lagret av kontexten består av samhällsliga värderingar och uppfattningar. Dessa kommer oftast till uttryck i tidningar, tv, olika diskussionsgrupper på nätet, bloggar, insändare etc. Den mediala bilden består både av goda berättelser om hur patienter med sjukvårdens insatser har blivit friska och mindre goda berättelser – då med fokus på vad som brister i vården såsom långa väntetider, ojämlig vård beroende på var man bor i landet, felbehandlingar, missvisande diagnoser eller dåligt bemötande. I mediala sammanhang fokuseras ofta på sjukvårdens brister, vilket kan (re)producera värderingar och uppfattningar om att svensk sjukvård är opålitlig, vilket i sin tur kan skapa en misstrohet som innebär att vara "på sin vakt i mötet" med professionella. Denna misstro kan återspeglas i den vanliga frasen: *man måste vara frisk för att vara sjuk*. Det som talas, skrivs och tänks är också ett uttryck för hur vi förhåller oss till, i det här fallet, sjukvården – och denna uppfattning kan patienten ha med sig in i mötet.

De professionella vittnar om hur de har fått erfara att patienter valt att gå till media, istället för att fortsätta samtala med någon professionell inom vårdverksamheten. En verksamhetschef berättar:

*Den diagnosgruppen är obeforskad, det finns varken nationella riktlinjer eller internationella riktlinjer hur man ska behandla den här patienten och ännu mindre lokal vårdprogram. Men och det är det som blev också till tv-program, "Arga doktorn".*

Det är, enligt verksamhetschefen, när vårdgivarna inte är överens om klara riktlinjer eller vårdprogram som patienten riskerar att hamna mellan stolarna. Risken med att patienten hamnar i en gråzon, är en problematik som de professionella försöker hantera med olika strategier (detta diskuteras längre fram). Dock finns de medialt förmedlade värderingarna och uppfattningar om sjukvårdens brister med i olika kommunikativa situationer – likväl som den överhängande risken eller ett uttalat hot från patienter om att vända sig till media med sitt missnöje.

Det finns även ett annat lager i kommunikationskontexten som delvis kan fångas upp i mediala sammanhang, men främst handlar det om olika informationsskrifter på hemsidor ifrån Landspolitiker, Landstinget, SKL, som förmedlar synen på vårdmötet som en kundrelation:

*Sociala medier kan sprida landstingets budskap och öppna upp för dialog med olika målgrupper. Det kan stärka varumärket och bilden av organisationen som öppen och tillgänglig. Det är också ett led i att vara en kunskapsorganisation, där sociala medier underlättar kunskapsdelning och omvärldsbevakning. (<http://www.ltv.se/Omlandstinget/Landstinget-i-sociala-medier/>)*

Talet om att stärka varumärket, bilden av sig själv som öppen och tillgänglig för dialog, skapar och återskapar en kundrelation – i likhet med konkurrerande affärsföretag som är måna om att erbjuda en god kundservice. Och som konsument av vården har man vissa rättigheter som är förankrade i lagar för att säkra etisk och effektiv vård för den enskilde patienten. Vidare kan man läsa på Landstingets hemsida:

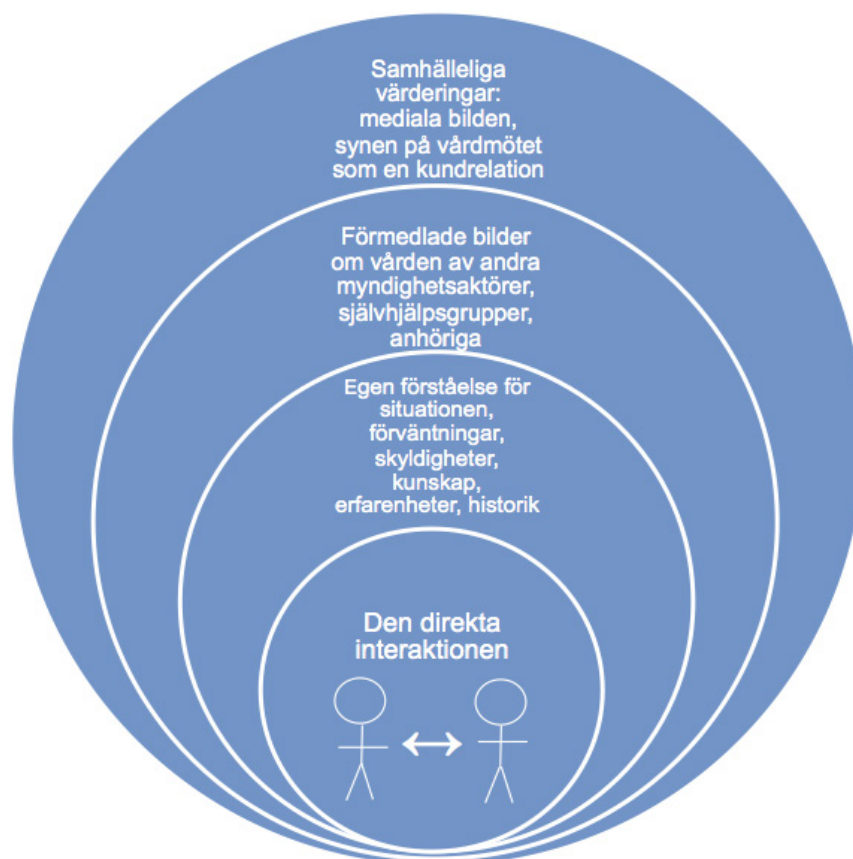
*Som patient har man fått en mycket starkare ställning i vården jämfört med hur det var för några decennier sedan. Det beror framför allt på att en rad skyldigheter för vårdgivare och vårdpersonal har skrivits in i olika lagar. Dessa skyldigheter kallas i dagligt tal patienträttigheter och gäller bland annat krav på kvalitet, säkerhet och trygghet för patienten. De gäller också bemötande och integritet, att patienten får viktig information och möjlighet att välja samt en hel del annat. (<http://www.1177.se/Vastmanland/Regler-och-rattigheter/Motet-med-varden/>)*

Ovanstående exempel av nätbaserade skrifter förmedlar och förstärker en verklighet som patienter såväl professionella förhåller sig till i praktiken. Talet om patientens rättigheter återkommer ofta i de professionellas vittnesmål kring havererade vårdkontakter, vilket tyder på att patienters kunskaper och uppfattningar om rättigheter är centralt i interaktionen. Dessa uppfattningar om att vården ska tillhandahålla kundservice, tillgänglighet, öppenhet och ge stort utrymme för valmöjligheter och rättigheter kan skapa högt ställda förväntningar på de professionella.

Ett annat lager av kontext som, i kommunikationen, indirekt kan ha betydelse för hur parterna förstår och uppfattar vad som sker är: erfarenheter samt uppfattningar av vad som förmedlas av andra myndighetskontakter såsom socialtjänst, hemtjänst, primärvård, psykiatri – men även patienters anhöriga och olika självhjälpgruppers olika förmedlade kunskaper om sjukvården.

Det närmaste lagret av kontext som omsluter det parterna har med sig in i den direkta interaktionen är, som tidigare nämnts, de egna erfarenheterna, kunskaperna, tidigare upplevelser av vårdsituationer, förväntningar, skyldighet att uppträda enligt vad den andra parten förväntar sig i situationen – det avgör i vilken riktning och vilket uttryck interaktionen tar sig i den aktuella situationen.

I nedanstående modell sammanfattas hur olika lager av kontexter kan inverka på kommunikationen:



**Figur 1. Modell över lager av kontext som har betydelse för kommunikationen**

Fortsättningsvis kommer framställningen av resultatet ha fokus på dubbelpilen (som symboliserar på en tvåvägskommunikation) i den direkta interaktionen, vilket presenteras i en kommunikativ process som kan sträcka sig över en längre tidsperiod.

### DEN KOMMUNIKATIVA PROCESSEN

Intresset här är att presentera de professionellas vittnesmål och erfarenheter av patienter som, i sin kontakt med vårdens verksamheter, befinner sig på olika hållplatser i den kommunikativa processen och med varierande problematik. Beroende på sjukdomsbildens svårhetsgrad möts vårdpersonal och patienter under en längre eller kortare tidsperiod. Exempelvis återkommer patienter med kroniska sjukdomar under flera år. Det innebär att kommunikationen under denna tid kan vara mer eller mindre aktiv och kan kantas av såväl goda möten som mindre goda möten emellan parterna. I syfte att illustrera parternas relationer i processen, hur interaktioner kan ta olika vändningar, används metaforen hållplats.

Nedanstående presentation av processen och dess hållplatser framställs i stegvis eskalerande svårhetsgrad (missnöjet kan vändas i processen så att man som patient inte hamnar i den sista hållplatsen: att vara kommunikativt låst). Framställningen innebär på ett sätt att förenkla verkligheten, dessa hållplatser går in i varandra eftersom patienten samtidigt kan vara ifrågasättande och missförstådd i interaktionen. Det är viktigt att understryka att patienters missnöje kan ta sig olika uttryck och vara olika starka eller intensiva för de professionella. Det innebär också att kontakten kan haverera av olika skäl utifrån patienternas erfarenheter, förståelse av situationen och deras kunskaper.

### ATT VARA "IFRÅGASÄTTANDE"

Hållplatsen att vara ifrågasättande, innebär exempelvis att patientens missnöje förmedlas genom att agera mer kompetent än läkarnas medicinska expertutlåtanden (jfr Lian, 2011). Det är ett uttryck för en förskjutning i förståelsen av varandras roller som gestaltas av en kund-relation – där man sätter läkarens utlåtanden i relation till vad som finns skrivet kring sina symptom i olika sociala medier såväl innan som efter läkarbesöket. Fler professionella vittnar om att patienter idag är mer pålästa än tidigare generationer. En av dem berättar:

*(...) den yngre generationen idag är mer kravställande. Och då kan man fundera på om den patienten är mer påläst. Så kan det mycket väl vara. Visst om de är inlästa eller vad man kan säga, de har tagit reda på mycket men har inte kunskapen att hantera fakta och där kan det ofta kanske skapa felaktiga förväntningar eller så hos de här patienterna.*

Det handlar delvis om en bristande förståelse av varandras roller, där de ömsesidiga förväntningarna inte infrias. Dels då patienten med sin googlade kunskap kan ha orimliga förväntningar och krav på den vård som erbjuds av de professionella, dels kan den professionella uppleva svårigheter att utföra sitt jobb när de möts av en misstänksamhet/misstro – att bli ifrågasatt trots sin kompetens och bedömning. En annan professionell vittnar om att bli ifrågasatt av en anhörig, innan själva läkarundersökningen har ägt rum:

*Ibland känns det som en talangtävling. Jag hade en patient (...), så kommer jag in och maken sa till mig: "vet du vad en trali är?" Så det började liksom med en kompetensfråga. För att se om jag var värdig att behandla handla hans hustru. Det är ganska få andra yrken som skulle stå ut med det. (...) de hade med sig någon vårdincident tidigare som har gnagt och gnatt och växt oproportionerlig (...) till vad som faktiskt inträffade och då ligger det alltid främst i ny kontakt med vården. Det är här man känner irritation och ilska. Då var jag okej (...), då jag visste vad det var för någonting.*

Den professionella i citatet ovan menar att det är få yrken som skulle stå ut med ett ifrågasättande av yrkeskompetens och ett ständigt bevisande av att vara kompetent, och den professionella förmedlar samtidigt vad patientens misstro kan grunda sig på. Här är det en tidigare vårdincident som har format patientens och den anhöriges syn på vården, vilket uttrycks i den direkta interaktionen med den professionella. Patienten och dennes anhörig har med sig en tidigare historik och erfarenheter av brister eller en krisartad händelse i mötet med vården – och denna misstro finns med i efterkommande möten.

Att kontinuerligt bli ifrågasatt av patienter kan skapa irritation och därmed bli ett hinder för de professionella att känna ett välbefinnande vid utövandet av sitt yrke. Graden av ifrågasättandet och dess frekvens kan bygga upp ett sådant hinder, även om det också är sunt att ifrågasätta, enligt några professionella.

