

Patienters och personals upplevelser av bemötandet

Charlotte Jeppsson

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Magisteruppsats (SOAM 22)
Vt-2014



Handledare: Thomas Brante

ABSTRACT

Author: Charlotte Jeppsson

Titel: Patienter och personals upplevelser av bemötandet

Title: Patients' and personnel's experiences of the care

Supervisor: Thomas Brante

Assessor: Torbjörn Hjort

To be in the hospital as a patient is a special occurrence, and patients' experiences often vary when it comes to care, specifically in relation to hospital staff. The purpose of this study was to examine patients' and personnel's experiences of the care in an orthopedic clinic and to explore causal factors that maybe are affecting the experience of care. The community, the organization of the hospital and people's interaction with each other, is things that affect care experience. In order to analyze social interaction and the energy that is transferred between patients and staff, Goffman's and Collins' interaction theories, Turner's role theory and Parson's, Wadell and Wadell's and Waddell, Pilowsky and Bond's theory about the sick role were applied in this study. Additionally, the theories help explain the relationship between the professional role and the sick role and what factors are affecting the experience of care. The investigation was grounded on interviews with open questions. Fourteen patients were interviewed alone, and four groups with in total 13 patients from the ages of 15-80 years were interviewed. A further 14 persons with different professions working at the same orthopedic clinic were interviewed alone. The interviewed persons described both good and bad care experiences. The patients had experienced dependency, vulnerability and valued respect. The interaction and relation was the most important aspect of their experience for both the patients and the personnel even if community organizational factors, routines and rules also affected the care experiences. The results of this study are in accordance with the findings of previous researchers. The patients' and staff's experiences have to be understood in their context, but the results prove that the interaction and relation between patients and staff members in their special roles are very important. Basic needs are comprehensive such as having time for the patient, to comply, confirm and listen to every individual person.

Keywords: professional-patient relations, social interaction, interpersonal relations, role theory, professional role, sick role, nurse patient relations, communication, attitude, encounter and healthcare.

Förord

Det har varit intressant och lärorikt att skriva denna uppsats. Först vill jag tacka de patienter och den personal som jag har fått tillfälle att intervjua. Ett särskilt stort varmt tack ges också till min handledare, professor Thomas Brante, som har gett mig nya infallsvinklar och svar på mina frågor samt Katarina Jacobsson, Anna Meeuwisse, och Eva Johansson, Socialhögskolan i Lund. Jag vill också utbringa ett stort tack till min gamla kuratorskollega Ingrid Runesson som har läst, gett mig råd samt stöd. Jag vill även tacka arbetskamrater, vänner och anhöriga som ställt upp och accepterat att jag gått in i denna process med allt vad det innebär.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING OCH BAKGRUND	1
1.1 PROBLEMFÖRMULERING	5
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	8
2. DEFINITION AV BEGREPPET BEMÖTANDE	9
3. TIDIGARE FORSKNING	9
3.1 OLIKA UPPFATTNINGAR OM ”ETT BRA BEMÖTANDE”	10
3.2 PATIENTERS UPPLEVELSER AV ”ETT DÅLIGT BEMÖTANDE”	13
3.3 INTERAKTIONEN MELLAN PATIENT OCH PERSONAL	15
3.4 KÄNSLORS BETYDELSE I INTERAKTIONEN	17
4. TEORIER	19
4.1 GOFFMANS INTERAKTIONSTEORI	19
4.2 ROLLTEORIER	21
4.3 COLLINS TEORI OM RITUALER	24
5. METOD	25
5.1 METODVAL	25
5.2 UPPLÄGGNING OCH URVAL	26
5.3 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	27
5.4 BEARBETNING OCH ANALYS.....	29
5.5 METODOLOGISKA REFLEKTIONER	30
5.5.1 Betydelsen av min förförståelse.....	30
5.5.2 Reliabilitet och validitet	31
5.6 ETIK	33
6. EN ÖVERSIKT AV DET EMPIRISKA MATERIALET	34
7. RESULTAT OCH ANALYS	35
7.1 BEMÖTANDE UR PATIENTERNAS PERSPEKTIV	35
7.2 BEMÖTANDE UR PERSONALENS PERSPEKTIV	39
7.3 SAMMANFATTANDE ANALYS AV UPPLEVELSER AV BEMÖTANDE	42
7.4 UPPLEVELSER SOM KAN PÅVERKA BEMÖTANDET	45
7.4.1 Organisering, rutiner och regler.....	45
7.4.2 Relationen	46
7.4.3 Patientrollen.....	48
7.4.4 Personalens roller och professionellt förhållningssätt.....	54
7.5 BEMÖTANDE PÅ INDIVID-, ORGANISATIONS- SAMT SAMHÄLLSNIVÅ.....	64
8. DISKUSSION	67

REFERENSLISTA

Bilaga 1, Intervjuguide

Bilaga 2, Intervjufrågor till personal

Bilaga 3, Brev till Verksamhetschef

Bilaga 4, Intervjuförfrågan samt svarsblankett

*Bilaga 5, Förfrågan om att delta i fokusgrupp (samtalsgrupp)
samt svarsblankett*

*Bilaga 6, Antal ärenden som anmälts till den aktuella sjukvårds-regionen och hur många
av dem som handlar om bemötande-kommunikation*

Bilaga 7, Forskning som stödjer konsultation/handledning

1. Inledning och bakgrund

I mitt arbete som sjukhuskurator på flera somatiska kliniker har jag under lång tid funderat över bemötandefrågor eftersom det har framkommit svårigheter både från patienter och från personal att hantera detta ämne. Patienter har berättat att de inte känt sig ”sedda”, att personalen har det stressigt och inte alltid har tid att lyssna på den som är i behov av vård. Personalen upplever ofta en form av otillräcklighet i sitt arbete och kan ibland uppfatta att patienter har ett stort behov av att få lite extra omsorg eller bara av att få prata. Trots att bemötandefrågor har utretts och diskuterats i olika utredningar och personalutbildningar under lång tid så tycks problemet inte ha blivit mindre. Bemötande dryftas också ofta i stor omfattning på den ortopediska klinik där jag tjänstgör och därför ville jag genom att utgå från patienters och personals beskrivning av sina upplevelser angående bemötande, studera detta problemområde utifrån en vetenskaplig grund på min arbetsplats. Målet var att kunna använda resultatet i arbetet på kliniken för att öka medvetenheten om förhållningssätt och bemötande. Studien kan dessutom bidra med en ökad generell kunskap kring bemötandefrågor inom sjukvården och specifikt inom den somatiska vården.

Bemötandefrågor har länge betraktats som ett generellt problem inom sjukvården, både internationellt och nationellt. Svensk sjukvård har sedan 1980-talet genomgått många förändringar. För att ge några hållpunkter kan nämnas att 1997 trädde Socialstyrelsens föreskrift om kvalitetssystem i sjukvården (SOSFS 1966:24) i kraft och bidrog till diskursen ”patienten i centrum” (nu SOSFS 2005:12). Där klargjordes att all hälso- och sjukvård måste ha kvalitetssystem som är ändamålsenliga för egenkontroll i sin verksamhet (Bejerot 2008, sid. 145). På uppdrag av patientföreningar och politiker gjorde Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, en studie som i hög grad hade som mål att undersöka hur en god behandling, sjukvård samt patient och läkarrelation kan uppnås. I studien analyserades 800 studier i syfte att bl.a. nå evidensbaserad kunskap om hur ett gott bemötande i vården är och vad läkekonsten innebär (Ottosson 1999). År 1997 skrevs vårdgaranti in i Dagmaröverenskommelsen, från början en besöksgaranti, som 2005 utökades med en behandlingsgaranti. Modellerna för hur vården ska utföras har under ett par decennier varierat men inriktningen ”patienten i centrum” ligger

fortfarande fast. Hasselbladh, Bejerot och Gustafsson (2008) skriver om rationaliseringar, omstruktureringar och New Public Management (NPM) där styrfilosofin påverkar arbetet inom sjukvården. Hasselbladh et al. (2008) menar att man kan se prov på en ny transorganisatorisk styrningsregim i svensk sjukvård och att vissa ideal är ”stängda i diskursen”, t.ex. ”patienten i centrum”. Med ”stängda i diskursen” menas ett kontinuerligt rådande ideal och ett viktigt mål som helst inte får ifrågasättas och som sätts främst. Makten förskjuts ändå till ett regleringslandskap bortom offentlighetens blick och det uppstår en ny innebörd i att vara anställd för olika yrkesgrupper (ibid.). Regler och rutiner gör att ”patienten i centrum” kan vara svårt att arbeta efter på det sätt som det var tänkt från början.

Det förekommer många metoder som är befästa och omtvistade där tankesättet går ut på att man har en beställar-utförar-modell där produktivitet, målstyrning, standardisering och konkurrensutsättning samt rationalitet och effektivitet är viktiga nyckelord. Den aktuella sjukvårdsregionen för denna studie har 2007 infört Lean Production (Lean Health Care-modellen), en verksamhetsstrategi och filosofi om resurshantering. Syftet med Lean är att identifiera och eliminera alla faktorer i en produktionsprocess som inte ger ett värde för kunden. Man kan enkelt säga mer värde för mindre arbete och att personalen ska vara så effektiv som möjligt.

Det finns en rad lagar, mål och riktlinjer som svensk sjukvård ska arbeta ifrån och här ges en kort överblick. Patienten har idag lagliga rättigheter att uttrycka behov och önskemål (Götlind 2010, sid. 47). Lagar och mål är utgångspunkter som ska styra arbetet. I Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763) 2a§ står det att ”Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras tillsammans med patienten.” Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Detta är anvisningar för bemötanderutiner men ofta finns inga specifika riktlinjer för enskilda verksamheter. Patientsäkerhetslagen (2010:659) betonar vårdpersonalens skyldighet att ge patienten individuellt anpassad information. Socialstyrelsen har gett ut ”Nationella indikatorer för God vård” (2009), ”Min guide till säker vård” (Socialstyrelsen 2011a) och ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal” (Socialstyrelsen 2012). Socialstyrelsen ger även ut ”Kunskapsguiden” som nämner EBP, evidensbaserad praktik, att praktiken är fram-

gångsrik och att detta verifierats genom forskning. Den professionella vården ska ha integrerad bästa tillgängliga kunskap om personens situation, kontextuella omständigheter, erfarenheter och önskemål samt den egna expertisen i åtanke. ”Vårdhandboken” produceras av Inera AB, som ägs av alla landsting samt regioner och riktar sig i första hand till vård- och omsorgspersonal. Socialstyrelsen ger ut olika former av register som t.ex. Läkemedelsregistret och Patientregistret (Socialstyrelsen Register). SKL ger i samråd med Socialstyrelsen ut ”Nationella kvalitetsregister”. SKL ger också ut ”Vårdbarometern” (Sveriges kommuner och landsting, SKL, 2013).

Socialstyrelsen (2011b) skriver att mötet mellan patient och vårdgivare är sjukvårdens kärna. Det fastställdes 2012-01-01 nya föreskrifter och allmänna råd för systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Bemötandefrågor är en del av kvalitetsarbetet i sjukvårdsorganisationerna och under 2012 genomfördes ett omfattande utvecklingsarbete för att utveckla arbetsmetoder och processer. I den aktuella sjukvårdsregionen, i Hälso- och sjukvårdsnämndens samlade uppdrag 2013, kan man läsa att vården har som mål att ges med respekt för alla människors lika värde. Vården ska vara sammanhållen, lättillgänglig och begriplig för den enskilde. Delaktighet, inflytande och tillit ska finnas under hela patientprocessen och vården ska utgå från den enskildes perspektiv.