De professionella reflekterar i stor utsträckning kring bemötanden i olika situationer, och visar därmed en förståelse för patientens perspektiv – var patienten befinner sig i sjukdomsförloppet och vilka tidigare erfarenheter och föreställningar som kan ha betydelse i den aktuella situationen. Att vara ifrågasättande kan även härledas till svårigheten att inse konsekvenserna av ett sjukdomsbesked. En professionell berättar:

*(...) det är ju inte helt ovanligt att man har svårt att acceptera att man har fått ett barn med funktionshinder och det är klart att den här drömmen om det friska perfekta barnet och man inte kan släppa det och se att "jamen nu blev det inte som jag hade tänkt mig, nu blev det så här", då blir det väldigt svårt att ta emot någonting och att lyssna på någonting. (...) oavsett vad vi säger tänker jag, man har ju föreställning om vad man vill, man vill ju göra sitt bästa, jag tänker på allt det här med träning och hjälpmedel och att man siktar in sig "det här vill jag ha". (...) det kan vara en behandlingsmetod som vi inte har här och då har man låst fast sig vid den behandlingsmetoden och då är allt annat skit, spelar ingen roll vad vi erbjuder (...)*

Samtidigt som vittnesmålet förmedlar förståelse för föräldrarna, beskrivs en problematik där det inte sker något möte i kommunikationen. Att inte nå varandra i samtalet, handlar här om hur anhöriga i krisartade livssituationer ställer krav som inte kan tillgodoses av vården. De professionella framhåller vikten av att se familjens aktuella livssituation och acceptera olikheter – familjer har varierande kulturella och sociala förutsättningar för att lösa och hantera sina situationer. De professionella bygger långvariga och ibland komplicerade vårdkontakter, vilket gör att de är medvetna om att de har tiden på sin sida:

*(...) det har väl lagt sig lite ju äldre barnen blir också, ju mer det lägger sig lite grann har jag ändå förstått att vissa familjer, man träffar nya familjer som är väldigt ifrågasättande och så kan man ändå höra i teamet att "jo, jo, men då va den familjen också men det har ju lugnat ned sig" så att det är en process.*

Andra professionella, som träffar patienter vid enstaka tillfällen, kan därför inte se ifrågasättandet som en del i en process i en livssituation. De vittnar istället om hur patienter på varierande sätt visar att de har rättigheter och vill och får ställa krav. Ett sätt att nyttja sina rättigheter är just att vara ifrågasättande av ett resultat eller att ifrågasätta utebliven/avslagen remiss och då kräva en second opinion.

*Det kan då bli den typen av diskussioner som: är den här metodiken tillräckligt säker som vi använder oss av? Fungerar apparaterna som de ska? Den här vårdgivaren som genomförde den här undersökningen betedde sig på ett sätt som gjorde att jag misslyckades eller nåt sådant. Det blir liksom den typen av frågeställningar som ju egentligen är ganska irrelevant för oss men naturligtvis för individen så är det ju en relevant frågeställning men vi gör ju på samma sätt med alla de här 50000 patienterna. (...) men i det stora hela så handlar det om en stor frustration hos den här individen men man liksom ifrågasätter då och vill ha en second opinion och man vill komma på nya undersökningar hela tiden.*

Vid hållplatsen att vara ifrågasättande kan patienter i den direkta interaktionen även uttrycka en frustration, den kan eskalera och övergå till andra hållplatser i den kommunikativa processen om man inte lyckas återuppbygga förtroende för vårdens verksamhet och de professionella. De professionella vittnar om hur man med små steg kan vinna tillbaka ett förtroende genom att ta sig tid och lyssna in patienten. Det kan handla om att patienter inte har fått all information eller inte har fått någon information alls av sin vårdgivare:

*(...) eftersom de inte hör hemma här oss men ändå vill komma till oss, det är ju svårt att få deras förtroende när vi inte ens anser att vi ska se dem och träffa dem. I de fallen har jag gjort så att jag har ringt patienten i fråga där jag har sett att här finns en chans att (...) få patienten att tänka annorlunda eller förstå bättre (...) diskuterat saker och ting då har det blivit mycket bättre, så att kommunikation är oerhört viktig (...) man benar ut saker, (...) de blir hur lugna och trygga som helst och säger "tack för informationen, det är ingen som har sagt det här till mig" (...)*

Det är avgörande att vara tydlig, inkännande och bekräfta patientens erfarenhet och upplevelse av situationen, och samtidigt ge information – att som professionell inte låta patienten bära på en ovisshet. Därför menar flera av de professionella att det är mycket viktigt att ha en lyhördhet och att avsätta tid för patienter-



na, även om det är också en resursfråga. Alla yrkeskategorier som är representerade i denna studie har inte samma möjligheter, som exempelvis verksamhetschefer, att ta sig tid att hantera missnöjda patienter (som befinner sig på olika hållplatser i den kommunikativa processen). Ärenden av missnöjda patienter hamnar på verksamhetschefernas bord, vilket gör att de har möjlighet att vända och bitvis återskapa förtroendet för sina kollegor och för vården i stort. Verksamhetschefernas insatser av telefonsamtal, besök och mail gör att antalet missnöjda patienter generellt sett minskar, men de som är riktigt missnöjda och där kommunikationen har havererat tar mer tid i anspråk än det tidigare.

### ATT VARA "FÖRBISEDD"

Det finns alltid en risk att patienter hamnar mellan stolarna om ingen vårdgivare fångar upp och tar ansvar för patienten – som med sin sjukdomsproblematik har hamnat mellan flera olika avdelningar. Nästa hållplats, att vara förbisedd, det kan bland annat handla om en konsekvens utifrån hur vården är organiserad:

*Det finns en liten risk också med det här att du inte har ett gemensamt journalsystem. När vi har en del här inom slutenvården och sedan kan det bli någon slags pingpong med att familjeläkaren hänvisar till oss och vi hänvisar till dem och patienten blir otroligt frustrerad för att de känner att det är ingen som har och i värsta fall så är det tre enheter som är inblandade. Patienten kanske har en colon cancer, en hjärtinfarkt och då blir det ingen som håller i det även om vi kan tycka att familjeläkaren ska vara någon slags spindel i nätet men de sitter tyvärr väldigt ofta i mörkret och vet inte riktigt vad som pågår.*

Vittnesmålet visar hur icke-fungerande kommunikationsvägar mellan olika vårdinstanser kan skapa frustration och en känsla av övergivenhet hos patienten – trots de professionellas insatser. Det finns en medvetenhet om problematiken och en vilja att söka lösningar för patienten. Att som patient ständigt uppleva sig förbisedd leder i förlängningen till havererade kontakter. Vissa professionella arbetar redan med vissa lösningar där strategin är att utbilda och anställa kontaktsjuksköterskor:

*Eftersom den här funktionen (läs kontaktsjuksköterska) inte har funnits så har det uppstått en hel del havererade vårdkontakter. För då faller de här patienterna mellan två stolar (...) då det är två olika specialiteter så blir det också ibland lite förvirrande för patienten att vem tillhör jag nu? Är det onkologen eller är det urologen? Oberoende också var man är i sitt skede och hur frisk man är för övrigt så är det inte lätt att hålla reda på (...) vi försöker göra ett rakare spår för patienten (...) det är ett gediget samarbete över gränserna.*

Det finns även andra arbetsförhållanden eller arbetssituationer som kan leda till att patienter blir förbisedda. Här är det exempelvis att underbemanning och sjukskrivning bland läkarsekreterarna inneburit kraftig förse- ning av deras arbetsuppgifter:

*(...) då läkaren har dikterat att "åter till mig på mottagningen om två månader" så när det skrivs har de där två månaderna passerat (...) att inte ha tillräckligt med medicinska sekreterare gör ju att vi hamnar i situation med havererade kontakter nästintill dagligen (...) så det blir en kapploppning med tiden (...) och hitta rätt metoder för att det ska bli bättre för patienten.*

Patienter som hamnar mellan stolarna, ringer vården för att reda ut sin situation – men en del väljer andra vägar som att till exempel ta kontakt med Patientnämnden eller media för att driva sin sak. Vid intervju till- fället hade den aktuella avdelningen fått resurser för att komma i kapp med diktamensutskriften och på så sätt öka patientsäkerheten och minska antalet havererade vårdkontakter. Exempel på andra omständigheter som bidrar till att patienten hamnar i ingenmansland är:

*(...) oftast avsaknad av klara vårdprogram eller klara riktlinjer mellan sjukvårdshuvudmännen, så att så fort det finns områden det inte finns klara riktlinjer då är det lätt att det också kan leda till att patienten bollas fram och tillbaka mellan olika specialistmottagningar och ingen känner sig ansvarig eller villig att ta hand om en viss patientgrupp. (...) När vårdgivarna inte är överens om en riktlinje eller vårdprogram då hamnar patienten också mellan stolarna lite grann.*

Här saknas tydliga vårdprogram och vårdgivare som är överens om hur och vilken behandling/riktlinje som är adekvat, vilket skapar upplevelse av att vara förbisedd. Strategin som diskuteras i relation till denna om- ständighet är att ta sig an patienten och ge den tid som behövs för att förklara varför man gör eller inte gör vissa utredningar, åtgärder eller remisser. Det innebär att vara tydlig och lyhörd i sin kommunikation med

patienten – men i det här fallet kan den interna kommunikationen mellan vårdgivarna också behöva präglas av mer tydlighet och lyhördhet.

### **ATT VARA "MISSFÖRSTÅDD"**

Hållplatsen att vara missförstådd handlar främst om patienter som upplever att de inte får något gehör från de professionella kring sin sjukdomshistoria. Därför återkommer de kontinuerligt med sina symtom. En läkare berättar:

*Det finns ju dels de som inte upplever sig förstådda av vården och har symtom. De utreds och man hittar ingenting och de kommer tillbaka gång på gång. En del går via Patientnämnden. Sedan är det de som faktiskt har symtom som till slut leder till en diagnos, men det var svårt. Och som känner sig missförstådda av den anledningen. Kanske kommer de till Patientnämnden eller kommer gång på gång för symtomen och till slut får man en diagnos och då säger de att det var någonting men jag blev inte förstådd.*

Här skildras patienter som har symtom, men trots ett flertal utredningar är det svårt att fastställa och ge en diagnos. Det skapar inte enbart upplevelser hos patienten av att vara missförstådd av de professionella, utan även en misstro till vården i sig – som patient vet man att något är fel. Det finns risk att fastna i denna hållplats, att uppleva sig som att ständigt vara missförstådd och därför vilja gå vidare med fler utredningar. Det kan dock innebära att man som patient får dubbla budskap, vilket en professionell vittnar om:

*Ibland blir det ju nästan så också att de träffar olika varje gång då blir det också att den här läkaren vill ju göra sitt till och börja en ny utredning som sticker ditåt och så träffar de en annan läkare om 2 månader och då tar den tag i den här sidan och då invagar man också patienten att det finns nog någonting här. (...) Men hade man haft samma kontakt, precis som X sa tidigare. Att jag känner den här patienten, jag vet att när det låter så här då brukar det vara det och då kan man avdramatisera också mot patienten och säga (...) det är mycket runt omkring dig nu som gör att du får extra mycket symtom (...)*

Det är inte alltid till gagn för patienten att ytterligare läkare startar olika utredningar, det är en bättre strategi att patienten i stor utsträckning träffar en och samma läkare. Det behövs kontinuitet i läkar-patient relationen för skapa kunskap om patienten och dennes symtom. Kunskap och kännedom kan vara ett sätt att råda bot på patientens upplevelse av att vara missförstådd.

Det finns dock en annan grupp patienter som ofta återkommer gång på gång till akuten, de kan ha en djupare psykiatrisk problematik (som professionella inte alltid har kännedom om):

*(...) vi har ju rätt många som söker på akutmottagningen som kommer som mångsökare som tycker att de, de blir inte förstådda, de är ju fysiskt sjuka men det är ingen som förstår dem och då blir de missnöjda, de går till familjeläkarmottagningen och där blir de inte heller förstådda sen så kanske man parallellt med detta har en kontakt inom psykiatrin som vi inte har en aning om (...)*

Det är relativt vanligt att dessa patienter inte enbart stannar vid hållplatsen att vara missförstådd, utan att de i den kommunikativa processen med de professionella fortsätter till nästa hållplats eller till slutstationen. Steget från att ständigt vara missförstådd till att bli aggressiv i sina vårdkontakter är inte långt.

### **ATT VARA "AGGRESSIV"**

Det finns olika sätt att, som patient, uttrycka sin aggressivitet på. Hållplatsen att vara aggressiv innebär när känslor av ilska, irritation, frustration har tagit överhanden och som patient gör handling av dessa överväldigande känslor. Ett vittnesmål skildrar det på följande sätt:

*När de blir aggressiva då är det ofta då de har med sig anhöriga och att det redan från början finns någon slags indignation. "Förra vårdtiden så gjordes det här och det här". Så ska man stå till svars för något som man inte har varit involverad i. Det är oftast då jag känner det där, att de är ute efter en. Det har hänt ett par gånger när de har sagt att vi gör en ljudupptagning eller vi tar foton. Det har drivits till den gränsen att nu ska man samla bevis. Det är ju extremt ovanligt men det händer ibland. (...) det är ju förtäckta hot egentligen. Jag tycker att det är vanligare också generellt sett bland de yngre patienterna som är födda på 60-talet eller därefter. Jag vet inte om det är en massmedial bild att man ska misstro eller att man har plockat upp det från USA, det här att vi kan*

*stämna läkare eller någonting. De kommer in med den inställningen att vi är inte på samma sida på något vis utan att du är emot mig (...)*

Redan inledningsvis i interaktionen mellan parterna ovan, uppdragas aggressionen genom språkliga markörer – ett ifrågasättande av tidigare behandlingar och utredningar. Den professionella, som representant för vården, anser sig utsatt för en missriktad anklagelse som leder till olust och känslan av att vara ett villebråd. Ibland kan situationen även bli hotfull när patienten agerar ut sin frustration och misstrohet i interaktionen. De medföljande anhöriga förstärker och ger legitimitet till patientens aggressivitet och bidrar till en skiljelinje mellan sig själv och den professionella. Det är en skiljelinje som upprätthålls genom att tydligt visa hur avogt inställd man är och man vill bevisa att vården har bristande expertis.

I ovanstående vittnesmål blir det även tydligt hur flera lager av kontexter är närvarande och påverkar i den direkta interaktionen. Förutom båda parternas tidigare erfarenheter av vårdmöten, historik och förståelse av situationen – förmedlar den professionella hur anhörigas, samhällsliga – och mediala bilder av vårdens brister är med och reproducerar en misstro samt en fientlig inställning. Det kan skapa svårigheter för den professionella i interaktioner eftersom man först måste parera och hantera patienters aggression, innan man kan genomföra en medicinsk undersökning.

Generellt sett är det lättare för patienter att visa sin aggression via telefon, eftersom det inte upplevs lika hotande för samtliga parter. Några professionella vittnar:

*Och jag får ju mycket sådana som ringer som redan kanske har anmält till Patientnämnden eller det kan vara att de kommit i klinch med någon annan av personalen här eller har åsikter om olika saker (...) Det är ju egentligen ganska ofta som det här händer, fast det är ju mer eller mindre starkt, det behöver ju inte vara så att man, att någon är jättearg och upprörd utan det kan vara lite mildare grad ibland och sedan är det såna som kastar på luren (...)*

*Ibland får vi någon som är jättearg från början i örat och ibland blir det ju arga på oss. Det beror ju på vilka förväntningar man har och ringer man med förväntningen att "nu ska jag ha en tid nu idag, om en timme då kom mer jag, ni ska ordna för det är min rättighet" och så enkelt är det inte (...) och då kan man bli väldigt frustrerad och sen kan det i värsta fall bli hot om anmälan eller skriva i tidningen och där det nästan är välsignelse om de slänger på luren (...)*

Hanterandet av frustration och aggression tillhör vardagen för de professionella som har mycket telefonkontakt med patienter. De vittnar även om aggressivitet när patientens förväntningar på vården inte infrias – patienterna åberopar sina rättigheter och en del går så långt som hot om anmälan eller att de kommer att vända sig till media. En del personer kan hamna relativt snabbt i hållplatsen att vara aggressiv, men en del kan också vända eller bli kvar i sin ilska. Till nästa hållplats färdas de patienter (oftast med en missbruksproblematik) som är ständigt arga, här framskrivet som: argt manipulativa.

### **ATT VARA "MANIPULATIV"**

Hållplatsen att vara manipulativ handlar om att man har kommit så långt i den kommunikativa processen att de professionella måste hantera olikartade situationer för att inte bli vilseledda och utmanövrerade av patienter som spelar ut personalen mot varandra. Det finns ett tydligt egenintresse hos patienter som på olika sätt manipulerar för att få sin vilja igenom, ofta handlar det om patienter med en missbruksproblematik.

*Och de vet de här patienterna för de är proffs. Då betyder det att då kan de spela ut sjuksköterska mot sjuksköterska för att få ut mesta möjliga "outcome" från det själva, för att få ut mesta möjliga nivå av narkotika så då spelar de ut oss.*

Det finns en medvetenhet om manipulativa situationer och i vittnesmålet beskrivs också ett annat sätt att betrakta patienten – som oerhört skicklig på att skapa konflikter mellan de professionella och få sin vilja igenom. Patienten kunde i ett fall ändra personalens schemakort (som satt uppsatt på väggen), för få möta en sjuksköterska som var ny och oerfaren. Det krävs mycket ansträngning hos de professionella, att hela tiden tänka på hur de ska uttrycka sig för att inte bli duperade eller hamna in i konflikt med patienter eller kollegor:



*Man väger, man väger noga, man är väldigt glasklar och skruvar liksom uppmärksamhetsmässigt väldigt mycket liksom för att inte missa och för att inte bli lurad (...) hela tiden fokus (...)*

Det är en energikrävande interaktionell strategi, som krävs för att hantera situationen och den egna arbetsmiljön. Förutom att patienter är skickliga att manövrera i interaktionen med de professionella, så kan de också identifiera potentiellt nya patienter med samma typ av missbruksproblematik som de själva. Det innebär att de kan värva nya personer till sin grupp, community. De har kunskaper om hur systemet fungerar, och kan använda dessa till egen fördel:

*(...) hen (läs patient) vet ju vem jag är och vad jag har för roll och jag tror att hen backade på grund av det och sedan lät jag honom bara vara (...) men sedan började hen på, tjugo i elva (på kvällen) då drog det igång (läs patienten startar konflikt när nattpersonalen tar vid). Och likadant så här, man söker en söndag klockan fem på akuten, vem står där nere, det är en AT-läkare som inte vet någonting, man har sådana otroliga kunskaper om systemet för att kunna suga ut det (...)*

Vittnesmålet visar på att patienter har identifierat vårdrelationer där det tagit stopp eller att det finns luckor (för att förhandla till sig stark smärtstillande medicin) i skiftbyten och mindre erfarna professionella som de kan nyttja. Det innebär att det finns svårigheter att hitta sätt att hantera dessa personer som befinner sig på hållplatsen att vara manipulativ – då de även är skickliga när det gäller att nyttja systemet.

Ytterligare en utmaning för de professionella är när patienter inte uttalat eller tydligt har ett missbruk av stark smärtstillande medicin. Det blir då en balansgång, mellan att inte kränka individen genom undvika att ställa vissa krav men att ändå erbjuda adekvat vård. Några professionella berättar om ett speciellt besvärligt fall där de fick känslan av att det inte gick att nå patienten, att patienten bara spelade.

*Patienten hotade ju med att hoppa ut genom fönstret flera gånger. Det var så mycket med hen så det var svårt att börja i någon ände också. Man visste inte riktigt vad man skulle göra (...) Bekymret med hen var ju att antingen hade hen inte förmågan att tolka ut situationer eller så vänder hen också situationen till hur hen ville ha det (...) hen gjorde hela tiden sina egna tolkningar på saker (...)*

Här visas på svårigheten att öppna upp till en dialog med patienten – dels då patienten vid flertal tillfällen hotade att ta sig eget liv, dels uppvisade en annan förståelse/tolkning för situationen än de professionella. Användningen av pronomen *man* i vittnesmålet skapar en neutralitet och är ett uttryck för att dessa komplicerade kommunikativa situationer med patienten är generellt förekommande. Likaså förmedlas hur patienten genom att vrida situationen till sin egen fördel och ständigt komma med egna tolkningar – mer eller mindre kan förstås som att befinna sig på hållplatsen att vara manipulativ i sin kommunikativa process.

### **ATT VARA "KOMMUNIKATIVT LÅST"**

Den sista hållplatsen, att vara kommunikativt låst, innebär att vårdkontakten har havererat. Generellt sett kan man säga att det är erfarenheter av ett flertal av ovan beskrivna hållplatser som patienten har med sig i in i nya kontakter med vårdens verksamhet och dess professionella. Dessa vanskliga vårdrelationer kännetecknas av att kommunikationen har hakat upp sig och att man inte kommer vidare i interaktionen då man inte når varandra – det blir snarare en dysfunktionell kontakt. Ibland är det tydligt att vården har gjort fel och då blir missnöjet i de professionellas perspektiv mer motiverat än i de fall där man som professionell har varit tillmötesgående och genomfört samtal och ett antal second opinions vid andra sjukhus – men där patienten fortfarande är missnöjd. Följande exempel visar på ett fall där de professionella är medvetna om vårdens brister:

*(...) sen är det ju också att saker och ting havererar kan bero på dålig tillgänglighet för vår del och så har vi på neurologkliniken nu, vi har alldeles för många patienter som står och väntar på att få en tid, vi missar för mycket telefonsamtal därför vi har inte kapacitet så att det räcker (...) har mest anledning till att de är mest missnöjda just nu och där kan det vara en motiverad ilska (...)*

Detta vittnesmål ger en bild av en ohållbar arbetssituation som kan skapa fler vanskliga vårdrelationer. Samtidigt vittnar detta uttalande om en förståelse för patientens perspektiv, något som de flesta professionella återkommer till i intervjuerna. Situationen är oerhört skört där kommunikationen upplevs som låst:

*(...) när det gäller svåra besked och när det gäller såna saker och där det kan haka upp sig, är det för det första att hur mycket vill patienten veta av det som är svårt, det är en sak och sen så försöker man ju att tänka in i hur mycket patienten förstår, vad har de tagit till sig, vad har gått fram i det jag har sagt, där kan jag tänka mig att det ofta brister (...) missuppfattar kanske och för det andra drar ifrån eller lägger till i nästa skede (...)*

Detta inkännande och reflekterande kring patientens förståelse och situation nämns som ”fingertoppskänsla” i vardaglig praktik. Det handlar också om att visa respekt för varandra i syfte att kontakten *inte* ska haverera – en del i det kommunikativa haveriet är just avsaknad av respekt. Det blir svårt för professionella att behålla respekten för patienter som hotar, skriker och reservationslöst kräver sin rätt:

*Det har blivit en liten förbättring men det har fortfarande varit otroligt laddat det här, just med den här typen utav patientgrupp och det, jag kan säga så här, det är inte OM det är havererat utan det gör det varenda gång. Det bygger nästa på att det gör det varje gång, det blir alltid nån konflikt, alltid en kontrovers, alltid någonting. (...) alla åtgärder som inte ligger i linje med vad man önskar då är vi dumma, så är det. Och hot, personal har bli vit hotad, jag har polisanmält hot, vi har haft skadegörelse på rum, gapar och skriker och skrämmer medpatienter när man inte får som man vill (...) skaffar sig rättigheter som man inte har (...)*

Patientgruppen ovan har en återkommande missbruksproblematik och är i omgångar inlagda på avdelning. De har mer eller mindre lärt sig vårdssystemet och kan rutinerna för att förhandla, och kräva och manipulera de professionella. Ovanstående vittnesmål visar på hur en variant av havererad vårdkontakt kan ta sig i uttryck. Det går i princip inte att reparera en sådan vårdrelation från någon sida av parterna – dock förväntas de professionella kunna upprätthålla ett gott bemötande även om det är en svår balansgång.

De professionella vittnar om att havererade kontakter ofta är komplexa och sällan handlar det enbart om en somatisk sjukdom och/eller ett missbruk, ofta är det flera faktorer som inverkar; en social problematik (många är ensamma och har svårt med relationer), ekonomiskt pressade och en psykisk sjukdom i bakgrunden. En professionell beskriver en typ av havererad kontakt:

*(...) Så finns det de här som har så att säga vårdskador (...) de är sönderopererade eller sönderbehandlade och har en massa symtom kring det här. Det livet i princip är förstört. Smärtproblematik och det är havererat, nästan alltid socialt, ekonomiskt och kroppsligt. Det leder till att man är beroende av vården och dess kontakter för livet egentligen ska fungera. Men de är väldigt krävande för de blir ju som anhöriga, så att säga, som hela tiden vill ha kontakt, stöd och hjälp.*

Det är tragiska omständigheter som omger dessa patienter som är helt beroende av vården, och deras intensiva kontaktsökande och utspel av frustration kring sin sjukdom skapar kommunikativa situationer av att vara lästa. Ett annat uttryck för en havererad kontakt beskrivs enligt följande:

*(...) ofta är det psykiatrin som behöver in fast patienten fattar det. Jag har en patient som ringer mig varannan dag och menar på att hen har fel på ämnesomsättningen (...) Vi har skickat hen till olika ställen för utredning, hittar ingenting, hen vänder sig till sjukhuschefen (...) och hon ringde till mig och sa ”du måste skicka en specialistvårdsremiss”, ja sa jag, det hjälps inte men vi provar i alla fall, man hittade inget där. Sen så slutade det med att jag gjorde ett sånt där multidisciplinärt möte med en psykiatriker och hen var med på det (...) då kom det fram att hen hade sedan 15 år tillbaka en tjock psykiatrisk journal men ingen kontakt de senast 15 åren (...)*

Här skildras en patient som ofta återkommer med sin problematik och hur professionella på olika sätt är tillmötesgående – till slut blir denna ständigt kontaktsökande patient ett arbetsmiljöproblem. Lösningen i det här fallet var läkarens initiativ till ett multidisciplinärt möte där patienten kunde ha fortsatt kontakt med psykiatrin, vilket bidrog till att patienten i stort sett slutade ringa. Implementerandet av multidisciplinära möten kring dessa grupper av patienter är en strategi till att fånga upp samt minska möjliga havererade vårdkontakter i framtiden (något som diskuteras längre fram). Det är viktigt att synliggöra hur de professionella inom vården upplever att de och kollegor inom psykiatrin arbetar relativt åtskilt med samma patienter. Ett vittnesmål, som har framgått tidigare, återger det på följande sätt:

*(...) vi har ju rätt många som söker på akutmottagningen som kommer som mångsökare som tycker att de, de blir inte förstådda, de är ju fysiskt sjuka men det är ingen som förstår dem och då blir de missnöjda, de går till*

*familjeläkarmottagningen och där blir de inte heller förstådda sen så kanske man parallellt med detta har en kontakt inom psykiatrin som vi inte har en aning om och psykiatrin vet inte hur ofta dessa patienter kommer till oss (...)*

Det är relativt vanligt att de inblandande parterna inte når varandra fullt ut i de havererade vårdkontaktarna. Att vissa patientgrupper ständigt återkommer med sin problematik gör att båda parter hamnar vid den slutgiltiga hållplatsen; att vara kommunikativt låst. Det är svårt att som professionell hitta ett fungerande kommunikativt sätt att hantera dessa vanskliga vårdkontakter på. Nedan visas på ett exempel från en akut-mottagning:

*(...) missbruksproblematikspatienterna som mer eller mindre har stegrad oro, ångest och somatiserar för att bli inlagda. Vi har ett antal sådana. Där blir det ofta konflikter då man står som ledningsläkare och målet är inte att lägga in dessa för det gagnar ju ingen, det finns inga nya medicinska skäl. (...)Då brukar det gå så långt så man säger: "nä det finns ingenting som vi kan ta prover på" och då vet de att nästa fas är att suicidhota och säga att de ska skada sig själva eller så och det har vi ett gäng som gör. Men någon kontakt med psykiatrin vill de inte ha. Det har jag varit med om åtskilliga gånger. Sedan är det de här kronikerna som är multistjuka som framförallt är smärtpatienter som återkommer hela tiden.*

Vittnesmålet visar på vilka vanskliga vårdkontakter som professionella till vardags möter på akuten och hur kontakterna speglas av konflikter som måste hanteras i interaktionen. Det är svårt att inte bli färgad och påverkad av andra professionellas uppfattningar kring vissa patienter (som tidigare har erfarit patienters upprepade besök och konflikter). Det gäller att gå in och lyssna och göra en egen bedömning. Ibland kan dessa patienter få ett dåligt bemötande redan i receptionen, vilket gör att det tar tid för läkaren att reparera vårdkontakten:

*De kan ibland träffa någon som är otrevlig i receptionen och då börjar det med suckar och frågor vad gör du här igen? Då får man försöka att reparera det. Det tar jättemycket tid och energi. Det är fullkomligt onödigt. Det kan väl hända den bästa men det händer ju lite för ofta. Det är svårt med stor personalomsättning på akuten också, det är en speciell typ av kommunikation. Man ska vara snabb och effektiv. Då är det lätt att man förminskar människorna och deras oro. Suckar över dem och det föranleder till fler vårdkontakter.*

Det finns en medvetenhet hos de professionella om vikten av att försöka reparera den kommunikativa skadan uttryckt och skapad utifrån suckar, ifrågasättande och ett förminskande av patienten i det omedelbara mötesögonblicket. Den professionella måste försöka skapa tillit för sig själv och vården hos patienten. Samtidigt står båda parter identiteter på spel i interaktionen. Patienten vill få bekräftelse på sin version av verkligheten och bli tagen på allvar. Den professionella å andra sidan behöver visa patienten lyhördhet och inkännande för att inte själv, till viss del, förlora den egna yrkesidentiteten – den är något som behöver ett ömsesidigt bekräftande. Men en sådan tillitsskapande handling, att bygga upp förtroende är mycket tidskrävande och energikrävande. Det innebär att såväl patienter som professionella kan uppleva en maktlöshet av att inte komma någonstans i vårdrelationen, trots maktasymmetrin:

*(...) sedan kommer de aldrig till något avslut. Jag tycker personligen att det är jätte viktigt att det är samma personer som håller i sådana här patienter hela tiden fast det är tungt. Det kräver väldigt mycket, det kräver tid och det kräver engagemang så att säga som inte alltid är så lätt för man orkar inte hela vägen, man blir trött på det här. Kommer hon eller han igen, jag klarar inte av det här en gång till. Lite så.*

Dessa återkommande vanskliga vårdrelationer dränerar de professionella på kraft, vilket bidrar till en urholkad empati för dessa patienter och uttrycks i suckar eller av att vara kort i samtalstonen. Dock är de professionella medvetna om att de själva genom suckar, tonläge, ordval etc. kan bidra till fler vårdkontakter för dessa patienter. Det blir en spiraleffekt, istället för att minska dessa vårdrelationer spås de på genom sådana språkliga markörer i interaktionen. Det innebär i sin förlängning att de professionella är medskapare till havererade vårdrelationer. De professionella kan även omedvetet vara medskapare till vanskliga vårdrelationer, när man till exempel vid akutmottagningen inte vet om patienters psykiatriska sjukdom:

*(...) det kanske finns en psykiatriska sjukdom bakom det hela, på nåt sätt förstärker vi kanske beteendet genom att göra en massa undersökningar som liksom ger dem ett kvitto på att även doktorn var orolig (...)*

Det finns även ett annat sätt att beskriva havererade vårdkontakter:

*(...) när sjukvården ser att här finns en utnyttjande (...) i någon form och patienten trots upprepad information eller olika samtal på olika nivåer så nöjer sig patienten inte och fortsätter kräva och kräva då när man inte patienten, alltså patienter har en bestämd uppfattning och sjukvården har en annan bestämd uppfattning (...) när det havererar så, många patienter om jag upplevt säger: "jag kräver att få denna behandling" och man hänvisar till paragrafer och olika lagar att patienten har rätt och man ska bestämma, självklart patienten har alltid rätt att vara med och bestämma om en viss behandling. (...) men oftast har patienten alternativ fem och så säger patienten nej till tre alternativ, patienten säger: "jag kräver att få alternativ fem" som sjukvården inte ens har som alternativ och det är där också som det skär sig.*

I vissa fall kan patientens reservationslösa åberopande av sina rättigheter bli en fördel som används för att lösa sjukdomsproblematiken, men denna dragkamp mellan skilda bestämda uppfattningar om behandlingar kan komma att ligga patient i fatet. Citatet visar hur de professionella ofta är tillmötesgående och ordnar samtal hos fler inblandande parter – men patientens ihärdiga krävande och vad som uppfattas som orimliga krav på sjukvården får snarare motsatt effekt. Ju intensivare patienten söker kontakt och ställer krav desto likgiltigare blir de professionella inför patientens krav. Patientens agerande för att få sin vilja igenom och bli trodd, minskar genom ett sådant agerande. De professionella blir istället successivt utmattade av att aldrig kunna mötas i kommunikationen och vet redan på förhand vad utfallet kommer att bli; det blir aldrig ett avslut i denna dragkamp.

Det finns ytterligare sätt som dessa havererade vårdkontakter kan ta sig uttryck: när det inte finns mer kvar att göra.

*(...) De (läs professionella) har då sagt på neurologen att "detta är ingenting", patienten köper inte det hela, går till patientnämnden, bli skickad för en second opinion hit och en second opinion dit och det är ingenting, och ibland hamnar man att det blir en läsning och så har vi till exempel nu ett fall här. Det här är ett brev från en patient (visar upp ett brev), hen skriver samma brev en gång om dagen, hen sätter på nytt frimärke, hen undertecknar det och skickar det, hen ändrar datum, vi ankomststämplar det (...) vi har nått vägens ände (...)*

För patienten har denna kamp blivit ett livsinnehållsprojekt som är existensberättande, det har blivit en del av identiteten. Och genom att vården slutar svara på inkommande brev och mail, desto mer vatten på kvarnen får dessa personer – vården gör/kan/förstår ingenting – samtidigt som dessa patienter ökar intensiteten i sina kontakter eller kontaktförsök. Det blir en cirkelprocess utan en slutgiltig lösning, den kan ta år i anspråk för de inblandande parterna – vilket blir oerhört tids- och resurskrävande.

Ytterligheten i hållplatsen att vara kommunikativt låst, är när det har övergått till att vara en besatthet hos patienten – det blir en skev verklighetsuppfattning där alla professionella inom vården betraktas som potentiella fienden. Det föreligger då en faktisk risk att som professionell bli utsatt för fysiskt våld.

## ETISKA OCH MORALISKA DILEMMAN

Det finns mycket som står på spel för de professionella, dels i den direkta interaktionen med patienten, som har havererat, och dels hur man som företrädare för sjukvården kan uppfattas. Det innebär att de professionella emellanåt får brottas med olika etiska och moraliska dilemman som de hamnar i. Dessa dilemman hör samman med deras identitet – vad som förväntas av den professionella rollen och vilka skyldigheter som tillskrivs rollen. Det är dilemman som framförallt blir synliga för de professionella i vårdandet av en grupp patienter. Det är en grupp, med samma slags återkommande problematik, som mer eller mindre har skapat ett eget community.

De professionella vittnar om en problematik som sträcker sig långt tillbaka i tiden och som på sätt och vis inte är unik för just den västmanländska sjukvården. Utifrån inställningen att se möjligheter istället för problem, när det numera i arbetsgruppen finns en öppenhet att dryfta hur de känner och uppfattar dessa havererade vårdkontakter, vittnar några professionella:

*Det har funnits en skamlighetsstämpel, det har hela tiden funnits en vetskap om att det här är en patientgrupp med ett missbruk som sjukvården har skapat, skuld och skam. Moraliskt, usch inte bra (...) man har tryckt undan diskussionen väldigt mycket och liksom inte lyft den så bara det att vi har lyft den är ju bättre, det tror jag på (...)*

*det är okej att dra igen dörren till teamgrupprummet och bara "hhuu", "grr" och säga att "det här känns inte bra, jag är arg på det här nu, jag tycker att det känns moraliskt fel" (...)*

*Man känner att hur det tar emot för man är liksom deltagare i en handling som jag känner är totalt och moraliskt förkastlig, att gå in och ge den här narkotikaberoende patienten ytterligare narkotika och den är ordinerad av sjukvården (...)*

Det har tidigare framgått att patienter med en missbruksproblematik kan ingå i gruppen patienter där kommunikationen fullständigt har havererat. Det har även synliggjort hur professionella upplever etiska och moraliska dilemman genom att själva bidra till patientens beroende och samtidigt utstå manipulation och hot. Sammantaget kan detta bidra till att identifiera såväl interaktionella verktyg som hållbara strategier i vårdrelationen. Några av de professionella vittnar om hur de mer eller mindre dagligen måste utstå och hitta strategier eller ett förhållningssätt för att hantera inlagda narkotikaberoende patienter som är aggressiva och manipulativa. Några strategier är att dela på bördan genom att vara två som går in till patienten eller att när en av personalen inte orkar – kan en kollega ta över. En av dem illustrerar upplevelsen av sådana möten enligt följande:

*Man får gå in ordentligt i professionen då och svälja det som man kanske själv tänker, så är det. (...) vi vet ju alltihop när det kommer det här, vi tycker likadant, vi tycker allihop att det är fruktansvärt, det är jobbigt det här. Och sen att behöva stå i det med patienten det tar nåt fruktansvärt, det är som du sa det suger livet ur en, för man ska stå där och man ska vara förstående och man ska försvara (...) alltihop det där.*

Att utstå gap, skrik och hotelser tär på personalen vilket leder till att de utåt sett visar för patienten att de lyssnar och förstår – men i själva verket låter de patientens tal mentalt passera förbi och tar inte ta åt sig av denna av negativa bekräftelse. Samtidigt som personalen måste väga sina ord för att inte själva bli manipulerade eller för att inte kränka patienten. Interaktion med dessa patienter skapar både frustration och i sin förlängning en utmattning. Interaktionen präglas av bristande förtroende hos såväl professionella som patienter för varandra – där patienten betraktar personalen som enbart potentiella "givare" och personalen ser patienten som aggressiv och manipulativ. Därför är det av vikt att hitta andra förhållningssätt för att minska antal kommunikativa situationer med dessa patienter och framför allt arbeta för att hålla en enad professionell front gentemot dessa. Risken är annars att inte ta "fighten/erna" med missbruket och skjuta problemet vidare i systemet. Men, när professionella å andra sidan vill följa riktlinjer och evidensbaserad kunskap och inte stödja missbruket, havererar kontakten totalt. Ett vittnesmål av de professionella beskriver haveriet på följande sätt:

*Då många har blivit morfinister tills de har stött på någon som ändå inte är beredd att fortsätta och då blir det fight och då blir det missnöje, då havererar kontakten när man inte gör som patienten vill, när man vill följa riktlinjer (...) och patienten har vant sig vid något annat, det är då det havererar. När sjukvården vill göra rätt och det blir fel för patienten, det är då det havererar.*

Det kan vara så att patienter initialt har fått stark smärtlindrande medicin, i tron om att det var rätt behandling – men när patienten sedan byter läkare som vill avbryta den behandlingen är det svårt för patienten att bryta vanan och sitt beroende. Det är ett moraliskt och etiskt dilemma som är ytterst svårhanterligt, speciellt när de professionella vill hjälpa patienten men ger efter för patientens krav när det uppstår problem/obehagligheter i den direkta interaktionen.