Samtidigt som sjukvården har satsat på bra bemötande exempelvis genom ”patienten i centrum” så har antalet klagomål på bemötande ökat till Patientnämnden, (se bilaga 6). Individerna upplever det svårt att påverka på samhällsnivån men patienten kan göra anmälningar till Patientnämnden¹, Patientförsäkringen, Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF² och Inspektionen för vård och om-

¹ Huvuduppgiften för den politiska patientnämnden är att göra en politisk analys av de patientärendena med synpunkter på vården som har kommit in till Patientnämndens kansli. Denna nämnd rapporterar sedan till Regionfullmäktige och berörda nämnder. Detta politiska arbete bidrar till kvalitetsförbättringar och en ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården. Detta är ett av uppdragen enligt lagen om patientnämndsverksamhet.

² Om patienten drabbas av en skada när han eller hon vårdas inom offentlig sjuk- eller tandvård kan individen ha rätt till ekonomisk ersättning enligt patientskadelagen. Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF. *Patientförsäkringen, LÖF* (elektronisk), <<http://www.patientforsakring.se/>> (2014-06-13).

sorg, IVO³. Det har också utförts en anmälningsplikt för sjukvården och för personalen att rapportera anmälningar till IVO. Denna regel kallas lex Maria⁴. Sjukvårdspersonalen kan också skriva avvikelser. Det förefaller att vara ett dilemma eller en paradox att både arbeta för att uppnå upplevelsen av ett gott bemötande samtidigt som att anmälningarna har ökat och frågan är på vilket sätt denna utveckling har påverkat upplevelsen av bemötandet hos personalen?

Tidigare studier om patienters och personals upplevelser av bemötande visar olika resultat. I vissa fall ges en övervägande positiv bild, medan andra undersökningar visar på tydliga negativa upplevelser. I Sverige görs nationella undersökningar om människors upplevelser av mötet med hälso- och sjukvården (Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, 2012b; 2013). SKL har gjort en nationell patientenkät inom specialistvården 2010 och 2012 och fått relativt positiva resultat (SKL 2011; 2012d). Patienterna har 2012 högt förtroende för vårdpersonalen och upplever att de bemöts med hänsyn samt respekt (SKL 2012c). Patientupplevd kvalitet är högst i den öppna specialiserade vården (somatisk/kroppssjukvård). Patienterna är särskilt nöjda med bemötandet, känner att de blir lyssnade till och har ett högt förtroende för behandlaren de träffat (SKL 2012a). I undersökningen påpekas dock att situationen kan förbättras ytterligare genom att öka delaktigheten för individens planerade vård. Minst nöjda patienter finns inom den slutna psykiatriska vården. Äldre personer är generellt mer nöjda än yngre och män är mer nöjda än kvinnor, speciellt inom den slutna psykiatriska vården (SKL 2012c).

Ett exempel som belyser negativa upplevelser av bemötande är Jakobssons (2007) studie där 826 personer i åldrarna 18-103 år svarat på en postenkät. Studien visar att 40 % av patienterna generellt har upplevt ett dåligt bemötande av sjukvårdspersonalen och 10 % vid flera tillfällen. Framförallt är det yngre personer, 18-59 år, kvinnor, 30-44 år, samt personer med olika svårdiagnostiserade symtom som

³ Om patienten själv eller någon närstående råkat ut för en vårdskada eller upplevt brister i patientsäkerheten i samband med vård eller behandling inom hälso- och sjukvården eller tandvården, kan han eller hon göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. *Inspektionen för vård och omsorg, IVO* (elektronisk), <<http://www.ivo.se/Sidor/default.aspx>> (2014-06-16).

⁴ Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. *Inspektionen för vård och omsorg, IVO Anmäl vårdskada - lex Maria* (elektronisk), <<http://www.ivo.se/anmala-och-rapportera/anmal-vardskada-lex-maria/Sidor/default.aspx>> (2014-08-11).

känt sig illa bemötta. Patienterna upplever sig inte som unika individer, att de blir ifrågasatta, är till besvär och att personalen inte lyssnar. Vidare upplever de långa väntetider, dålig kontinuitet och uppföljning. Studien visar att det behövs mer kunskap om mötet samt bemötandet mellan vårdpersonal och patienter (Jakobsson 2007, sid. 541). Patienters upplevelse av ett dåligt bemötande, svårtillgänglighet, väntetider, brist på personal samt information diskuteras ofta i svensk media. Ett exempel utifrån en mängd författare och skribenter som skrivit om detta är Zarembas reportageserie i Dagens Nyheter som även getts ut som bok (Zaremba 2013).

1.1 Problemformulering

Med utgångspunkt från den beskrivna bakgrunden har den aktuella sjukvårdsregionen för studien genomfört en konkretisering i förhållande till lagstiftning. Denna konkretisering är styrande i form av målsättningar, principer och hållningar för hur vården ska bedrivas och hur bemötandet i patientrelationen ska vara. Dessa normer informeras personalen om. Utifrån detta har studiens problemformulering, syfte, frågeställningar och intervjuguide uppkommit.

Statistik från PASiS, qlikView, visar att kliniken som är aktuell för undersökningen år 2013 hade 92210 besök varav cirka 57000 läkarbesök inom öppenvården och 6047 vårdtillfällen inom slutenvården. En hälso- och sjukvårdsstrateg på Enheten för patientnära frågor, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning i den aktuella regionen informerar att i patientenkäten för 2012 erhöles 469 av 910 skickade enkäter till patienter i öppenvård och 399 av 693 skickade enkäter till patienter i slutenvård som fått vård på den aktuella ortopediska kliniken. Resultatet visar att mycket har blivit bättre om man jämför resultaten från 2010 men ”den upplevda patienttillgängligheten” kan bl.a. förbättras (SKL 2012d). Patient-tillgänglighet är ett omfattande begrepp som diskuteras i Regional sjukvård och kommunal primärvård. Det innebär att patienter ska få vård inom rimlig tid, senast inom ramen för de tidsgränser som anges i nationella, regionala krav samt regelverk. Med förbättrad tillgänglighet inräknas även telefon och e-tjänster (se t.ex. Socialdepartementet 2012).

Den uttalade ambitionen på den aktuella ortopediska kliniken är att patienterna ska få ökad möjlighet att prata med sin läkare vid oro, få tillräcklig avskildhet när de pratar med personalen och när de får behandling. Patienterna ska också ges ökad möjlighet att diskutera valet av remittering för fortsatt vård hos annan vårdgivare eller inläggning på sjukhus samt få mer information om hur sjukdomen kan inverka på det dagliga livet (Institutet för kvalitetsindikatorer 2013). Kliniken har också 2010 formulerat värderingar⁵ som ska vara ett stöd och en ledtråd för medarbetarna. Dessa är:

Patienten främst: Patienten ska vara i fokus och prioriteras.

Respektera individen: Respektera en individ är att ha en hållning för någon annan och ordet hör samman med hänsyn, artighet samt aktning (klinikens förklaring). Ett bemötande med respekt krävs i alla verksamheter i samhället och hållningen består av värdighet, saklighet, opartiskhet samt tydlighet. (Blennberger 2006, sid. 228).

Ständigt bättre: Handlar bl.a. om att vi ska arbeta evidensbaserat, kostnadseffektivt (det är medborgarnas skattepengar) och undersöka vad vår (kund) patient vill ha av oss.

I denna studie fokuseras på vikten av ett bra bemötande och att undersöka hur bemötandet på avdelningarna upplevs av patienter samt personal på en av Sveriges specialistkliniker, en ortopedisk klinik. En av målsättningarna för all personal är att patienterna ska bli utskrivna från avdelningarna när de bedöms färdigbehandlade och inte längre behöver specialistvård. Föreligger behov blir man öppenvårdspatient på kliniken. Det är ont om sängplatser, kortare vårdtider och ett hårt tryck att hålla igång ett stort patientflöde. Personalen har blivit färre och det är stort ombyte. Man förväntas (inom all sjukvård) sedan lång tid tillbaka att arbeta efter att den enskilde patienten är en unik person och att man inte kan behandla alla lika (Hagemann, 1953).

När bemötandet upplevs negativt blir det ett problem för både organisationen, patienterna och personalen. Ett sätt att skapa förbättringar är att personal tillsammans med patienter skapar en mellanmänsklig relation och enligt Travelbee (1971) är det sjuksköterskans uppgift. Beträffande detta kan man undra om det inte är all personals uppgift. Utifrån ett psykosocialt perspektiv är bemötande inte bara de

⁵ De kursiverade orden finns på den aktuella regionens och klinikens intranät och utgår från klinikens värderingar samt bygger på lagstiftning framtagna i process med medarbetarna.

enskilda personernas angelägenhet utan också organisationens och samhällets. Patienten eller personalen blir dock ofta ”problemet” när bemötandet inte fungerar tillfredsställande och organisationens riktlinjer och regler bedöms som riktiga. Man kan uttrycka detta som att organisationen ibland kan försvåra flexibla lösningar när det gäller bemötandefrågor. Detta medför många gånger att det finns förväntningar på att den enskilde ska förändra sitt (arbets)sätt, underförstått att patienten ska acceptera det som erbjuds och att personalen bör arbeta mer effektivt. Individen kan då uppleva maktlöshet inför organisationens riktlinjer och att man inte kan påverka sin situation. Frågan är om och i så fall hur personal själva funderar över förbättringsstrategier för att känna sig mer delaktiga i sitt arbete?

Ekensteen (2001) skriver att bemötande kan studeras på olika nivåer. Den kollektiva nivån innebär att det grundläggande bemötandet uppstår i politiken. Rikspolitik och lagtext anger ton och förutsättningar som sprids till den offentliga verksamheten på alla nivåer. Regering och riksdag bär på så sätt ett avgörande ansvar för hur människor bemöts i Sverige. Den organisatoriska nivån berör enskilda förtroendemän, tjänstemän, handläggare och personal ute i myndigheterna och verksamheterna. Bemötandet påverkas där av hur var och en av nämnda personer uppfattar och tolkar lagar, värderingar och intentioner. Den individuella nivån är det nära, individuella mötet med den enskilde tjänstemannen eller handläggaren och människan som är i behov av vård, hjälp eller stöd. Den professionelles etiska grunder och förmåga till empati blir avgörande i den samlade kompetensen att föra ut, verkställa och genomföra politikens intentioner (ibid.). Fokus i denna studie ligger på den individuella nivån, interaktionen och relationen mellan individer som möts inom den sluta vården på en sjukhusavdelning.