### **KOMMUNIKATIVA SITUATIONER INOM DEN EGNA ORGANISATIONEN**

Det är viktigt att även belysa exempel på en dubbelhet som kan förekomma i kommunikativa situationer mellan de professionellas olika yrkeskategorier. Denna dubbelhet kan dels skapa och (re)producerar dessa vanskliga eller havererade vårdkontakter, dels utgör interaktivt stöd i hanterandet av dessa former av vårdkontakter.

I intervjuerna framkommer det att i en del av de vanskliga vårdkontaktarna (främst med patienter som har en missbruksproblematik) saknas det tydliga direktiv från läkare till patient och från läkare till sjuksköterska, vilket kan skapa stora problem för sjuksköterskorna. Några vittnar om följande:



(...) vi som är sjuksköterskor hamnar i kläm, (...) vi är livrädda för att vi ska göra nåt som är fel och där kan jag tycka att kommunikationen läkare och patient, att läkarna måste sätta klara direktiv, det här gäller både för oss och för patienten så att det finns på prant om det skulle vara så att någonting händer när de inte är här för det är ändå vi som har lämnat ut läkemedel.

(...) jag har bråklat med doktorerna om det här och säger "vad gör den här personen inne, hon ska inte vara här", doktorerna ska gå in och ta beslutet att skriva ut vederbörande och ska då ta allt som den här utåtagerande manipulativa, oh konstigt beteende, men det orkar, en del orkar inte och så byter vi läkare varje vecka/varannan vecka och då blir det en annan regim och sen så gör de så här "om jag bara håller ut den här veckan så tar nån annan nästa vecka (...) jag förstår att man som läkare inte är nån övermänniska eller nån superstrong typ men jag har sagt hela tiden "jag ser att ni inte orkar, ni måste ta hjälp på något sätt för att så här kan vi inte ha det" för det havererar för patienten, det havererar för anhöriga och det är dessutom så att det är ett arbetsmiljöproblem som heter duga för sjuksköterskorna och dessutom för läkarna. Det går inte att ducka och låtsas som att det inte fanns.

(...) mötet vi hade, som låg i linje med "hur löser vi det och hur stöttar vi er som läkare" samt att vi ville föra fram "så här ser vår arbetsmiljö ut när ni agerar så här, vad det får för konsekvenser" (...)

Genom att ifrågasätta och våga synliggöra problematiken med vanskliga vårdkontakter och lyfta dem som ett arbetsmiljöproblem har förbättringar kunnat ske. Exempelvis har läkarna börjat skriva tydliga anteckningar för vad som ska gälla för patienten under helger. Det är dock lång väg kvar för att hitta hållbara strategier i hanteringen av dessa vårdrelationer, men att erkänna och tala om problematiken ger ett visst stöd till de professionella – de är inte ensamma och kan hjälpa varandra.

Det är genom ömsesidigt stöd och samtal med varandra som det i vardagen blir hanterbart att vara en del av dessa havererade vårdkontakter. Ett annat stöd är när sjuksköterskorna jobbar två och två kring patienterna:

*Det viktiga är spegling i gruppen efter att man pratar med varandra och vi har så mycket stöd av vår avdelningschef. (...) Nu pratar vi öppet efter som vi vet att det är problem, vi försöker skapa möjligheter för att det ska fungera, det ska inte ses som ett problem, det ska ses som en möjlighet som kan lösas och bearbetas på olika sätt för att allt ska fungera.*

Det är med en positiv inställning som de professionella aktivt försöker hitta strategier för att lösa arbetsmiljöproblemet – där en del av lösningen/arna kan vara att i det egna teamet diskutera och komma överens om strategier. I dessa team kan sjuksköterska, undersköterska, läkare och kurator ingå (en organisationsmässig strategi som diskuteras längre fram). Det är viktigt att kunna se sin egen del i vårdkedjan kring patienten och vilka konsekvenser den egna arbetsinsatsen har för såväl patienten som för kollegor.

### **ANSVARET SOM SKJUTS VIDARE INOM SYSTEMET OCH MELLAN ANDRA PARTER**

I studien har de intervjuades vittnesmål visat hur sjuksköterskor ofta kommer i kläm, att ducka för besvärliga eller vanskliga vårdkontakter, avsaknad av tydliga och klara riktlinjer och vårdprogram (som gör att patienter hamnar mellan stolarna) – handlar om att förskjuta ansvaret till någon annan kollega. När ingen part hålls ansvarig för sin del i vårdkedjan skapas en slags ansvarsfrihet. Det skulle underlätta för samtliga parter om det fanns en klarhet i ansvarsfrågan.

Det finns en medvetenhet hos de professionella om att de emellanåt skjuter problematiska fall vidare i systemet, speciellt när det gäller patienter med missbruksproblematik:

*(...) det är klart att vi är till för att hjälpa människor men ibland när vi vill hjälpa en människa som inte vet sitt eget bästa blir det problem. Och vi vill fortfarande hjälpa människan men när det blir problem har vi lätt att ge efter. Jag har lätt för att säga "okej men det här är fel men å andra sidan, vill du ta riskerna, du är medveten om nackdelarna, okej fortsätt". Man skjuter problemet till någon annan, som vi oftast gör så säger vi "okej fortsätt men inte hos mig". (...) så det är klart att vi också är svaga i sådana här lägen inom sjukvården, man vill inte ta fighten, (...) man har inte ork och tid (...)*

Förutom att detta är ett etiskt och moraliskt dilemma att hantera, skildrar vittnesmålet en medvetenhet om hur ansvaret för vissa patienter läggs på andra inom sjukvården. Det är lätt att ge vika för patientens öns-

kemål när professionella inte har tid och kraft att driva vad som i enskilda fall skulle vara en mer adekvat behandling. Vidare kan man se hur vittnesmålet, genom att citera sig själv i interaktion med patienter, även ger uttryck för en kund-relation. Läkaren informerar om för- och nackdelar med behandlingar och sedan är det upp till patienten att själv ta beslut – vilket innebär att ansvaret och möjliga risker att hantera, i viss mån läggs på patienten själv.

Några professionella vittnar om att ansvaret för vanskliga vårdkontakter många gånger hamnar hos dem, trots att andra parter borde åta sig hela eller delar av ansvaret. Det finns i psykiatrin och primärvården en avsaknad av viktiga samtals- och samarbetsparter kring vissa patienter:

*(...) Många av de mångsökande vi har på akuten har en fantastisk familjeläkare där ute som de ringer varje vecka till som de har kontakt med. Detta har jag förstått i efterhand att vissa, inte alla naturligtvis men många, och då är det jättesynd att vi inte har den kommunikationen att vi inte vet om att de går där och att de faktiskt har varit hos familjeläkaren tio gånger den senaste månaden för det här besvären och så kommer de till akuten. Det är ingenting som de uppger. Då skulle det också bli lättare. Jag tror att det skulle bli mindre frustration för det blir också lite frustration mellan olika vårdenheter kring de här patienterna. Att alla tycker att det är någon annans problem. Jag tror att vi borde bli bättre på att kommunicera men det är svårt att hitta form för det.*

*Rätt ofta har de inte samma familjeläkare. Utan de får träffa en ny varje gång och det är det som är bekymret. (...) väldigt stor omsättning inom primärvården och det sänker ju oss väldigt mycket med ökad belastning (...)*

*(...) Vi måste fokusera på de sjukaste också även om man kan känna och förstå att det är ett hemskt liv att hela tiden tro att nu är det någonting allvarligt fel på mig. Så är det ändå egentligen mer psykiatris del och jag kan känna, det märks ju att det finns brister inom psykiatrin, det är ju helt tydligt att det saknas beroende kontakter, det saknas psykiatriker, de är väldigt snabba på att avfärda dem och skicka tillbaka till familjeläkare som tvär sina händer. Då sätter sig oron i kroppen och så kommer man till medicinakuten igen.*

Vittnesmålen visar hur problem gällande en del patienter, skapar frustration inte enbart hos professionella, utan även patienter kan uppleva sig frustrerade och förbisedda. Arbetsbelastningen blir hög för berörda avdelningar på sjukhuset, då det saknas en kontinuitet och personal, inom såväl primärvården som psykiatrin, för att ta sig an ett delat eller hela ansvaret för patienten. Brist på kontinuitet skapar också svårigheter för att hitta former i kommunikationen med varandra. I vissa fall är också socialtjänsten inkopplad, en professionell vittnar om följande:

*(...) socialen kanske är inblandad till och med (...) Vi har liksom inga kontaktvägar dit. Vi har ju icke fungerande kontaktväg gentemot kommunen också (...) Det jag tror är en nyckel eller varje fall en del av nyckeln till det här. Den eviga konflikten mellan kommun och landsting om vem som är ansvarig (...)*

I dessa ovanstående vittnesmål, som visar på en ansvarsskjutning, handlar det inte om hur interna eller externa kommunikativa situationer reproducerar vanskliga vårdrelationer, utan om bristen på kommunikativa situationer mellan parterna överhuvudtaget för att gemensamt ta ansvar för patienter.

## PLANERADE OCH GENOMFÖRDA PROFESSIONELLA STRATEGIER

Några centrala frågor i intervjuerna har varit om professionella har någon eller några strategier för att hantera/bemöta dessa havererade vårdkontakter och hur man på ett tidigt stadium skulle kunna motverka sådana kontakter. Det förekommer såväl planerade som genomförda strategier på olika nivåer: i den direkta interaktionen med patienter och/eller kollegor, systems – eller organisatoriska förbättringar, vilket också har framgått på olika håll i studien.

### INTERAKTIONELLA STRATEGIER

Alla möten i sig är unika och parter i en interaktion vet inte på förhand hur kommunikationen kommer att gestaltas och utvecklas. Det innebär att de professionella behöver kunna känna in vilken interaktionell strategi som lämpar sig bäst i den aktuella situationen. En professionell berättar hur hon kommunikativt hanterar ett möte med en arg och frustrerad patient:

*För det första så försöker jag lägga mig på samma nivå som den personen som jag pratar med. Dels för att jag inte på något sätt vill lyfta fram att jag skulle ha en högre position eller maktposition till den utan tänker hur ser dennes*

*liv ut i vardagen och vad är betydelsefullt. Just att lyssna in väldigt mycket är ju en specifik upplevelse som är unik för den personen och den måste bli bekräftad i det som jag ser det. Det jag har med mig hela är att vara ytterst professionell från början till slut för att kunna förmedla en trovärdighet. Ett genuint intresse för den enskilda individens åsikter och upplevelser om hur det har gått till. (...) att bli bekräftad det tycker jag är det viktigaste. Så jag lägger ned väldigt mycket tid (...)*

De strategier som i beskrivs i det aktuella fallet ovan, innebär att maktasymmetrin i läkare-patient relationen tonas ned och därefter sätter sig den professionella in i patientens perspektiv. Hon återger hur hon positionerar sig som professionell i interaktionen genom att tydligt visa sitt intresse och lyssna in patientens historia. Centralt i interaktionen är att bekräfta patientens upplevelser genom att vara inkännande, något som i förlängningen även innebär en bekräftelse av patientens identitet. Dessa viktiga interaktionella strategier förutsätter att det finns möjlighet att avsätta tid för interaktionen. Det behövs tid för att lyssna och visa en lyhördhet för patienten, vilket är ett essentiellt inslag som flera professionella vittnar om i denna studie. I nedanstående vittnesmål förmedlas ett liknande sätt att bemöta aggressiva patienter:

*(...) om man avdramatiserar det här lite också. Visar att jag är inte din fiende och att man inte går in i någon form av argumentation utan mer att man lyssnar och tar det lugnt. Då upplever jag att man får en bra kontakt med de flesta, men så är det ju vissa som har en förutfattad uppfattning om vad de faktiskt har och vad det är för någonting. Där är det svårt att motivera medicinskt så finns det ingenting som tyder på det men då är de inte beredda att ta in det som i sig är viktigt. (...)*

Förutom strategin att kunna lyssna och vara lugn, betonas vikten av att avdramatisera spänningen och aggressiviteten genom att visa att man som professionell inte är patientens fiende och inte gå in i en argumentation. Med en sådan interaktionell hållning kan den professionella skapa en god kontakt för att komma vidare i mötet och kunna göra en medicinsk bedömning. Det är dock svårt att komma vidare i interaktionen i de fall då patienter på förhand har bestämt vad de har för sjukdom – det blir ett motstånd som inte kan övervinnas då patienten inte är mottaglig för en annan tolkning och förståelse.

I mer komplicerade fall, där kommunikationen speglas av aggressivitet, hot och manipulation, blir den interaktionella strategin (som nämnts tidigare) att vara vaksam på sina ord för att dels inte själv bli vilseledd, dels för att kunna bibehålla sin professionella roll. Några professionella beskriver denna balansgång i interaktionen:

*(...) klart man väger sina ord det gör man ju, man står och tänker, man är jättevässad för att man inte vill just säga nåt (...)*

*Ja, man kommer in till patienten och så lyssnar man till vad patienten säger, det är klart att man som sjuksköterska måste lyssna och hjälpa, men jag försöker inte komma i så djupa diskussioner och inte fråga så mycket. Om jag frågar så kommer det att dyka upp ett nytt problem, det är inget problem, det är bara att patienten vill skapa ett nytt problem som kräver en ny åtgärd, så att patienten ska stanna. Så man försöker lyssna (...) och säga "ja, jag måste gå nu så jag kommer lite senare, jag måste ta hand om andra patienter så jag kommer så fort jag kan" (...) man försöker avleda men på, ja ett fint sätt för att patienten inte ska känna sig kränkt (...)*

Här vittnas om hur professionella måste vara vaksamma över sin språkanvändning för att inte kränka, visa misstro, negligera patienten och ge intryck av att vilja skapa konflikt. Det är en interaktionell strategi, vilken har tagits upp tidigare, att man går in i sin profession till fullo och låter hårda ord samt hot från patienten passera i den aktuella interaktionen.

Andra interaktionella strategier som används i medierad interaktion (interaktion via telefon, mail eller brev) handlar också om professionella som markerar sin roll och sitt ansvar i den aktuella situationen. Exempelvis vidarebefordras mail från missnöjda patienter till professionella som har större kunskap om patientens situation eller innehar medicinsk expertis. Det förekommer även patienter, i enstaka fall, som kontinuerligt mailar flera parter inom sjukvården (alla beslutsfattare inom Landstinget, verksamhetschef, Patientnämnden osv.) om vad vederbörande är missnöjd med och hotar med anmälan till olika instanser. I sådana extremfall kan inte alla svara patienten, den generella strategin är då att verksamhetschefen kommunicerar med patienten. Det finns erfarenhet av att både vara och inte vara tillmötesgående och svara patienter som mailar till många, ett vittnesmål återger följande:



*(...) patienten är väldigt irriterad och förbannad på periodvis, att hen inte får något svar. Hen har ju ställt tre konkreta frågor i måndags och hen har fortfarande inte fått något svar. Det ger liksom ingenting. Vi har också fått den upplevelsen att patienten kanske triggas av att hen får ett svar för då kom det 17 stycken mail till, att det var det mest korkade svar hen hade fått (...) vi har sagt att ungefär en gång i månaden är det rimligt att få svar eftersom vi inte har något mer att komma med. Patienten är ju inte nöjd. Det är så och vi vidhåller ju vår ståndpunkt i de här frågorna som man har olika synpunkter på.*

Ovan beskrivs hur en respons från professionella kan eskalera i fler mail, vilket föranleder en strategi av att vara sparsam med medierade interaktioner. Vidare betonas att de professionella håller fast vid sina ståndpunkter samtidigt som de är tillmötesgående – något som är svårt att balansera på ett adekvat sätt i skrift. Ett annat vittnesmål beskriver denna balansgång:

*(...) man ska inte negligera dem samtidigt så kan man väl i vissa lägen känna och framförallt som det nu känns som att det tenderar att bli mer och mer. (...) Det som är en risk i det här är att det kan tränga undan annat viktigt arbete. Jag tycker att det är viktigt att man försöker hantera de här ärendena men kan tycka att det är svårt i vissa sammanhang att veta eller känna på vilken nivå ska jag göra det, exakt hur. (...) det är ett jättetungt jobb att sitta och försöka formulera sig på ett sätt som blir bra från alla, det är inte bara att lägga sig platt heller och säga att självklart ska du få precis som du vill.*

Här framhålls risken med att mer resurser kommer att behöva läggas på en relativt liten missnöjd och kravställande patientgrupp, vilket på sikt kan innebära att det får konsekvenser för den stora gruppen patienter – eftersom de professionella strävar efter att vara tillmötesgående. Det finns svårigheter att uttrycka sin förståelse och respekt för patientens situation samtidigt som man måste stå fast vid beslut och sätta gränser. Förutom att de professionella av erfarenhet har lärt sig interaktionella strategier i hanterandet av vanskliga vårdrelationer finns även planerade och genomförda organisationsmässiga strategier.

### **ORGANISATIONSMÄSSIGA STRATEGIER**

De två relativt stora pågående organisationsmässiga förbättringar som genomförs i syfte att minska havererade vårdkontakter är, som tidigare nämnts, anställningen av kontaktsjuksköterskor och sekreterare:

*Sedan har vi också tittat på våra telefontider och tillgängligheten där. Eftersom det vävs in i allt det här. Sjuksköterskorna märker ju också hur frustrerade våra patienter är. Där kommer vi också att när vi får de här kontakt sjuksköterskorna så kommer det där att se en jättestor förändring. (...) Vi kan motverka det bara vi har alla de här på plats. För har vi en helt klar bild framför oss, läkarna, sjuksköterskorna och hela personalstyrkan. Patienten kommer hit och innan den går ska de ha en ny tid. Det lyckas vi med då vi har kontaktsjuksköterskorna på plats och vi är i fas med våra diktat.*

Det finns en optimism och handlingskraft i att se den egna organisationen i nytt ljus, exempelvis genom att få extra resurser till att vara i fas med det fortlöpande patientarbetet. Vittnesmålet visar även hur en del av strategin är de professionellas skapande av ett tydligt och gemensamt ansvarstagande för patienten. Att ansvar tydliggörs, på olika sätt, är viktiga organisationsmässiga strategier som har framkommit i intervjuerna. Ett sätt som förs fram är:

*(...) det är jätteviktigt att koppla in de ansvariga, alltså de medicinskt ledningsansvariga, verksamhetschefer, har man en patient som är missnöjd då tycker jag att det är viktigt att koppla in cheferna på ett tidigt stadium för att få hjälp så att inte en enskild doktor ska, så att säga (...) sitter där i sin kammare och driver en process där patienten är missnöjd för långt (...)*

Här framhålls vikten av att tidigt involvera ansvariga verksamhetschefer i patientärenden för att komma till rätta med patienters missnöje. Verksamhetscheferna har, som framgått tidigare, en nyckelroll när det gäller att vända missnöjet hos patienterna, men de är även ett stöd till avdelningschefer för att hitta en strategi till att kunna stå enade som professionella i förhållande till patienten. Genomförandet av multidisciplinärt omhändertagande av patienter (som är mångsökande) är ett sätt att vara enade och där man som professionell även kan ta sin del av ansvaret för patienten. Utvecklandet av en modell eller en instruktion för hur professionella kan gå tillväga för att ordna multidisciplinära möten (möten mellan bland annat behandlande läkare, sjuksköterska, verksamhetschef, psykiatrin, kurator och patient) eller konferenser är på planeringssta-

diet. Patienten (som först måste acceptera mötet) och de professionella gör tillsammans upp en vårdplan för patienten och lägger upp en plan för hur man bäst går vidare i vederbörandes situation. Hittills har sådana möten genomförts på ansvarig verksamhetschefs eget initiativ:

*(...) min egen strategi för tillfället det är att utarbeta en enkel rutin för ett multidisciplinärt möte och det har jag arrangerat ett antal redan nu med de kontakter som jag själv har, jag ringer till klinikchefen på psyk, hon tittar på vem som är ansvarig och så ger hon mig ett namn och så kallar jag (...) man ska ha det som ett instrument tidigare, du ska inte vänta på en signal från patientnämnden (...)*

Det behövs således implementeras en modell för dessa möten, hur man ska arbeta i multidisciplinära team, eftersom det är sårbart och tidskrävande när ansvaret enbart bygger på individuella initiativ. Det görs även en del andra förbättringar utifrån individuella initiativ som i en förlängning kan bli en ny rutin: 1) att ha gemensam mottagning för olika avdelningars gemensamma patienter, 2) att använda styrkort/aktivitetskort för hur man som professionell ska kunna möta patienterna i multiprofessionellt team – något som hjälper arbetsgruppen att prata ihop sig.

Det har även framkommit förslag till organisatoriska strategier med utvecklingspotential såsom: 1) bättre kuratorstöd – vilka skulle kunna stå för kontinuiteten mellan olika specialister som ger sin syn på hälsoläget och därmed ta ett större ansvar för att stödja patienten, 2) att hitta ett bättre överskådligt sätt att dokumentera patientens sjukdomshistorik, 3) att ha regelbundna avstämningar kring svårt sjuka (i olika organ) patienter för att som professionell kunna se sin och andras del i vårdkedjan (finns risk att man inte ser konsekvenser av förändrad medicin för de andra sjukdomarna), 4) införandet av en mångsökarmottagning där man identifierar patienten som söker många gånger för att kunna arbeta mer proaktivt och 5) utveckla ett arbetssätt för att minska väntetiden för patienten.

## FRÅN POLITIKERHÅLL – HUR BEMÖTER DE HAVERERADE KONTAKTER?

Politiker möter även arga och frustrerade patienter, vars kontakter med vården har havererat. Politiker är den part som står utanför vårdpersonalens och patientens kommunikativa process, vilket innebär att patienter kan vända sig till dem som oberoende part. Det är främst via telefonsamtal som patienter ofta söker medhåll i sitt ärende hos politiker. Det framkommer i intervjuerna att patienter tillskriver politiker höga maktanspråk:

*(...) dom (läs patienter) har en övertro på att vi bestämmer detaljer. (...) Jag ska ta ett exempel, så förstår du bättre. I torsdags när jag var på väg till, X-stad i bilen, så ringer det en patient och hen är på fullt humör. Därför att hen anser att jag ska bevilja en diabeteshund till hen (...) Och jag gick inte in i den medicinska diskussionen med patienten. Det aktar vi oss för (...)*

*(...) inom psykiatrin är det ofta att man (...) ofta är det faktiskt anhöriga som ringer, och vill att man ska medverka till att upphäva någon diagnos, för det är fel. "Jaha, men ska jag som lekman, tycker du att jag ska göra det?" (...) då brukar jag dra paralleller, om någon är på hjärtintensiven med hjärtinfarkt eller hjärtflimmer, ska jag då tala om för kardiologen vad dom ska göra? (...) vi måste lämna det åt professionen. Och då brukar det bli en ganska sansad diskussion (...)*

Det är viktigt för politiker att tydliggöra sitt ansvar och sin roll i sammanhanget, en interaktionell strategi som professionella inom vården också tillämpar. I samtalen markerar politikerna att deras främsta uppgift är att hjälpa patienten vidare till olika ansvariga parter inom vården – exempelvis Patientnämnden och Socialstyrelsen. De allra flesta av de patienter som ringer behöver anvisningar om vart de kan vända sig till med sin problematik.

Vidare betonar politikerna vikten att avlyssna och bekräfta patienten och dennes situation – framförallt i samtal med patienter som upplever sig kommit till "vägs ände" och anser att de inte erhållit den vård som de behöver. Politikerna blir i dessa fall "det sista halmstrået", en kontakt som ser och hör patienten:

*(...) dom är inte friska, dom har råkat ut för nån behandling eller nån form som har gått snett, det är utrett hur det har gått snett men dom känner sig inte sedda i alla fall. Och sedan har det blivit så att dom upplever att vi blir som en kompis med dom nästan. Så att dom ringer och ringer (...)*

Politikerna får inte så sällan en långvarig relation med patienter som inte kommer vidare med sin problematik. Patienterna har vanligtvis inte någon annan att vända sig till, men för politiker blir dessa kontakter påfrestande och tidskrävande i längden. I likhet med vården balanserar de mellan att vara tillmötesgående, inlyssnande och medkännande och på samma gång vara principfasta, gränssättande och formella.