Studien som utifrån nämnda problemområde således utgår från ett interaktionistiskt perspektiv har för avsikt att undersöka patienters och personals upplevelser på en ortopedisk klinik gällande vad som är ett bra eller ett dåligt bemötande. Tanken med uppsatsen är att till viss del öka förståelsen för hur organisation och riktlinjer påverkar vårdarbetet och bemötandet men också specifikt påvisa hur värdefullt vårdarbetet är och relationens specifika betydelse i det enskilda mötet, här avseende patient och personal. Goffmans interaktionsteori påvisar det psykosociala perspektivet, att både samhälle, organisation och enskilda individer på-

verkar bemötandet även om uppstatsens fokus ligger på sampelet mellan patient och vårdpersonal (Goffman, 1983; 2010; 2011a; 2011b; 2011c). Patienter och personal förväntas att inta vissa roller, uppdrag eller beteenden. Rollteori, såsom Parsons (1964), Turner (2002), Wadell och Wadell (2000) och Waddell, Pilowsky och Bond (1989) har varit ett stöd för att utforska, förstå och förklara på vilket sätt patient-, sjukrollen och personalens professionsroller påverkar relationen mellan patient och personal. Med ovanstående teorier finns potential att belysa svårigheter och möjligheter som patient- och professionsrollerna medför och hur detta i sin tur kan påverka interaktionen och upplevelsen av bemötandet mellan patient och personal. Collins interaktionistiska teori om emotionell energi, EE, ger ett vidgat perspektiv i hur interaktionen påverkas av patienters och personals känslor pga. den form av energinivå som överförs mellan parterna. Genom att utifrån denna teori öka sin förståelse i hur energier överförs och vad den enskilde personalen kan vara observant på i samspelet med patienten finns möjligheten för de som tjänstgör att öka sin medvetenhet och påverka sitt arbetssätt. (Collins 1975; 1990; 2004; 2008). Ovan nämnda teorier förväntas tillsammans att bidra med en utökad förståelse och kunskap för det berörda problemområdet. Undersökningen har också som mål att kunna ge en förhoppning att personalen har möjlighet att påverka bemötandet trots en föränderlig organisation och besparingskrav. Studien bygger på följande frågor: Hur upplever patienter och personal organisationens påverkan på bemötandet? Vilken betydelse har relationen samt interaktionen mellan patient och personal för upplevelsen av bemötandet? Hur beskriver patienter och personal rollens betydelse för upplevelsen av bemötandet?

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att med stöd av interaktionistisk teori samt rollteori, utforska patienters och personals beskrivning av upplevelser av bemötande och deras beskrivning av upplevelser om vad som kan påverka bemötandet.

Studien utgår från följande frågeställningar:

Hur beskriver patienter och personal bra respektive dåligt bemötande?

Hur kan patienternas och personalens upplevelser av bemötande förstås och förklaras med hjälp av ett interaktionistiskt perspektiv samt rollteori?

2. Definition av begreppet bemötande

Bemötande kan syfta på en upplevelse och ett beteende men även på innehållet i ett argument (Echeverri 2010, sid. 12). Det kan också förklaras som en interaktiv relation mellan två eller flera individer samt som en upplevelse. Bemötande ligger nära attityd, förhållningssätt, kunskaper och åsikter. ”Men det ligger också nära beteende på grund av dess relation till det gensvar den som bemöter ger uttryck för, genom verbala uttryck och kroppsspråk.” (Echeverri 2010, sid. 12). Statens offentliga utredningar, SOU 1997:51 definierar bemötande som: ”Det är ett mellanmänniskt samspel som handlar om den inställning som personer har till varandra och hur denna visar sig i ord, gester, handling osv.” (SOU 1997:51, sid. 53). Referensramar och bedömningsgrunder som den bemötte har är grundval för bemötandets karaktär. Bemötande handlar om socialt samspel mellan individer men också om samhällets verksamheter för stöd och service (ÄO, Arbetsrapport 1: 2003, sid. 8). Den människosyn man har påverkar hur man bemöter andra och därför har det stor betydelse hur personalen ”ser” på människan inom vården. Bemötande handlar bl.a. om hur man kommunicerar och samtalar och ett positivt bemötande kan gestaltas med ord som vänlighet, hjälpsamhet, korrekta besked och upplysningar. Vidare kan respekt, värme och engagemang definiera ordet bemötande (Fossum 2013, sid. 32-33). Bemötande kan också bedömas utifrån neutrala begrepp som mottagande, människosyn, människovärde, kvalitet, uppträdande, behandling och tonfall (ibid.). En mer allmän bemötanderepertoar för socialt arbete kan bestå av följande nyckelord: Respekt, jämlikhet, vänlighet, tillit, empati som uppmärksamhet, medkänsla, uppmuntran, stöd, tröst, kritik, konfrontation, lätthet och humor (Blennberger 2006, sid. 228). Jag utgår i denna studie ifrån att bemötande är en form av upplevelse på individnivå samt ett beteende i samspelet mellan patient och vårdpersonal.

3. Tidigare forskning

Det finns en ansenlig mängd forskning om bemötande på individnivå gällande olika verksamhetsområden. Inom sjukvården är oftast forskning specialiserad på patienter med skilda diagnoser och personalkategorier inom regional sjuk- eller primärvård, men handlar sällan om patienters upplevelser av bemötande generellt. I detta avsnitt systematiseras den forskning jag valt att ha med utifrån teman som

knyter an till studiens frågeställningar: Vad som upplevs som ett ”bra” och ”dåligt” bemötande, interaktionen mellan patient och personal, samt känslors betydelse i interaktionen.

3.1 Olika uppfattningar om ”ett bra bemötande”

Det finns flera studier som pekar på att patienter och personal upplever ett bra bemötande inom vård- och omsorg. Söderlund (1998) har i sin avhandling utfört tre delstudier som fokuserar på patienter i svensk Hälso- och sjukvård (som varit inskrivna i vården) och deras brevskrivning, dagboksanteckningar samt patientintervjuer. Söderlund menar att god vård samt gott bemötande hör ihop och att det är vårdpersonalen som avgör upplevelserna hos patienten. Man kämpar tillsammans och gemenskap, samarbete samt trygghet är viktigt. När personalen är vänliga och ödmjuka och ger förtroende, säkerhet och hopp samt tro till patientens förmåga har denna i regel lättare att känna sig omhändertagen, ha kontroll och att kunna använda sina resurser (Söderlund 1998, sid. 163-171).

Resultatet i en kvalitativ studie med 11 semistrukturerade intervjuer visar att ett bra bemötande är att känna respekt och stöd och att etablera en personlig relation till den professionelle. Bra bemötande är också att uppleva att kraven på rehabiliteringen är väl balanserade samt att känna sig delaktig i beslut och i rehabiliteringsprocessen (Müssener et al. 2008, sid. 71-87). Segesten (2007, sid. 19-37) skriver att patienter bl.a. värdesätter ögonkontakt, att man tar i hand när man hälsar, leenden och att personalen aktivt lyssnar på patienten.

Von Essen & Sjødén (2003) har använt sig av en kvantitativ metod som rangordnar skillnader i vad patienter och personal tycker är de viktigaste faktorerna för ett bra bemötande. Resultatet visar att patienterna anser att det är viktigt att veta när man kan ringa doktorn, att personalen förstår sjukvårdsutrustningen och är ärliga om patientens medicinska kondition, att patienten kommer först och får vård i rätt tid samt att personalen är glad och ser patientens behov. Personalen tycker att det är viktigast att lyssna på patienten och att denna kommer först vad som än händer. Personalen tycker vidare att det är betydelsefullt att man rör vid patienten när denna behöver tröst, att man talar på ett språk som patienten förstår och är lugn samt sitter ner med personen. Det har också stor betydelse att person-

alen ser patientens behov samt inser att denne känner sig bäst själv (ibid.). Papastavrou, Efstathiou och Charalambous (2010), från Cypern, har i sin review där 23 kvantitativa studier studerats, kommit fram till att patienters och sjuksköterskors upplevelser ofta inte överensstämmer kring vad som värdesätts som ett bra bemötande. Det som patienter värdesätter mest är att sjuksköterskan har ett bra tekniskt och medicinskt kunnande. Sjuksköterskorna värdesätter förmågan att lyssna på patienten. Studierna pekar mot att sjuksköterskan ofta kan missbedöma patientens behov av empati. Författarna efterfrågar fler kvalitativa studier i sin undersökning eftersom de hade medfört ett ökat djup i forskningsämnet (ibid.).

Von Essen (1994) menar sammanfattningsvis i sin avhandling bestående av sex olika kvantitativa studier att de professionella formulerar kriterierna för god omvårdnad och att det är viktigt att förstå enskilda patienters behov och förväntningar. Croona (2003) som genomfört en kvalitativ studie och intervjuat sjuksköterskestudenter, lärare och kliniska handledare, lyfter fram vikten av att värna om autonomi, integritet och den enskilde individens behov av förståelse samt trygghet. Tid, delaktighet och livskvalitet är viktiga förväntningar från patienterna (Croona 2003, sid. 19). Eriksson och Svedlund (2007) har genomfört narrativa intervjuer med sex personer och resultatet visar bl.a. att både patienter och personal har behov av en regim som bekräftar personalen och hjälper dem att få styrka samt energi som är nödvändig för att tillhandahålla vård som genomsyras av bekräftelse (ibid.).

Flera studier pekar på att patienten i centrum och reellt inflytande kan vara en viktig framgångsväg för upplevelsen av ett bra bemötande. År 2012 genomförde SKL tillsammans med Landstinget i Blekinge en studie utifrån material från en nationell enkät från 2010. Resultatet är positivt angående bl.a. personalens bemötande när de ”ser patienten” och är positiva, trevliga samt omhändertagande. Studien framför vidare att bemötandet upplevs positivt när personalen är kompetent, lyhörd och respektfull. Bemötandet upplevs också positivt när de som arbetar visar omtanke, medmänsklighet och att patienten känner att det är en väl planlagd vård samt att det finns snabb hjälp (SKL 2012e). Mc Cabe (2004) studie som omfattar åtta ostrukturerade intervjuer med patienter på Irland visar att ett patientcentrerat arbetssätt ökar kvaliteten på bemötandet. Attrees (2001) studie som är en kval-

itativ undersökning med semistrukturerade intervjuer från 34 akuta medicinpatienter och 7 anhöriga visar också på detta. I en kvantitativ studie framkommer att eftersom sjukhusvistelsen har blivit kortare har ansvaret på patient och eventuellt familj ökat tidigare i sjukdomsprocessen. Om sjuksköterskor arbetar med patientcentrerad vård ökar möjligheter för patienten att ta hand om sig själv efter utskrivning och få en förbättrad hälsa (Suhonen et al. 2011).

En svensk forskningsöversikt och litteraturstudie har tittat på litteratur från England, Sverige och USA. Forskarna sammanfattar resultatet i åtta domäner vilka har inflytande på patientens upplevelse av tillfredsställelse och kvalitet av vården. Patientens sociodemografiska bakgrund, förväntningar på omvårdnaden och fysisk miljö är några domäner. Vidare nämns kommunikation och information, deltagande och involvering samt interpersonell relation mellan sjuksköterska och patient att ha inflytande på patientens upplevelse av bemötandet. Sjuksköterskornas medicinsktekniska kompetens är ytterligare en domän som påverkar hur patienten erfar sig bemött. Vårdens organisation är ett annat område som har inverkan på både på patienter och sjuksköterskor och påverkar patientens upplevelse av bemötandet (Johansson; Oléni & Fridlund 2002). Forskare från Irland har i en review påvisat att information, tillgänglighet, acceptans för kulturer samt kvaliteten på vården är betydelsefulla faktorer för patienttillfredsställelse (Kabengele Mpinga & Chastonay 2011).

En kvalitativ studie med 20 semistrukturerade intervjuer visar att socioemotionella processer med en stödjande hållning, individuellt valda mål för rehabilitering och att personalen visar intresse för patienten är viktigt. Vidare är specifika instruktioner, regelbunden kontakt med en person som behandlar eller rehabiliterar patienten som en individ betydelsefullt. Det är också angeläget att personen som arbetar med rehabilitering vet mycket om patienterna och deras livssituation (Östlund et al. 2001, sid. 285-291).