Förutom att patienter upplever en vänskap med politiker förekommer det även att hot riktas mot de förtroendevalda:

*Jag har faktiskt blivit hotad som politiker utav en person, hen skulle komma och klippa av mitt vackra hår om hen inte fick peruk och då sa jag att "nu tycker jag att det här samtalet är lite otrevligt, nu tror jag att vi slutar det här samtalet" (...)*

*Vid ett tillfälle hade jag en person som ringde några gånger och hen var hotfull. Personen var mycket otrevlig när hen ringde. Tredje gången hen ringde så kände jag igen rösten direkt, så jag sa "jag känner igen din röst, att det är du som ringer igen, jag vill inte prata med dig", och jag avslutade samtalet på en gång (...) sedan ringde hen aldrig mer.*

Ovanstående vittnesmål är exempel på hur politiker har lyckats bemöta och vända hotfulla situationer i samtal. Vidare vittnar de om hur vissa patienter, som kontinuerligt återkommer med sin problematik, har fastnat i en händelse som ägt rum för decennier sedan:

*Det kan vara 40 år tillbaka i tiden, då vården misslyckades. Och då började det gro. Och man får aldrig rätt. Och då kan det spåra ur, till slut blir det ett livsinnehåll. Man har inget annat att kämpa för än det där. (...) I grund och botten kan det vara en händelse för 25-40 år sen som fick i gång det här(...)*

*(...) Men dom här personerna som har det svårast, jag tänker på den här personen som kan ringa väldigt mycket, hen gör sig osams med vården. Vi har haft en annan person också (...) som alltid gjorde sig osams med vården. Talade alltid om att den som behandlade gjorde fel (...) sen ska vi inte sticka under stol med, det finns ju klagomål som är berättigade i bemötande.*

Här visar politikerna hur patienters tidigare erfarenheter av "vårdens" felsteg och brister blir högst närvarande i det omedelbara mötet med vårdpersonalen. För dessa patienter är det svårt att se bortom tidigare historicitet, missnöjet med och misstron för vården tar överhanden i nya vårdmöten – vilket kan leda till en havererad vårdkontakt.

Avslutningsvis menar politikerna att patienters klagomål i mindre utsträckning handlar om den medicinska vården utan att den handlar om vårdens bemötande:

*Det är egentligen ganska sällan anhöriga klagar på själva vårdåtgärden, ingrepp eller medicinsk behandling, det är bemötandet. Säkert långt över hälften. Inte minst inom psykiatri, men det är absolut i majoritet.*

Enligt politikerna föreligger det faktiska brister i vårdens bemötande och flertalet patienter och anhöriga har därför fog för sina klagomål. Bemötandefrågorna bör således beaktas i ett fortsatt arbete för att hantera och motverka havererade vårdkontakter på ett tidigt stadium.

## DISKUSSION

Studien visar hur professionellas vittnesmål bidrar till att identifiera vad som generellt respektive specifikt kännetecknar havererade vårdmötenas socialpsykologiska och kommunikativa dynamik. Förutsättningen för detta arbete är en kvalitativ ansats eftersom en sådan ger möjligheter att komma nära och på djupet i de professionellas perspektiv och erfarenheter.

Varje möte och varje patient är i unik i sig, vilket innebär att man på förhand inte vet eller kan förutse vad som kommer att hända i den aktuella interaktionen. Det *vanskliga* vårdmötet kännetecknas generellt av att det finns en tydlig misstro hos patienten mot vården som uttrycks i ett kontinuerligt ifrågasättande av den medicinska expertisen – inklusive kompetens, kunskap och bemötande. Patientens relation till vården och dess verksamhet (i den kommunikativa processen) handlar om ett missnöje som på olika sätt förmedlas i

interaktionen med de professionella. Då patienters missnöje kan ta sig olika uttryck, skifta i antal möten och intensitet skapar det en osäkerhets- och obehagskänsla hos de professionella i mötet med patienten.

Båda parter går in i interaktionen utifrån givna och sällan ifrågasatta roller som professionell respektive patient, men den egna förståelsen/tolkningen av situationen, tidigare erfarenheter och historik har stor betydelse för hur det aktuella vårdmötet tar sig uttryck och utvecklas. Oklara och motstridiga ömsesidiga rollförväntningar (på patient respektive professionell och politiker) är sannolikt en generell förklaring till att vårdkontakter havererar.

Vidare kan man se hur parternas direkta interaktion omsluts av flera lager av kontexter (samhälleliga värderingar, mediala- samt anhörigas erfarenheter och bilder av vården) som indirekt påverkar samtalet och uttrycks genom patientens ifrågasättande och uttryckliga misstro för vården. Det finns givetvis olika grader av ifrågasättande – ett visst mått av ifrågasättande torde vara sunt och utvecklande för verksamheten. Det är emellertid när ifrågasättandet går över gränsen, för vad som är rimligt att rikta mot den enskilde läkaren och vården, som vårdkontakten börjar haverera.

Ifrågasättandet kan också förstås som ett uttryck för förväntningar på den moderna patienten som förväntas vara delaktig i och ta ansvar för sin vård i en kundrelation med vården, medan läkarens roll i allt högre grad förväntas vara att förmedla fakta utifrån sin medicinska expertis och erbjuda patienten möjligheter att fatta informerade och självständiga beslut om behandling/åtgärder. Patienten ges inflytande i valfrihet och beslutsfattande – utvidgade rättigheter, som ligger till grund för vårdens tjänster. Studien visar på hur språkets konstruerande kraft (re)producerar denna kund-relation via skrifter som finns i tryck material eller tillgängliga på Internet. Det innebär att vården och dess organisation själv i viss mån är medskapare av havererade vårdkontakter när resurser saknas (brist på bemanning, otillgänglighet, långa väntetider osv.) för att kunna svara upp mot patientens faktiska och upplevda rättigheter. Detta är ett strukturellt problem, och de professionella är medvetna om att patienters missnöje, ilska och frustration ibland kan vara befogad. Likväl finns det patienter som driver sina rättigheter bortom vad som anses vara rimliga gränser.

Studien visar på hur de professionella, omedvetet kan vara medskapare till vanskliga vårdrelationer. Det kan handla om att personal på akutmottagningen saknar kännedom om patienters psykiatriska sjukdom, vilken ofta ligger till grund för de somatiska symtom patienten söker för. Genom att genomföra olika undersökningar, finns det en risk att patienternas beteende snarare förstärks. Det kan också ske relativt subtilt och (o)medvetet – när professionella genom ordval, suckar, tonläge förmedlar att man förringar patienten och inte tar denna på allvar (som ofta är mångsökande). Sammantaget kan detta sätta igång en cirkelprocess där de ständigt återkommer. Det skapar en spiral-effekt, vanskliga vårdkontakter späds snarare på vid sådana språkliga markörer i interaktionen.

På samma gång vittnar de professionella om hur de, mer eller mindre framgångsrikt, försöker reparera den kommunikativa skadan som orsakats av suckar och ett förminskande av patienten. Likaså försöker de vända missnöjet hos patienten innan den kommunikativt havererar totalt. Ett annat mer systematiskt sätt kan vara att vården, i högre grad än idag, på ett tidigt stadium ge patienten ett erkännande av felaktigheter och brister i form av en ursäkt när så är motiverat. Sådana ursäkter kan sannolikt ha en dämpande effekt på en icke-konstruktiv relation eller kommunikation. I studien framkommer det hur professionella genom olika interaktionella strategier stegvis söker vinna tillbaka patientens förtroende. Det handlar om att vara lyhörd, inkännande och bekräfta patientens upplevelser och erfarenheter och samtidigt ge information samt motivera tagna beslut. Tid och lyhördhet för patienterna är viktiga inslag i arbetet, samtidigt som resurserna är begränsade, enligt de professionella. Verksamhetscheferna har då en stor betydelse, att på ett tidigt stadium kunna identifiera och motverka havererade vårdkontakter genom samtal med missnöjda patienter, men även genom att vara ett viktigt stöd för personal som måste hantera havererade vårdkontakter.

Förutsättningarna som behövs för att som professionell framgångsrikt kunna hantera alla vårdrelationer är förmåga att lyssna, förstå och känna in patientens situation. Att sätta sig in i patientens perspektiv är i synnerhet ett viktigt inslag i vanskliga vårdrelationer, då det ställs på sin spets i dessa vårdrelationer. Det handlar även om att vara vaksam över den egna språkanvändningen, vilka ord och uttryck som används samt ge akt på hur blickar, gester och suckar kan inverka i interaktionen för att dels inte reproducera patientens fientliga inställning till vården, dels inte bli vilseledd av patienten. Studien visar på att hur professionella i interaktion

med vissa patientgrupper (som har en missbruksproblematik) måste väga sina ord ännu noggrannare för att inte bli manipulerade och/eller hotade av patienterna.

I vittnesmålen framkommer flera risker med havererade vårdkontakter. Vid sidan om medicinska risker såsom felaktig diagnostisering eller behandling förekommer det hot om anmälan och/eller att patienten ska vända sig till media, vilket i sig inte behöver vara något dåligt. Vid interaktioner med patienter som har en missbruksproblematik är hot och aggressivitet något som förekommer ofta, vilket i sin förlängning medför en annan risk: att som professionell bli dränerad på kraft och engagemang. I syfte att hantera risken av att, som professionell, antingen bli utmattad eller agera ut sin egen frustration (av den kommunikativt låsta situationen) har man utvecklat interaktionella strategier. Dessa strategier innebär att de professionella utåt sett visar patienten att de lyssnar och förstår – men i realiteten låter de patientens tal mentalt passera förbi för att inte ta åt sig av den negativa kommunikationen.

Där trovärdigheten för den egna professionella identiteten och sjukvården i stort står på spel är ett dilemma som handlar om hur man i direkt interaktion och i medierad interaktion utifrån tidigare havererade vårdkontakter ska kunna väga en tillmötesgående mot en gränssättande hållning gentemot patienten. Svårigheten består i att vara tillmötesgående och uttrycka sin respekt och förståelse för patientens situation och samtidigt hålla fast vid professionella ståndpunkter och beslut. Det framkommer också ett annat specifikt dilemma: hur sjukvården över tid har bidragit till patienters beroende av stark smärtstillande medicin. När professionella vill följa riktlinjer och evidensbaserad kunskap och därmed inte stödja missbruket, havererar kontakten på nytt. Det i sig gör att de professionella förskjuter ansvaret till någon annan i organisationen (en annan avdelning eller medarbetare) för det finns inte tid och kraft att ta kampen med patientens missbruk.

Studiens resultat visar på att ansvaret för dessa vanskliga vårdkontakter flyttas runt i systemet, utan att det finns en genomtänkt systematik. Det finns således behov av att synliggöra de professionellas insatser, kompetenser och ansvarsområden i vårdkedjan. Organisatoriska strategier som lyfts fram för att dels minska havererade vårdkontakter, dels tydliggöra ett gemensamt ansvar för patienten är: att anställa kontaktsjuksköterskor och sekreterare (komma i fas med diktamen) och att genomföra av multidisciplinära möten/konferenser. Att arbeta mer i multidisciplinära team öppnar upp gränserna mellan varandra och kan skapa möjligheter till interna kommunikativa situationer som i sin förlängning kan tydliggöra hela vårdkedjan och underlätta den egna insatsen.

## SLUTSATSER OCH UTVECKLINGSOMRÅDEN

Av resultatet och den föregående diskussionen kan några slutsatser dras och några områden för fortsatt utveckling ringas in.

*För det första* finns det kunskap och kompetens om hur man genom multidisciplinära möten/konferenser organisatoriskt sett mer framgångsrikt och patientsäkert skulle kunna hantera havererade vårdkontakter (där patienter är mångsökande). Det finns därmed skäl att avsätta resurser för att utveckla en modell alternativt en plan för hur man kan arbeta i multidisciplinära team och synliggöra vårdkedjan i sin helhet samt olika professionellas kompetens- och ansvarsområden inom denna kedja.

*För det andra* finns det två aktörer som är relativt frånvarande i arbetet kring vanskliga vårdkontakter: psykiatri och primärvården. Det har bland annat sin orsak i bristande kontinuitet såsom underbemanning och personalomsättning hos dessa aktörer, vilket leder till en avsaknad av kommunikativa situationer med dem. I syfte att åstadkomma sådana kommunikativa situationer bör dessa verksamheter förstärkas med ytterligare bemanning och kompetens, samtidigt som journalsystem borde finnas tillgängligt för den ansvarige läkaren i det aktuella fallet.

*För det tredje* finns det kunskap och erfarenheter av interaktionella strategier, vilka användas i interaktion med patienter som i olika grad är en del av en havererad kontakt. Det är goda och fruktbara interaktionella strategier som bör komma fler tillgodo i organisationen. Dessa strategier är således en viktig kompetens som finns uttalad och som tyst kunskap hos de professionella. Tillägandet av sådana strategier bör ingå som en viktig del i kontinuerlig kompetensutveckling kring vårdrelationer – för att synliggöra problematiken

och kunna stödja varandra som professionella. Det innebär inte fler ”bemötande koder” eller ”manualer för bemötande” eller ”mer information”, utan mer av att ta hänsyn till den kommunikativa processen – det egna ansvaret och möjligheter att utveckla sitt professionella förhållningssätt.

*För det fjärde* förekommer, i vissa fall, en avsaknad av tydliga vårdprogram och vårdgivare som inte är ense hur och vilken behandling som är adekvat, vilket skapar situationer där patienten hamnar mellan stolarna (ingen vårdgivare tar ett klart uttryckt ansvar). Det behövs avsättas resurser i syfte att förbättra den interna kommunikationen för att på så sätt skapa en tydlighet för samtliga parter och därmed kunna öka patientsäkerheten.

*För det femte* finns skäl att ytterligare identifiera vårdkedjans kommunikativa strukturer och situationer internt och visavi patienten och därtill befintliga utmaningar. Detta faktum aktualiserar behovet av en skräddarsydd fort- och vidareutbildning i dessa frågor för professionella inom vårdens olika verksamheter. En sådan skräddarsydd utbildning kan förslagsvis innebära utvecklandet av en gemensam mötesplats genom vilken kompetensutveckling för alla berörda parter sker. Kompetensutvecklingen kan eventuellt bli navet för att etablera kontakter över verksamhetsgränserna och skapa de samverkansformer som föreslås. Det innebär gemensamma reflektionstillfällen för personalen för att få möjlighet att fundera över uttalad respektive tyst kunskap och förgivettagande i möten med patienter (i den beskrivna processen) – där lärandet kring interaktionella strategier kan utgöra ett viktigt inslag. Det kan även utgöra ett tillfälle av att reflektera över klagomål och kritik, i ett led för att utveckla verksamheten och på så sätt förbättra en patientsäker vård – men även se över huruvida en ursäkt från vårdens verksamhet är adekvat i sammanhanget.



## REFERENSER

- Abell, J., & Stokoe, E. H. (1999). 'I take full responsibility, I take some responsibility, I'll take half of it but no more than that': Princess Diana and the negotiation of blame in the 'Panorama' interview. *Discourse Studies*, 1(3), 297-319.
- Adam, R., Price, K., Tucker, G., Nguyen, A. & Wilson, D. (2012). The doctor and the patient –How is a clinical encounter perceived? *Patient Education and Counseling*, 86, 127-133.
- Andersson, S-O. (1998). Vanskliga patient-läkarrelationer en mångfasetterad utmaning. *Läkartidningen*, 95(3), 182-188.
- Asplund, J. (1987). *Om hälsningsceremonier, mikromakt och asocial pratsamhet*. Göteborg: Korpen.
- Blomberg, H. (2001). *Det institutionella samtalet – en studie av mötet mellan välfärdbyråkrat och medborgare på försäkringskassan*. Arbetsrapport. Eskilstuna: Centrum för Välfärdsforskning skriftserie.
- Blomberg, H. (2010). *Mobbning, intriger, offerskap – att tala om sig själv som mobbad i arbetslivet*. Doktorsavhandling. Örebro Studies in Sociology nr 13. Örebro: Örebro Universitet.
- Drew, P., & Heritage, J. (1992). *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Edwards, D., & Potter, J. (1992). *Discursive Psychology*. London: Sage.
- Goffman, E. (1959/2006). *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Prisma.
- Goffman, E. (1961). *Encounters. Two Studies in the Sociology of Interaction* by Erving Goffman. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Goffman, E. (1971). *Relation in public: microstudies of the public order*. London: Allen Lane.
- Goffman, E. (1981). *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Gustafsson, B., Hermerén, G., & Peterson, B. (2005). *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Rapportserie nr 1. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Gustavsson, L. & Wallgrund, G. (2008). *Möten i vården. Ett informations- och studiematerial om bemötande inom hälso- och sjukvården*. Lund: Patientnämnden Skåne.
- Hak, T. (2004). *The interactional form of professional dominance*. I E. Annandale, M.A. Elston & L. Prior (red). *Medical work, medical knowledge and health care*. Oxford: Blackwell.
- Holmgren, M. (2009) *Retorik*: Malmö: Liber.
- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., Weijden, T., LeBlanc, A., Lockyer, J., Légaré, F., & Campbell, C. (2010). *Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication*. *Social Science & Medicine*, 70, 763-768.
- Kvale, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Leppänen, V. (2008). Maktutövning i telefonrådgivning. I I. Holmqvist (red.) *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Lian, O. S. (2011). Patienten som kund. I A. Tjora. (red.). *Den moderna patienten*. Lund: Studentlitteratur.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49.
- Mäkitalo, Å. (2003). *Accounting practices as situated knowing: Dilemmas and dynamics in institutional categorizations*. *Discourse Studies*, 5(4), 495-516.
- Sachs, L. (2000). *Att tolka budskap i vårdmöten över kunskapsgränser*. *Läkartidningen*, 97(35), 3752-3755.
- Stier, J. (2011). *Misshandel av systemet – Medborgare som inte sätter punkt*. Västerås: Landstinget Västmanland.
- Stier, J. (2012). *(Van)modernitet och identitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Ström, D., & Lefvert, S. (2010). *Nationell satsning för ökad patientsäkerhet – delrapport med resultat och erfarenheter*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Thomas, I., & Thomas, D. (1928). *The Child in America: Behavior problems and programs*. New York: Knopf.
- Thompson, J.B. (2001). *Medierna och moderniteten*. Göteborg: Daidalos.

## ELEKTRONISKA KÄLLOR

<http://www.ltv.se/Om-landstinget/Landstinget-i-sociala-medier/>

<http://www.1177.se/Vastmanland/Hitta-vard/Vastmanland/Jamfor/?HSAIDs=SE2321000172-1BK1&HSAIDs=SE2321000172-2ZP4>

<http://www.1177.se/Vastmanland/Regler-och-rattigheter/Motet-med-varden/>



## BILAGA 1

Akademien för hälsa, vård och välfärd

2014-02-10

**Vanskliga patient-läkarrelationer en mångfasetterad utmaning;** lyder rubriken i Läkartidningen som diskuterar hur komplicerade patient-läkarkontakter förekommer i hela sjukvårdsorganisationen och skapar känslor vanmakt och frustration. Har Du erfarenhet av patientkontakter där Du har känt dig handfallen eller frustrerad? Patientkontakter där patienten återkommer med sitt ärende, ställer krav på utredningar, remisser och behandlingar som i stor utsträckning saknar verklighetsförankring?

Vill Du vara med att berätta om dina erfarenheter eller arbetsgruppens erfarenheter kring dessa komplicerade patientkontakter? Ta tillfället i akt att tillsammans med andra kollegor diskutera detta ämne för att hitta vägledning i fortsatta vårdkontakter i sådana kommunikativa situationer.

På uppdrag av Landstinget Västmanland, Kompetenscentrum för hälsa arbetar professor Jonas Stier och fil.dr. Helena Blomberg med ett projekt kring, säker och effektiv vård i kommunikativa situationer mellan patient och vårdpersonal. I en tidigare studie av Stier (2010), framtonade en liten men mycket tids- och resurskrävande grupp, som trots omfattande medicinska utredningar och behandlingar, inte når en konstruktiv slutpunkt i sina möten med vården. Istället blir sannolikt följden för dessa personer en försämrad livskvalitet, medan en ökad belastning och i vissa fall försämrad arbetsmiljö kan bli möjliga följder för vården.

Det synes ofrånkomligt att det finns en diskrepans mellan å ena sidan vissa patienters upplevda missförhållanden, oförrätter, dåligt bemötande eller felbehandlingar och å andra sidan vårdpersonalens syn på sitt eget agerande och dessa patienters ”klagande”. I ett första steg avser vi studera *personalens perspektiv* på sådana möten, för att identifiera risker och förutsättningar men även vad som är karakteristiskt för dessa havererade vårdkontakter.

Studien kommer att genomföras med individuella intervjuer och med fokusgruppsintervjuer, där deltagarna är fyra till åtta personer. Som deltagare ingår Du in i en fokusgrupp utifrån yrkestillhörighet: verksamhetschef, läkare, sjuksköterska eller administrativ personal. Till skillnad från kvalitativa intervjuer där forskarens frågor och intervjupersonens svar utgör underlaget, läggs istället tyngdpunkten på gruppens interaktion/diskussion som baserar sig på teman presenterat av forskaren. Det innebär att gruppen tillsammans i sin interaktion skapar ett viktigt dataunderlag och betydelsefulla insikter, som inte skulle vara möjligt utan gruppens gemenskap bidrag.

Om Du kan tänka dig att ställa upp på en individuell intervju eller en fokusgruppsintervju eller har frågor innan Du har bestämt dig, kontaktar Du Helena på telefon eller email- *Senast den 5 mars*.

Genomförandet av fokusgrupperna *sker på arbetstid* och i Landstingets lokaler. Med Ditt *medgivande* spelar Helena in på band vad som sägs i diskussionen mellan deltagarna i fokusgruppen. Bandinspelningarna får endast Jonas och Helena ta del av och kommer att förvaras inlästa på Akademin för Hälsa, vård och välfärd. Innan Du bestämmer Dig, bör Du få veta under vilka villkor som Du ingår i studien:

Din medverkan är *frivillig*. Du förblir *helt anonym*, dvs. vi kommer inte att ta några personuppgifter och i den färdiga texten presenterar vi sammantagna svar/diskussioner från många fokusgruppsdeltagare tillsammans. Du har rätt att *avbryta* Din medverkan i fokusgruppens diskussion när du så önskar. Du har även rätt att avbryta Din medverkan efter att intervju har ägt rum, dvs. Du kan ta tillbaka allt Du har sagt. Den rätten har Du fram tills att vi har framfört det vi har skrivit för kollegorna vid Mälardalens högskola. Vi vill betona att materialet är endast avsett till att användas i *forskningssyfte*. De tolkningar som görs är våra egna, vilket vi förbehåller oss rätten till.

Vänliga hälsningar,

Jonas Stier  
Professor  
Projektansvarig  
Telefon: 021-10 70 05  
E-post: [jonas.stier@mdh.se](mailto:jonas.stier@mdh.se)

Helena Blomberg  
Fil.dr.  
Ansvarig för datainsamling  
Telefon: 021-15 17 70  
E-post: [helena.blomberg@mdh.se](mailto:helena.blomberg@mdh.se)

## BILAGA 2

### DISKUSSIONSFRÅGOR

#### NÄR MÖTEN/PATIENTKONTAKTER HAVERERAR

- 1) Har ni erfarenhet av att det ibland brister i kommunikationen med patienten?
- 2) Vilka konsekvenser kan sådana brister få i samspelet mellan er i mötet?
- 3) Har ni varit med, alternativt hört kollegor som har varit med, om patientmöten/kontakter som har havererat?
- 4) Hur har dessa havererade patientmöten/kontakter sett ut?
- 5) Har ni haft fortsatta/återkommande möten med dessa patienter där kommunikationen har havererat?
- 6) Vad återkommer patienten till för problematik?
- 7) Har ni i er arbetsgrupp diskuterat hur man kan hantera dessa patienter som återkommer med sin problematik?
- 8) Hur vanligt är det att samma person vid upprepade tillfällen kontaktar er kring ett, för patienten, oavslutat ärende?
- 9) Hur kommunicerar ni tillbaka till denna person som ständigt återkommer till er med en viss problematik?
- 10) Hur skulle man kunna på ett tidigt stadium kunna motverka sådana här havererade patientkontakter?
- 11) Skulle du/ni vilja tillägga något som vi inte har tagit upp?

## BILAGA 3

### **DISKUSSIONSFRÅGOR**

#### **KÄNNETECKNANDE FÖR KOMMUNIKATIONENS DYNAMIK**

Hur länge har du/ni jobbat som politiker?

Kan du/ni säga något kort om ditt/ert uppdrag?

Hur ofta kommer du/ni i kontakt med brukare?

Hur ser er kommunikation vanligtvis ut med brukare?

Tänker ni på vilka ord och uttryck ni använder i kommunikationen med brukaren?

Vad brukar medborgaren förvänta sig av er?

Vad förväntar ni er av medborgaren?

Har ni någon tid avsatt till enskilda möten med medborgare?

#### **NÄR MÖTEN/MEDBORGARKONTAKTER HAVERERAR**

Har ni erfarenhet av att det ibland brister i kommunikationen med medborgaren?

Vilka konsekvenser kan sådana brister få i samspelet mellan er i mötet?

Har du/ni varit med, alternativt hört kollegor som har varit med, om möten/kontakter med brukare som har havererat?

Hur har dessa havererade möten/kontakter sett ut?

Har ni haft fortsatta/återkommande möten med dessa personer där kommunikationen har havererat?

Vad återkommer medborgaren till för problematik?

Har ni i er arbetsgrupp diskuterat hur man kan hantera dessa medborgare som återkommer med sin problematik?

Utifrån era erfarenheter, har ni utvecklat någon enskild strategi för att kunna bemöta dessa brukare?

Vad är det man inte ska göra som politiker?

Hur vanligt är det att samma person vid upprepade tillfällen kontaktar er kring ett, för personen, oavslutat ärende?

Hur kommunicerar ni tillbaka till denna person som ständigt återkommer till er med en viss problematik?

Hur tror du/ni att man inom vården på ett tidigt stadium skulle kunna motverka att möten havererar?

Skulle du/ni vilja tillägga något som vi inte har tagit upp?





**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016- 15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)