En studie i Storbritannien har utforskat hur människor värderar sin upplevelse på en sjukhusavdelning där 18 personer intervjuades 4-6 veckor efter sjukhusvistelsen eller efter att ha gjort en dagkirurgi. Resultatet visar att det bl.a. var viktigt för patienten att uppleva sig informerad och känna sig som hemma. Vidare uppvisar studiens resultat att det är viktigt att som patient bli värderad som en individ samt

uppleva förtroende, tro och tillit (Walker et al. 1998). Forskning har visat att individualiserad vård medför att patienten känner en ökad tillfredsställelse i vården och detta bidrar till en ökad hälsorelaterad livskvalitet. Se t.ex. Suhonen, Välimäki och Leino-Kilpis (2005) kvantitativa studie. I mötet sker inte bara botande av sjukdom utan också lindring av symtom, främjande av hälsa samt förebyggande av sjukdom (Socialstyrelsen 2011b, sid. 41).

Björvell (2001) skriver att inom vårdforskning talar man om ”patient empowerment”. Med detta menas att sjukvårdspersonal alltid ska ha ett förhållningssätt som ”bemyndigar” så att patienten känner tillförsikt, kan ta initiativ till bästa möjliga egenvård samt kan vara med och bestämma. Patienten får en annan status och får bättre möjlighet att utnyttja sina resurser tillsammans med dem som har den professionella medicinska kompetensen. Patientens förbättrade kunskap om hälsosfaktorer tillsammans med att personalen fokuserar på detta istället för sjukdomen gör att läkningsförmågan förstärks. Det är betydelsefullt att patienten får informera personalen om upplevelsen av sin sjukdom och vilka åtgärder patienten kan acceptera. Det krävs en tillåtande miljö för att patientens syn på sin sjukdom och hälsa ska komma fram. Finns inte detta stärks patientens osäkerhet, beroende och maktlöshet samt stress (ibid.). Att vara känslig för patientens sårbarhet kan vara en nyckel för sjukvårdspersonalen att arbeta etiskt (Gjengedal et al. 2013).

En del personer har skrivit om sina erfarenheter som patienter. T.ex. har Einerfors (1997, sid. 110) skrivit om positiva och negativa upplevelser angående detta. Författaren menar att omvårdnad i form av medicinsk kompetens, service och säkerhet finns hos personalen. Det finns också medmänsklighet, vilja och empatisk förmåga samt trovärdighet men arbetsklimatet kräver mer av de anställda nu är förr. Watt (2012) skriver i sin memoar att personalens ansiktsuttryck och kommunikation är viktigt.

3.2 Patienters upplevelser av ”ett dåligt bemötande”

Några studier visar patienters upplevelser av ett dåligt bemötande inom vård- och omsorg. Folkhälsoinstitutet menar att kränkande bemötande är en riskfaktor för sämre hälsa. Janglands (2011) studie beskriver interaktionen på ett sjukhus mellan patient och personal med hjälp av fyra delstudier. Avhandlingen består av både

kvalitativ och kvantitativ empiri. Resultatet visar bl.a. att delaktighet, att våga fråga och att få uttrycka sin oro är viktigt. En av studierna i avhandlingen har tittat på klagomål från patienter och anhöriga till en lokal patientnämnd 2002-2004 där 105 av 194 klagomål som handlar om bemötande och kommunikation har använts. Resultatet visar att klagomålen oftast berör de upplevda bristerna när det gäller information, respekt och empati (Jangland, Gunningberg & Carlsson 2009).

En kvalitativ studie i Sverige med 10 narrativa patientintervjuer på en akut vårdavdelning visar att patienter överlag är nöjda med bemötandet men att det också finns faktorer som inte gör upplevelsen optimal. Patienten måste ofta kompromissa och acceptera att vissa saker är nödvändiga i och med att de är inlagda. Det är därför viktigt att personalen inte nöjer sig med att en patient uttrycker sin belåtenhet med behandling samt vård. Risken är annars att man mister fokus på patientens sårbarhet och svåra existentiella tankar. Får patienten ge uttryck för sina negativa tankar, blir det lättare att se patientens sårbarhet (Sørli et al. 2006).

Widmark-Petersson (1998) avhandling som innehåller fem kvantitativa studier visar att vårdsökande och personal samtalar för lite med varandra. Man har olika förväntningar vilket gör att det blir en bristande förståelse för den enskilde individen. Widmark-Petersson (1998, sid. 48-61) menar att sjuksköterskor inte använder de mindre stressiga perioderna för att tala med patienterna. Patienterna upplever inte att de kan ta initiativ till samtal och när man pratar med sjuksköterskan är det ofta i anslutning till vård, instruktioner och förklaringar. När sjukvårdsledningen betonar en kostnadseffektiv vård uppmuntras inte personalen till att spendera mycket tid med patienten. Om personalen ger en patient utökad tid är det en annan som får mindre (ibid.).

Larsson (2011) har intervjuat 26 patienter i 6 fokusgrupper och skriver att patienter upplever ett dåligt bemötande när denne får en känsla av oduglighet, möter en bristande empatisk känsla, en överförmyndarattityd eller nya personer hela tiden. En kvantitativ svensk studie visar att otillräcklig dokumentation, att inte ha någon sängplats och därför kunna skrivas ut mot sin vilja också kan vara ett hinder för patientens deltagande i sin vård. Faktorer som inte är stödjande är att bli sedd som ett objekt eller en i mängden. Vidare nämns att när patienten upplever en känsla av att personalen inte litar på en eller att patienten känner sig ignorerad, får order

samt standardbehandlingar påverkas patientens upplevelse av erhållet stöd på ett negativt sätt. Östlund et al. (2001); Upmark, Borg och Alexanderson (2007) rapporterar liknande i sin kvantitativa studie om patienters upplevelser.

En studie där man genomfört semistrukturerade intervjuer med 17 strategiskt utvalda patienter visar att dessa upplever en maktlöshet när de inte är delaktiga i beslut och vid bristande information om behandlingsstrategier (Nordgren & Fridlund 2001). Eriksson och Svedlunds (2007) resultat visar att patienters kämpande för bekräftelse och en känsla av misstro inom vården samt tankar om vad de har fått offra pga. bristen av behandling kan medföra en upplevelse av att vara en besvärlig patient.

3.3 Interaktionen mellan patient och personal

I flera studier framkommer att interaktionen samt relationen mellan patient och personal är viktig. Dinç och Gastmas (2013) har i sin review undersökt 22 kvalitativa samt 12 kvantitativa studier utifrån artiklar som behandlar tillit i sjuksköterska och patientrelationen mellan 1980-2011. Det framkommer att tillit i relationen är en dynamisk process som innefattar sårbarhet och beroende samt att förtroende både kan raseras och byggas upp. Sjuksköterskans interpersonella attribut och den medicinska kompetensen påverkar förmågan att bygga upp tillit i relationen (ibid.). Hausman (2004) har genomfört en studie som testar och utvecklar en modell angående interpersonella element som t.ex. kommunikation och deltagande. Interaktionen mellan läkare och patient är viktig för patientens tillfrisknande. När patienten träffar samma doktor och denne varierar bemötandet beroende på patienten så ökar tillfredställelsen och viljan att vara tillmötesgående och att samtycka från patientens sida (ibid.).

Ramos (1992) har intervjuat 15 sjuksköterskor i USA om deras upplevelser av relationen med patienten vid två tillfällen. Sammanlagt har 67 incidenter tagits upp. Resultatet visar att det finns tre olika nivåer när det gäller relationen sjuksköterska och patient. Den första nivån beskrivs som en instrumentell nivå där sjuksköterskan mest gör sina uppgifter som förväntas i uppdraget. Nivå två innebär att sjuksköterskan har en styrd, kontrollerad och balanserad samt emotionell och kognitiv bindning till patienten. Även om sjuksköterskan försöker förstå patientens sit-

uation är handlingarna baserade på dennes egna värden, önskningar och kunskap. Nivå tre innebär en ömsesidighet och avslappnat tillstånd i relationen, ett starkt emotionellt band på professionell nivå. Nivå tre är närmare än som behövs för den basala grundläggande vården men sjuksköterskan upplever sig här mer värdefull och arbetet kan upplevas roligare och få en större helhet i relationen till patienten. Sjuksköterskan förstår patienten utifrån dennes perspektiv och det uppstår ett samspel i relationen, en interaktion. Sjuksköterskan ser också patientens behov och gör en ”skillnad” i relationen. Resultatet visar att sjuksköterskorna tycker att relationen med patienten är det mest centrala för professionell tillfredsställelse och hälsa. Det påpekas att det är svårt att uppnå en relation på nivå tre när det gäller patienter med korta sjukhusvistelser (ibid.).

Belcher och Jones (2009) har genomfört en kvalitativ deskriptiv studie i Australien genom att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att etablera tillit i relationen sjuksköterska och patient. Belcher och Jones har djupintervjuat sju sjuksköterskor som går första året i ett forskningsprogram och kommit fram till att man först måste göra en rapport med patienten gällande hans eller hennes tidigare livs-, sjuksköterskemöten och erfarenheter. Därefter kan en tillitsfull relation byggas.

Zolnierek (2014) har i sin review innefattande material från 1996-2013 kommit fram till att försöka lära känna patienten är ett framskjutande koncept i litteraturen men praktiska miljöer och socialpolitiska kontexter tillhandahåller inte de nödvändiga villkoren som stödjer denna process. Tid, upprätthållande av kontakt, kontinuitet och ett bestående är faktorer som påverkar. Bridges et al. (2013) har genomfört en review med material från Australien, Europa och Nordamerika, från kvalitativa undersökningar under januari 1999 till oktober 2009. Författarna har kommit fram till att organisationen påverkar eller sätter nivån som inverkar på sjuksköterskornas kapacitet i att bygga och upprätthålla en terapeutisk relation med patienterna. Pga. denna nivå kan avdelningar ha en tillbakadragenhet i att emotionellt försöka engagera sig i patienterna (ibid.).

Chan, Jones och Wong (2013) har i sin narrativa undersökning intervjuat fem sjuksköterskor vid tre tillfällen var under en 12-månadsperiod i Hong Kong. Det framkommer att när sjuksköterskor är tidspressade medför det ibland att patient-

ernas vård får negativa konsekvenser. Tidspress uppmuntrar dock kollegialitet hos sjuksköterskorna och att man inte vill ge sina kollegor som börjar på nästa skift, arbete som man själv inte hunnit slutföra. En studie har använt sig av videoinspelningar för att studera fem episoder mellan patienter och tio sjuksköterskor. Resultatet visar att en relation som patienten upplever god medför att han eller hon känner ökat välbefinnande samt läkande/helande (Halldórsdóttir & Hamrin 1997). Att inte känna sig bekräftad som patient medför utmattning, maktlöshet och frustration (Eriksson & Svedlund 2007).

En kvalitativ intervjustudie av en forskare från Norge visar att patienter märker när sjuksköterskor är stressade och då försöker de som är beroende av vård att ha förståelse och inte ”störa”. Patienterna uppskattar om sjuksköterskan på eget initiativ sitter ner och samtalar (Kvåle 2006). Entwistle et al. (2007) har genomfört 18 semistrukturerade intervjuer med personer i åldern 20-79 år med typ 1 eller typ 2 diabetes. Studien betonar att det är viktigt för patienterna att vara delaktiga i beslutsfattande gällande sin vård. I Canada har en kvantitativ studie gjorts där sjuksköterskor och patienter svarat på enkäter. Resultatet visar att sköterskors upplevelse av arbetet påverkar patientens tillfredsställelse i vården. Ju mer trött och utmattad sjuksköterskan känner sig ju mindre nöjd är patienten med vården (Leiter, Harvie & Frizzell 1998).

3.4 Känsloers betydelse i interaktionen

Flera studier pekar på känsloers betydelse i interaktionen. Hilmarsson (2013) har i en översikt över litteratur och forskning skrivit om terapirelationen, mellan terapeut och klient. Positiva och negativa grundkänslor såsom glädje, ilska, ledsenhet och rädsla smittar mellan människor mer än vi ofta är medvetna om. Detta händer i alla sociala interaktioner, även mellan patient och vårdpersonal. När den professionelle medarbetaren blir negativt känslomittad minskar dennes förmåga att kommunicera effektivt och att ge ett adekvat gensvar. Kroppsspråk, röstläge och ansiktsuttryck visar vilken grundaffekt som personen har. Detta förs över och imiteras ofta av den mottagande personen (ibid.). Hilmarsson hänvisar till Tomkins (1991) som ser grundkänslor som förprogrammerade, medfödda biologiska program. De utlöses reflexmässigt. Tomkins (1991) delar in affekterna i positiva, neutrala och negativa affekter. Hilmarsson (2013) nämner att de positiva hjälper

oss att må bra och känna intresse. De negativa skyddar mot faror och gör att vi vill bevara vår psykiska integritet. Affekterna kan blandas och ge många känslouttryck. När vårdpersonalen möter en patient som är arg, uppgiven eller ledsen är det lätt att denna eller dessa känslor smittar. Här bör terapeuten (personalen) ha en empatisk terapeutisk vägg. Genom en inlärd förmåga kan man medvetet bestämma sig för att skapa ett skydd mot dessa smittsamma affekter. Detta gör man genom att medvetet kombinera tankemässiga och kroppsliga metoder för att reglera känslor som medför ett professionellt bemötande. Hilmarsson (2013) kallar detta för vänlighetssignaler, ett avslappnat, högpositivt tillstånd av medvetenhet som ger lugn och trygghet.

Forsberg och Forsberg (2008) skriver att det finns klara samband mellan känslor och hälsa. Vi reagerar på vad andra säger till oss och hur de handlar. Känslor uppstår som svar eller en form av feedback på upplevelserna. Blir vi rädda, oroliga, ledsna, känner frustration, nedstämdhet, osäkerhet, stress eller skuld uppstår ofta huvudvärk, tryck över bröstet, magont, och/eller andningsbesvär. Det som äger rum i kroppen före känslorna kallas för emotioner och dessa leder ofta till fysiologiska funktioner, som t.ex. tårar, rodnad i ansiktet av ilska och/eller förhöjt blodtryck. När individen mår bra, känner glädje, uppskattning, omtanke och kärlek är hans eller hennes upplevelse att ha mycket energi (ibid.).

Sammanfattningsvis finns det en hel del forskning om bra och dåligt bemötande men jag har inte funnit några studier som innehåller intervjuer med både patienter och personal och som i analysen utgått från samt kombinerat interaktionsteori och rollteori på just en ortopedisk klinik. Därför är det intressant och lärorikt att fokusera på dessa utgångspunkter i studien. Det är betydelsefullt att i utökad omfattning förstå relationens betydelse och hur interaktionen mellan patient och personal samt deras olika roller påverkar upplevelsen av bemötandet på en sjukhusavdelning, här specifikt på en ortopedisk avdelning. Förhoppningen är att det ger ökad kunskap och en större tro på att man som enskild medarbetare i en stor sjukhusorganisation kan påverka för att förbättra sitt arbetssätt och upplevelsen av bemötandet i mötet mellan patient och personal.

4. Teorier

Nedanstående stycke är en redovisning av vilka teorier studien utgår ifrån för att kunna analysera empirin. Utifrån min uppfattning och yrkeserfarenhet kan det vara värt att nämna att dessa teorier troligen kan hjälpa till att förstå upplevelsen av bemötandet och appliceras på vilken somatisk sjukhusavdelning som helst, inte bara specifikt på den ortopediska klinik som är föremål för studien.

I syfte att med stöd av interaktionistisk teori samt rollteori, utforska patienters och personals beskrivning av upplevelser om bemötande och deras beskrivning av upplevelser om vad som kan påverka bemötandet, används bl.a. Goffmans interaktionistiska teorier (Goffman 1983; 2010; 2011a; 2011b; 2011c). Patienter och personal förväntas att inta och skapa roller på sjukhuset som i sin tur kan påverka interaktionen och bemötandet. En roll innebär förväntningar, normer samt regler förknippade med en uppgift eller social position (Brante, Andersen & Korsnes 2001, sid. 267). Turners rollteori (2002) används för att förklara olika former av rollkonflikter och hur den enskilde kan använda sin roll. Vidare nyttjas Parsons (1964); Wadell, Pilowsky och Bonds (1989); Wadell och Wadells (2000) teorier om sjukrollen för att förstå empirin. I interaktionerna mellan patient och personal uppstår olika former av emotionell energi. Collins interaktionsteori, som härstammar från Goffmans interaktionsteori, tillämpas för att på ett mer utförligt sätt förklara och förstå hur betydelsefull emotionell energi är i mötet mellan patient och personal samt för upplevelsen av bemötandet (Collins 1975; 1990; 2004; 2008).

4.1 Goffmans interaktionsteori

Det interaktionistiska perspektivet fokuserar på hur individer skapar och agerar utifrån sina roller. Social interaktion kan definieras som en situation där individer handlar genom ömsesidighet. Handlingarna utförs delvis på grund av en eller flera individers närvaro. Personerna har samma förutsättningar och handlingarna sker utifrån tolkningar samt förväntningar. De som interagerar gör likartade överväganden men spontana reaktioner utefter situationen kan också inträffa (Brante 2007, sid. 164-185). Goffmans interaktionsteori används i studien vid utforskandet av det enskilda mötet, interaktionen, på individnivån men även angående hur

organisation och samhälle påverkar individernas beteende och bemötande på en sjukhusavdelning. Motiveringen för att använda denna teori i analysen är att den kan hjälpa till att förstå *vad* som kan påverka interaktionen på olika nivåer och kontexter. Teorin kan också vara en hjälp för att inse *hur* individer interagerar och/eller beter sig i ett möte, här fokuserat på patient och personal på avdelningarna på en ortopedisk klinik. Fokus ligger på den enskilda relationen men för att förstå vad som kan påverka bemötandet utifrån ett psykosocialt perspektiv går det inte bara att se det enskilda perspektivet i en organisation, utan problemområdet måste ses i sitt sammanhang. Organisation och samhällsfaktorer påverkar således också bemötandet. Goffmans teori bidrar till att se detta samband och förklara att de olika nivåerna har betydelse och interagerar.

Goffman (2010, sid. 28-41) menar att individen behöver utrymme i olika situationer. Utrymmet förändras ofta när personen kommer på sjukhus. Goffman (1983) skriver om sociala kontrakt och socialt konsensus. I system finns regler för hur interaktioner ska genomföras och individerna förväntas följa detta när de träder in i dessa (Goffman 1983, sid. 1-17). Vi förväntas ofta att anpassa oss genom att undertrycka åsikter samt känslor som inte passar in (Goffman 2011a, sid. 18). Individer tilldelar varandra en social identitet och i den finns en förväntan på hur den andre ska bete sig. Vi utgår ofta från ett första intryck där kropp, utseende och individuella drag påverkar kategoriseringen av en person. Social kategori, röst, beteende och gester har också betydelse i denna kategorisering. Detta kan ske omedvetet men blir medvetet när dessa krav inte blir uppfyllda (Goffman 2011b, sid. 10). Om personen inte anpassar sig utefter de förväntningar som finns så är risken stor att individen isoleras eller på något sätt ”slås ut” från systemet. Den enskilde ses då som en främling med en mindre önskvärd egenskap som gör honom olik de övriga personerna i gruppen. ”På så vis reduceras han i vårt medvetande från en fullständig och vanlig människa till en kastmärkt, en utstött människa. Att stämplas på detta sättet innebär ett stigma,”... (Goffman 2011b, sid. 10).

Goffman (2011c, sid. 9-30) skriver att de som kommer till institutionen har en beteendekultur från sin privata värld som understödjer en viss jaguppfattning och en viss social ordning. (Detta avser mentalsjukhus men liknande rutin inträffar inom

somatisk vård). Patienten har roller sedan innan men vid inläggning sker en form av rollförlust. Vid intagningsprocedurer ”skalas individens identitet av” och patienten registreras som ett objekt. Detta sker genom rutiner som är vanliga för personalen. Det som patienten tilldelas tillhör institutionen och den kontroll patienten tidigare haft på sitt yttre eller på sin identitetsutrustning försvinner eller minskar. Personen lämnar privata kläder och ägodelar, får ett id-armband och sjukhusets kläder. Goffman (2011c, sid. 9-30) menar att genom symboler definierar vi situationen för att förstå det sammanhang vi befinner oss i. På sjukhuset blir t.ex. personalens arbetskläder, medicinsk utrustning och patientens sjukhuskläder och id-armband symboler som hjälper till att definiera situationen. Goffman (2010, sid. 105-108) skriver att detta skulle kunna ses som social kontroll och medföra en form av makt. Goffman (2011c, sid. 9-30) menar att vissa situationer kan upplevas förödmjukande. Att behöva hjälp kan vara oförenlig med patientens självuppfattning.

Goffman (2011a, sid. 77-96) menar att personalen i teamet är ömsesidigt beroende av varandra. Om inte samarbete sker så omkullkastas det intryck som teamet vill upprätthålla eller förmedla. Ju fler personalkategorier, ju större team och ju tydligare blir det att sammanhållningen måste fungera. Teamet arbetar i en ”främre region”, tillsammans med eller inför individen samt en ”bakre region”, när teamet pratar om personen och denna inte är närvarande (Goffman 2011a, sid. 97-102).

4.2 Rollteorier

Med hjälp av Turners (2002) teori om rollkonflikter, Parsons (1964), Wadell, Pilowsky och Bonds (1989), Wadell och Wadells (2000) teorier om sjukrollen framstår *en* möjlighet att förstå empirin. Teorierna ger en angreppspunkt i att individer, här patienter och personal, kan bete sig olika i sin patient- sjuk- eller professionsroll på en sjukhusavdelning, här specifikt på en ortopedisk klinik. Personer blir tilldelad en roll men kan också i viss omfattning välja hur denna roll ska ”spelas”. Vissa roller kan den enskilde mer fritt förhålla sig till och vissa är mer styrda utifrån t.ex. lagtext, riktlinjer eller normer. Rollen innehåller förväntningar som kan vara en hjälp att försvara sitt beteende, att uppleva en vinst eller få en form av tillåtelse att bete sig på ett visst sätt. Rollen kan också vara en faktor som kan bidra till att vilja förändra något i sitt handlingsätt. Om individen upplever

dessa motstridiga känslor samtidigt kan det vara en svårighet för honom eller henne att hantera sin roll. Som patient eller personal kan man utifrån Turners (2002) teori således hamna i en rollkonflikt. Utifrån empirin kommer med hjälp av nämnda teorier patientrollens och de olika professionsrollernas förväntningar, eventuella valmöjligheter och rollkonflikter att diskuteras i analysen.

Den sociala rollen kan beskrivas som fylld av förväntningar på vad en individ bör göra och hur han eller hon bör bete sig. Förväntningarna finns hos personen själv, hos medmänniskorna och i samhället (Wadell & Wadell 2000, sid. 52). Turner (2002) menar att rollers beständighet bl.a. beror på förhållandet mellan vinster, förluster samt en maktprincip. När det råder ofördelaktighet i en roll så hittar individen gärna sätt att öka kontrollen och att hantera rollen. Personen lär sig t.ex. att det går att få belöningar från beslutsfattare om man arbetar utefter rollens förväntningar, blir medveten om hur känslan av eftergivenhet undviks eller hur man flyr från sanktioner. Det finns en tendens för roller att fortleva eftersom vi har behov av uppskattning och identifierar oss starkast med roller där vi investerar mest, ofta där vi gjort störst uppoffringar. Rollövergång och rollbyte påverkas bl.a. av vinster och förluster i den nya rollen och omfattning av rollens självständighet samt frihet från nära observation. Rollövergång och rollbyte påverkas också av stöd till förändring och andras behov av rollförändring samt kulturell trovärdighet (Turner 2002, sid. 233-254).

Personer och grupper med makt konstruerar roller med mer gynnsam balans angående vinster och förluster än personer med roller med mindre makt. De viktigaste vinsterna i en roll är prestige, anseende och uppskattning. De som legitimerar och bestämmer hur rollerna ska se ut är ofta långt från de som ska uppfylla rollernas mål. Personer som har sin yrkesroll vet kriterierna som medför uppskattning och rollerna underlättar organisationens arbete samt att arbeta målinriktat. Rollerna blir förutsägbara men begränsar kreativiteten och förhindrar eller försenar ofta behövda förändringar i organisationens funktion. En person kan uppleva olika rollkonflikter om egna värderingar skiljer sig från privata eller andra yrkesgruppers. Roller kan således vara en belastning, medföra otillräcklighet och frustration. Eftersom roller finns organisatoriskt samt socialt och ger ramar för individers

handlingar måste personer lära sig att upprätthålla dessa trots att detta medför rollkonflikter (ibid.).

Sjuk-, och patientroll är begrepp som används i olika sammanhang när det gäller synen på en sjuk individ. Patient kommer från latinets *pati*, lida och *pathos*, lidande och ingår i ordet *patologi* (Lindskog & Zetterberg, 1981). Sjukrollen är en roll som människor placerar individen i och som denna förväntas acceptera, inte en diagnos eller ett medicinskt begrepp (Wadell & Wadell, 2000, sid. 52). Sjukdomsbeteendet och innebörden att vara sjuk styrs av den dominerande uppfattningen i samhället (Rydén & Stenström 2000, sid. 11). Sjukdom eller att vara sjuk är ett icke önskvärt beteende som gör att individen inte kan uppfylla tidigare rollförväntningar. Detta blir legitimt eftersom sjukdomstillståndet uppfattas som att vara bortom individens egen kontroll. Ett normalt tillstånd anses vara när människan har optimal kapacitet och prestation.

Sjukdom är ett onormalt tillstånd som skapar beroende och improduktivitet. Samhället ger den sjuke en identitet, en sjukroll och den förväntas vara tillfällig (Parsons 1964, sid. 436-437). Sjukrollens rättigheter är utifrån Parsons att individen får befrielse från ansvar för sin nedsatta funktionsförmåga och normala sociala plikter samt socialt ansvar. Personen får rätt till uppmärksamhet och stöd. Plikter för individen är att acceptera sin sjukdom som något oönskat och att förstå att man har krav på sig att bli frisk samt en skyldighet att söka hjälp och medverka för att främja sitt tillfrisknande (Wadell & Wadell 2000, sid. 52).

Det har uppkommit en förändrad syn på sjukrollen när det gäller kronisk värk och funktionsnedsättning (Wadell, Pilowsky & Bond 1989, sid. 42-44; Wadell & Wadell 2000, sid. 53-54). Rättigheter är att den sjuke inte är ansvarig för det ursprungliga kroppsliga problemet och får begränsa sina sociala krav i förhållande till sjukdomens svårighetsgrad. Plikterna är att acceptera sjukdomen som något icke önskvärt och begränsa sitt beteende samt funktionsstörning så mycket det går och ta visst ansvar för sitt hälsotillstånd samt sin funktionsförmåga. Sjukrollen är dynamisk och kan förändras i sjukdomens olika stadier. Den modifierade modellen medför en viss förskjutning av ansvaret från behandlare till patient. Rättig- och skyldigheter ifrågasätts här mer än i Parsons ursprungliga modell och de förplikt-

elser samhället har gentemot patienten. Individerna kan utifrån detta tankesätt anpassa sig till sjukdomen och lära sig leva med ett långvarigt problem (ibid.).

4.3 Collins teori om ritualer

Collins teori om interaktionsritualer härstammar från Durkheims religionssociologi samt Goffmans interaktionsteorier om vardagslivet. Collins (1975, sid. 90-153) interaktionsteori utgår från att den institutionella nivån bildar en kontext för interaktioner och det kan vara en hjälp att förklara varför patienter och personal upplever bemötandet på ett visst sätt på vårdavdelningen. Beroende på hur bemötandet upplevs kan olika känslor uppstå. Teorin utgår inte bara ifrån att känslor är medfödda utan att dessa även kan producera emotionell energi, EE (Collins 1975, sid. 90-153). Positiv emotionell energi förkortas EE+ och negativ emotionell energi förkortas EE-.

Med Collins interaktionsteori kan analysen förtydligas och kompletteras beträffande hur viktig relationen är i ett möte mellan individer, här patient och personal på en ortopedisk sjukhusavdelning. Den emotionella energin som uppstår kanske inte alltid förstås av de nämnda parterna men om kunskapen ökar för personalen kring att EE överförs vid interaktion så kan arbetssättet och relationen till patienterna vidareutvecklas. Teorin kan vara en hjälp att förstå och få insikt i varför personalen får vissa reaktioner som att t.ex. bli arg, ledsen eller irriterad på en patient eller varför patienten visar likande känslor mot personalen. Nedan redovisas delar av Collins interaktionsteori men först bör nämnas att social interaktion kan ha både positiv samt negativ betydelse och orsaka känslor. De som deltar i interaktionen kan göra karaktärsegenskaper samt identiteter synliga och utöva kontroll, makt samt dominans. Språk, icke verbal kommunikation, metakommunikation och samtalsstrukturering påverkar. Likaså har kontext och kultur samt moral inverkan på interaktionen (Brante et al. 2001, sid. 134-135).

Collins menar att människan har en naturligt medfödd förmåga till emotioner, social sammanhållning och solidaritet (Collins 1975, sid. 90-153). Det finns ett ständigt energiflöde omkring oss, annars skulle vi inte dras till andra människor. Så länge energinivåerna är stabila är det inget personen tänker på i sin vardag men om EE, ändras märker individen det genom att t.ex. tycka att mötet med den andra

människan var positivt eller negativt (Collins 2004, sid. 109). Utan att tänka på det har människor behov av att dela starka sinnestämningar och gärna positiva sådana. Detta görs genom riter och beteenden samt gester och ljud t.ex. när personer går på en konsert eller firar en högtid. När individer har samma sinnesstämning produceras positiva känslor som förtroende, entusiasm och solidaritet. Ritualer och dialoger pågår alltså mellan personer och Collins definierar ritual som en form av fysisk närhet där minst två individer blir påverkade av varandra även om de inte är medvetna om det. Det finns en gräns för utomstående vilket gör att deltagarna klart kan definiera vilka som deltar och man har ett medvetet gemensamt objekt som uppmärksamhetsfokus (Collins 2004, sid. 48-49). Är interaktionsritualerna lyckade uppstår enligt Collins en hög känsla av EE. Deltagarna mår bra, är positiva och glada samt vill fortsätta med dessa interaktioner (Brante 2007, sid. 164-185). Människor söker sig till ritualer som medför att EE förstärks (Collins 2004, sid. 44). Om de sociala ritualerna utförs och lyckas med att bilda EE samt en solidaritetskänsla håller de också ihop samhället (Collins 2004, sid. 40-41).

5. Metod

5.1 Metodval

Syftet med studien är att med stöd av interaktionistisk teori samt rollteori, utforska patienters och personals beskrivning av upplevelser om bemötande och deras beskrivning av upplevelser om vad som kan påverka bemötandet. För att studera personernas upplevelser har jag utgått ifrån och använt en semistrukturerad kvalitativ intervju metod både individuellt och i grupp. Robson (2002 sid. 269-291) menar att en kvalitativ metod som att intervjua är lämplig när man har fokus på enskildas subjektiva upplevelser. Jag har haft en intervjuguide i beredskap när samtalen genomfördes. Ordningen på frågorna i intervjuguiden kan ändras och forskaren har möjlighet att förtydliga samt fördjupa dem vid intervjuerna, vilket också har gjorts. Frågorna kan ha påverkat patienternas svar eftersom en del av dem varit ledande. Jag har styrt intervjuerna på så sätt att jag frågat om t.ex. respondenterna upplever sig ha en viss roll och vad den innebär. Undertecknad har också frågat utifrån olika nivåer som individ-, organisation- och samhällsnivå istället för att bara låta respondenterna välja det de tänkt på förutsättningslöst när

det gäller bemötande. Empirin och därmed resultaten hade kanske sett annorlunda ut om jag haft mer öppna frågor eller samtalsämnen.

5.2 Uppläggning och urval

Den ortopediska kliniken som är föremål för studien har sammanlagt 6 vårdavdelningar med totalt 127 vårdplatser men det finns även öppenvårdspatienter. Kliniken är en akutklinik men genomför också elektiva (planerade) operationer. Patienterna har t.ex. rygg-, höft-, knä och/eller fotbesvär. Det utförs även amputationer och vårdas patienter som råkat ut för trauma. På kliniken arbetar mestadels läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och sekreterare.

Jag har inte gjort en tydlig avgränsning i förhållande till diagnosgrupper utan utgått från att bemötande är något som berör alla oavsett diagnos. Den ursprungliga planeringen var att intervjua patienter enskilt och i grupp på den ortopediska kliniken samt lika många män och kvinnor under och över 40 år. Efter att ha läst igenom intervjuerna framkom en svårighet att belysa frågeställningarna. Jag bestämde därför tillsammans med min handledare att utvidga studien och att även intervjua personal. Empirin när det gäller patienter, består av 14 enskilda patientintervjuer, varav 13 telefonintervjuer och 1 intervju ”öga mot öga” samt 4 intervjugrupper (2-4 personer i varje grupp) med sammanlagt 13 patienter. Det var lätt att hitta personer att intervjua per telefon men svårt för dem att ta sig till sjukhuset eftersom de t.ex. hade helbensgips, svårt att sitta, stå eller gå. En respondent kom till mitt mottagningsrum för intervju och deltog även i en gruppintervju. Hon fick på så sätt två möjligheter att besvara mina frågor och var kanske mer förberedd inför den andra intervjun.

I breven (se bilaga 3 och 5) benämndes även gruppträffarna som fokus- eller samtalsgrupper men efter närmare eftertanke är det felaktiga begrepp eftersom det pga. av min styrning kom att likna gruppintervjuer. Vidare har 14 personalintervjuer genomförts ”öga mot öga”. Av praktiska skäl genomfördes telefonintervjuer med en del av personalen, varav 3 sjuksköterskor och 3 undersköterskor. Det fanns ingen möjlighet att intervjua grupper med personal eftersom det var svårt att organisera efter scheman och arbetstider.

Vad som är ”lämpliga” patienter i urvalet kan ifrågasättas. Personal har hjälpt mig att göra urvalet och hitta lämpliga patienter efter de kriterier som jag sammanställt. Dessa krav var att patienterna inte fick vara dementa. De skulle vara motiverade att delta i intervjun och jag skulle inte ha träffat dem i egenskap av kurator. Möjligheten finns att personal valt patienter med tanke på att dessa bara skulle berömma bemötandet men det har framkommit både positiva och negativa upplevelser i intervjuerna. Jag kan dock inte veta om andra patienter som personalen inte har föreslagit hade varit mer negativa eller mer positiva. Jag har ringt upp en del patienter utifrån listor på inlagda personer som erhållits från verksamhetschefens sekreterare. En respondent lämnade återbud till gruppintervju 3 och 2 personer i grupp 4 på mötesdagarna. Det gick inte att hitta ersättare.

Urvalskriterierna uteslöt inte patienter med annan etisk bakgrund eller språk. Någon patient med utländsk härkomst tillfrågades men tackade nej eller lämnade återbud. I efterhand kan man tycka det är en brist att ingen intervjuperson med tolkbehov eller utländsk nationalitet deltog i studien eftersom regionen och sjukhuset har många patienter med utländsk härkomst och som har behov av tolk.

5.3 Tillvägagångssätt

Studien inleddes med en förfrågan om att genomföra studien till Verksamhetschefen på den aktuella ortopediska kliniken (se bilaga 3). Enhetschefer informerades och berättade om min studie för personalen. Brev skickades till rekommenderade intervjupersoner (se bilaga 4 och 5). Jag presenterade mig för några intervjupersoner vid utskrivningen på avdelningarna samt gav dem skriftlig information om undersökningen. Intervjuguiden (se bilaga 1) tillkom genom att jag funderade över frågor utifrån problemformulering, syfte och frågeställningar. Den hjälpte mig att få igång ett samtal som sedan till övervägande del analyserades som upplevelser av bemötande. Jag frågade bl.a. om vad respondenterna upplever som ett bra och ett dåligt bemötande, vad som kan påverka detta, om de har en speciell roll när man är inlagd och hur den i så fall ser ut.

När analysarbetet påbörjades fanns som tidigare nämnts svårigheter att belysa den inledande forskningsfrågan och därför valdes att även intervjua personal. Jag förankrade detta hos Rehabiliteringschefen. Jag frågade personligen olika personer

om de var intresserade men ringde även de aktuella avdelningarna på kliniken. Intervjuguiden anpassades till att gälla personal med bl.a. frågor om hur de upplevde sin roll på avdelningen. Jag visade också en egen utformad figur (se bilaga 2) för personalen jag intervjuade, där jag frågade vilka reflektioner de fick efter att ha tittat på den. Den handlade om personalens förhållningssätt påverkar patientens förmåga att stå på sig eller att vara underdånig och i så fall hur. Detta blev senare en fyrfältare i analysen. Efter intervjuerna med personalen kompletterade jag empirin genom att ringa patienter jag fick tag i som tidigare intervjuats enskilt (se bilaga 1). Dessa spelades inte in utan jag skrev under intervjuerna ner vad respondenterna sa. Alla övriga intervjuer spelades in med bandspelare och transkriberades ordagrant.

Under gruppintervjuerna var de övergripande frågorna utifrån intervjuguiden nedskrivna till varje deltagare. Fler frågor ställdes under de enskilda intervjuerna men jag avbröt mer under gruppintervjuerna när något behövde förtydligas eller när många pratade samtidigt. Jag försökte under intervjuerna stödja delaktighet och olika uppfattningar. Varje grupp träffades 90 minuter. Telefonintervjuerna tog ca 30 minuter/intervju och intervjun ”öga mot öga” ca 60 minuter. Två enskilda provintervjuer genomfördes både med patienter och med personal för justering av intervjuguiden. Dessa har tagits med i analysen pga. att det framkom viktig information.

De olika intervjusätten har troligtvis påverkat empirin, inte minst tidsåtgången. Att träffas ”öga mot öga” ger andra förutsättningar än att genomföra en telefonintervju. Vid en telefonintervju kan det vara svårare att ställa fördjupande frågor. Det kan också vara besvärligare att hantera eventuell tystnad och eftertanke eftersom man inte ser personens reaktioner. När man pratar i telefon har båda parter endast rösten att analysera och det finns ingen möjlighet att göra en visuell bedömning av personen man talar med. Respondenterna har under telefonintervjuerna varit tvungna att förlita sig på min röst vilket kan ha medfört att jag verkat mindre engagerad även om så inte var fallet. Intervjuerna per telefon kan alltså ha fått ett annat resultat om jag träffat intervjupersonerna eftersom vi inte kunde ta del av varandras ansiktsuttryck samt kroppsspråk.

Vidare kan också empirin ha påverkats i relation till om intervjuerna genomförts enskilt eller i grupp. Det är dock ett bra sätt att kombinera enskilda intervjuer samt gruppintervjuer eftersom det har getts en valmöjlighet för respondenterna. Några av patienterna ville inte prata i grupp och dessa intervjuades enskilt. Under en enskild intervju kan det vara lättare att säga sina upplevelser om man är en person som föredrar detta samtalssätt. Nackdelen med enskilda intervjuer är att gruppdynamiken förloras och att respondenterna i detta fall kan ha tyckt att det liknat en personal och patientrelation.

För några av respondenterna kan det ha varit lättare att prata i grupp. Med hjälp av deltagarnas stöd har individerna kanske vågat uttrycka sig mer ärligt. Deltagarna i grupperna har haft möjlighet att välja om de velat dela med sig och ställa frågor till varandra. Var och en av gruppdeltagarna har också kunnat få tillfälle att tänka och reflektera när någon annan talade även om personen lyssnade på det som sades. Vid en enskild intervju ”öga mot öga” kan tystnad upplevas svårare för både intervjuare och för respondent. Blir det tyst i en grupp brukar någon i regel säga något. Den som intervjuar kan också variera vilken person som ska vara i fokus. Jag bjöd på kakor, choklad och något att dricka i intervjugrupperna vilket också kan ha varit en hjälp att lätta upp stämningen.

Det fanns inte möjlighet med observatör i patientgrupperna så interaktion mellan deltagarna kan ha missats. Samtidigt kan en observatör distrahera deltagarna i och med att den personen är helt tyst. Även om respondenterna tillfrågades vilken form av intervju de kunde tänka sig att delta i så kan det ändå ha blivit oväntade känslor och reaktioner när vi väl träffades. Det hade varit en fördel att genomföra de enskilda patientintervjuerna i respondenternas hem men det fanns inte utrymme för detta eftersom patienterna kommer från hela den aktuella sjukhusregionen och flera också från övriga landet.

5.4 Bearbetning och analys

Eftersom empirin är ganska omfattande har det varit svårt att göra materialet rättvisa. Detta med tanke på antalet intervjuer, uppsatsens rekommenderade omfång och den teoretiska analysramen. Jag har bearbetat samt analyserat materialet med hjälp av ett abduktivt synsätt, en växling mellan vissa teoretiska förutsättningar

och empirin (Alvesson & Sköldbberg 2008 sid. 47-65). Med stöd av Alvesson och Sköldbberg (2008, sid. 143-155) och Widerberg (2002, sid. 143-151) läste jag först intervjuerna och valde ut vissa utsagor som kunde belysa studiens frågor genom att stryka under med pennor. Jag sammanställde dessa utsagor i stödord som jag skrev i kanten som sammanfattade vad texten handlade om. Intervjuerna med personal bearbetades på samma sätt. Stödorden i marginalen blev koder som sedan bildade huvudteman. Två teman är ”bra” bemötande och ”dåligt” bemötande. Andra teman är organisation, regler och rutiner samt relationen. De två sista temana är patientrollen samt personalens roller och professionellt förhållningssätt. Vissa ”underteman” hittades som t.ex. delaktighet, jämlikhet och respekt samt tid, flexibilitet och engagemang. Andra underteman var värdighet, ödmjukhet och lyhördhet.

Jag arbetade med att begreppsliggöra koderna för att se mönster, om likheter, skillnader eller motsatser framkom mellan patienters och personals upplevelser eller inom respektive respondentgrupps upplevelser om bemötande. Undertecknad fokuserade specifikt på om det fanns olika uppfattningar och upplevelser inom respektive respondentgrupp. Dessa mönster gav jag sedan ett övergripande "begrepp" som t.ex. generella behov, individuella behov, delaktighet, jämlikhet, subjekt och objekt. Vidare framkom också de övergripande ”begreppen” kommunikationens, relationens, interaktionens samt EE:s påverkan på bemötandet. Andra överordnade begrepp som jag hittade var olika delar i patientrollen som bl.a. förmågan att stå på sig eller vara underdånig, delar i professionsrollen som t.ex. makt, att vara auktoritär och att arbeta med empati, närhet samt distans. Jag valde också ut citat som bäst belyste respektive begrepp och sammanställde dessa för att få en översikt. Det gavs möjlighet till att göra en jämförande analys, se likheter samt skillnader i patienter och personals upplevelser. I detta analysarbete med stöd av valda teorier utvecklade jag schematiska fyrfältstabeller (se sid. 43, 45, 54, 62). Dessa fyrfältstabeller kan ses som en sammanfattning av analysen.

5.5 Metodologiska reflektioner

5.5.1 Betydelsen av min förförståelse

Jag är anställd på den ortopediska kliniken sedan 1999 och är en del av verksamheten samt har olika bindningar till personalen. Det finns också en förväntan på

mig att vara lojal mot organisationen samt kliniken. Jag har trots detta försökt att inta en nyfiken och kritisk forskarroll och lyfta upp positiva och negativa upplevelser om bemötande och vad som kan påverka detta. Jag är insatt i sjukvårdssystemet och den kontext som patienter och personal vistas i. Jag har således en yrkeserfarenhet och därför haft det lätt när det gäller att känna igen respondenternas upplevelser samt att sätta in dem i ett sammanhang. Jag har viss kunskap om yrkeskategoriernas arbete men saknar den yrkesmässiga kompetensen. Forskning och den allmänna debatten i ämnet har också gjort mig intresserad av ämnet. Utifrån denna kunskapsbas har jag blivit nyfiken på att studera patienters och personals olika upplevelser om bemötande och genom intervjuerna har jag fått tillfälle till att få göra detta. Vid genomförandet av studien har jag fått ta del av olika yrkeskategoriers perspektiv och det har vidgat mitt lärande.

Det är svårt att veta hur mycket tidigare erfarenheter har påverkat min studie. Möjligheten finns att eftersom jag redan har viss kunskap har jag tagit saker för givna och inte varit uppmärksam på innehållet i intervjuerna. Jag kan ha styrt frågorna för mycket och dessutom haft en svårighet att fördjupa mina intervjufrågor och att ställa följdfrågor. Jag kan också tolkat empirin på ett speciellt sätt och inte sett alternativ. Jag har försökt att ha ett kritiskt perspektiv till mina val och handlingar genom att t.ex. reflektera över de frågor jag ställt under intervjuerna, varför speciella teman kommit upp i analysen och över hur jag ska hantera min förförståelse. Jag har också övervägt vilka åsikter som är mina samt vad som är grundat i vetenskaplig kunskap och/eller i respondenternas egna upplevelser? Jag är medveten om att mitt engagemang och värderingar styrt ämnesval och kanske empiriinsamlingen men analysen med stöd av begrepp och tidigare forskning har ökat tillförlitlighet och trovärdigheten.

5.5.2 Reliabilitet och validitet

En kvalitativ studie innebär prövning av reliabiliteten och att man frågar sig om det finns något konstant objekt. Reliabiliteten kan här inte bedömas utan att samtidigt validitetsfrågan (giltigheten) bedöms och begreppen överlappar därför varandra delvis. Reliabiliteten bör i kvalitativ forskning ses i sitt sammanhang och bedömas utifrån den situation som finns vid intervjutillfället (Svensson 1996, sid. 210). Jacobsson menar att kvaliteten i kvalitativa studier ska beskrivas med hjälp

av en diskussion som visar forskarens metodologiska medvetenhet om studiens möjligheter och problem (Jacobsson 2008, sid. 165-166).

Förhoppningsvis lyckades jag få ett öppet och ärligt klimat vid intervjuerna, men det är omöjligt att garantera att det hade blivit likadant vid ett annat tillfälle. Som intervjuare kan jag ha påverkat intervjupersonerna pga. personkemin och mitt interaktionssätt. Det har haft betydelse hur jag visat engagemang, lyhördhet och att allas åsikter varit lika viktiga. Gruppdeltagarna kan ha påverkat varandra men resultatet visar att det funnits möjlighet att ha olika åsikter. Grupperna träffades vid ett tillfälle men om fler möten genomförts hade deltagarna kanske fördjupat sina diskussioner. Det hade kanske också kommit fram fler upplevelser och beskrivningar om vi suttit längre vid varje tillfälle. I viss omfattning har reliabiliteten stärkts genom att resultaten delvis överensstämmer med redovisad forskning.

Validering i kvalitativ forskning ”innefattar kontroll av trovärdigheten, en försäkran att det finns empiriska belägg och att man har gjort en rimlig tolkning.” (Kvale i Svensson 1996, sid. 211). Validiteten ska ”bedömas i förhållande till kontext, intervjuare/observatör och intervjuad/observerad.” (Maxwell i Svensson 1996, sid. 212). Validiteten kan också bedömas utifrån användning av tidigare forskning, perspektivval, metod och teorier. Jag har haft ambitionen att vara tydlig med dessa val samt presenterat forskning som är relevant för ämnet. Analysen formas av de använda teorierna och i och med att jag valde att göra intervjuer har jag utgått från respondenternas upplevelser och därefter tolkat dem.

Validiteten påverkas också av frågornas formulering, deltagarnas resurser att förstå dessa samt deras tankar om att jag arbetar på samma klinik. Jag är som tidigare nämnts en del av verksamheten och detta påverkar materialet. Å ena sidan har jag ganska stor kännedom om kontexten och är ”hemmastadd” på kliniken. Kanske intervjupersonerna hade lättare att öppna sig för mig eftersom jag är känd på kliniken. Å andra sidan kan det ha påverkat respondenterna så att de inte vågat vara ärliga. Patienterna och personalen kan ha styrts av att det var jag som anställd som intervjuade. Om en extern kollega eller erfaren forskare hade intervjuat kunde intervjuguiden sett annorlunda ut, intervjupersonernas svar ha påverkats och blivit mer omfattande. En extern forskare hade kanske också tolkat empirin på ett annat sätt och varit mer kritisk eftersom han eller hon inte arbetar på kliniken. Jag

har försökt att vara kritisk och öppen i tankesättet men resultatet är min tolkning av andras upplevelser i en viss kontext, vid en viss tid och med vissa respondenter. Trovärdigheten påverkas också av om analys och tolkningar är troliga utifrån presenterade citat. Jag har försökt att använda de citat som jag bedömer bäst beskriver de upplevelser som jag vill förmedla i analysen. Vissa citat är dock ändrade från talspråk till enkelt skriftspråk. Detta var en patients önskemål. Bemötandet på avdelningarna kan ha påverkats eftersom personalen har varit informerad om min studie. De kanske har varit extra noga med att bemöta patienterna på ett bra sätt. Fenomenet benämns som Hawthorneeffekten (Vedung 2009, sid. 222-227) men resultatet visar även negativa upplevelser. Pygmalioneffekten kan också ha inträffat. Med detta menas att personer kan ha betett sig utifrån förväntningar som funnits, att de har känt sig sedda och vågat vara ärliga när jag intervjuat dem och när jag har varit intresserad av deras upplevelser (Vedung 2009, sid. 222-227).

Bandspelarens kvalitet kan ha gjort att jag inte hört allt på banden även om det var en diktafon med inbyggd mikrofon. Fysisk omgivning och rumsligt arrangemang kan ha påverkat när intervjuerna genomfördes ”öga mot öga”. Vi satt på sjukhuset men inte på någon avdelning. För vissa kan det ha upplevts som en trygg miljö, andra kanske har påmint om negativa upplevelser. Både positiva samt negativa reflektioner har framkommit.

5.6 Etik

Det nedlagda forskningsrådet HSFR (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet) formulerade forskningens viktigaste etiska 16 principer i fyra krav; öppenhets-, självbestämmande-, konfidentialitets- och autonomikravet. Jag har varit noga med att arbeta efter dessa anvisningar och hänvisar även till forskningsetiska riktlinjer på Centrala Etikprövningsnämndens hemsida, Codex hemsida och Socialhögskolans råd och anvisningar för uppsatsarbete (2014). I intervjuförfrågan står att det är frivilligt att vara med, respondenten kan när som helst avbryta deltagandet och att det är sekretess. Jag skickade också med en samtyckesblankett som jag önskade underskriven och återskickad (bilaga 4 och 5). En intervjuperson var under 18 år. Där fick jag även målsmans samtycke. Jag har redovisat intervjuutskrifter och uppsatsen vid ett tillfälle för respondenterna innan den blev godkänd. Några har önskat citaten på bättre svenska vilket jag tagit hänsyn till.

Eliasson (1995, sid. 77) menar att forskare vetenskapligt och moraliskt bör överväga sitt perspektivval. Man kan inte undvika att ha ett grundläggande synsätt och detta blir uttryckt när perspektiv väljs samt frågeställningar utfärdas. Efter konsultation med deltagare i Etikprövningsnämnden samt diskussion med min handledare ansöktes inte tillstånd om att få göra denna studie i Etiska forskningsrådet. Jag fick informationen att arbeten som utförs av studenter i grundläggande eller avancerad högskoleutbildning, inklusive masteruppsatser, inte är forskning enligt etikprövningslagen och det krävs inte godkännande från etikprövningsnämnd.

6. En översikt av det empiriska materialet

14 patientintervjuer

Åldersintervall	Män	Kvinnor
0-19		2
20-39	1	
40-59		2
60-79	5	4
Total	6	8

Tabell 1

Tabell 1, är en sammanställning av patienter som intervjuats enskilt på den ortopediska kliniken uppdelat på män och kvinnor i olika åldersintervall, 6 män och 8 kvinnor, varav 5 män och 6 kvinnor över 40 år.

4 gruppintervjuer

Åldersintervall	Män	Kvinnor
0-19		
20-39	1	2
40-59	2	1
60-79	3	4
Total	6	7

Tabell 2

Tabell 2, är en sammanställning av antalet män samt kvinnor som intervjuats i de fyra patientgrupperna, inlagda på den ortopediska kliniken. Grupperna har innehållit patienter i olika åldrar. Ålderskategorierna är indelade som i ovanstående tabell och tyngdpunkten är även här 60-79 år, 6 män samt 7 kvinnor deltog i grupperna och 5 män samt 5 kvinnor i grupperna var över 40 år.

14 personalintervjuer

Profession	Antal
Överläkare	2
ST läkare	1
Sjuksköterska	3
Undersköterska	5
Sjukgymnast	1
Arbetssterapeut	2
Total	14

Tabell 3

Tabell 3 visar antalet intervjuade överläkare, ST-läkare, (Specialisttjänstgöring (ST) är en utbildning som legitimerade läkare kan genomgå för att uppnå specialistkunskaper inom ett visst område) sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter som arbetar på den ortopediska kliniken.

7. Resultat och analys

Detta kapitel är uppdelat på olika tema. Valet av tema motiveras i början av varje nytt avsnitt. Kort nämns här temans namn. Det är bemötande ur patienternas perspektiv och bemötande ur personalens perspektiv. Därefter kommer temana organisation, rutin och regler, relationen, patientrollen samt personalens roller och professionellt förhållningssätt. Analysens sista tema är en form av sammanfattning och heter bemötande på individ- organisations och samhällsnivå.

7.1 Bemötande ur patienternas perspektiv

När personer som söker vård kommer till kliniken får de rollen ”patient”, vilket de också kallas för. Jag vill dock förtydliga att det är människor med upplevelser, behov och besvär av olika slag som också har ett liv utanför sjukhuset. Patienternas upplevelser av bemötande är en viktig faktor att ta hänsyn till och dokumentera eftersom ett av sjukvårdens mål är att vården ska vara ”patientcentrerad”. Sjukhuset är dessutom beroende av patienter för att kunna existera. Därför har ovanstående tema blivit ett huvudtema i analysen. Positiva och negativa upplevelser av bemötande beskrivs och analyseras tillsammans.

Några intervjupersoner uttrycker att en grundregel för bemötande är att man ska bemöta andra som man själv vill bli bemött. I intervjuerna framkommer också att ett bra bemötande är viktigt i alla situationer och i synnerhet när man befinner sig

på ett sjukhus. Som patient är du beroende av hjälp och det är inte enkelt att byta vårdgivare. En respondent beskriver sina tankar om bemötande så här:

Det är ett ganska viktigt ord [...] om jag blir illa bemött någon annanstans så tycker jag det är så pass viktigt så jag går inte dit igen. Om jag kommer in i en affär och om en människa har en dålig dag, då har de tappat en kund direkt. Det är min speciella uppfattning men inom vården där kan man inte bara ge upp utan där måste man stå på sig hela tiden [---] Man är utlämnad. [...] Du kan inte göra mycket åt situationen. (Man, född år 1943)

Intervjupersonerna värdesätter att bli bekräftade, känna sig delaktiga och sedda som unika personer med individuella behov av personalen. Anställda som är tillmötesgående och lyssnar samt visar förståelse, har empati och psykisk närvaro är också betydelsefullt när det gäller upplevelsen av bemötandet. Medmänsklighet och engagemang samt att de som tjänstgör är glada, trevliga och har humor tros likaså kunna påverka bemötandet positivt. Patienterna framför vidare att personal som ger snabb information till den som är i behov av vård och överrapporterar till varandra sinsemellan också är viktigt. En vilja att samarbeta är enligt intervjupersonerna centralt för upplevelsen av ett bra bemötande. Patienterna vill bli sedda som subjekt i mötet med personalen.

Ja, att man både lyssnar och talar om att man väger in både sin egen uppfattning och den andres i ett möte mellan fyra ögon. Att man blir både sedd och hörd är väl ett bra bemötande. (Man, född år 1975)

I intervjuerna framkommer att några respondenter upplevt bemötandet negativt om det getts olika besked av personalen. Intervjupersonerna är medvetna om att det är stort ombyte på personal och att detta ibland medför att vården upplevs som oorganiserad. Någon respondent upplever att det saknas en ledning som håller ihop ”allt”. Som patient hamnar man lätt i ett underläge, känner sig ”liten” och ensam. Får man inte besked, det man lovats, sett fram emot eller har behov av, brister förtroendet för personalen.

Så fort jag bad om någonting så var det ofta suck och så där, upplevde jag. [---] Jag blev inlagd på torsdag kväll för att jag skulle magnetrontgas fredag morgon. Jag gick hela dagen och väntade på svaret från magnetrontgen. Jag frågade efter det. Till slut vågade jag inte fråga fler gånger. [---] Efter påtryckningar träffade jag en jourläkare klockan 5 på fredags-eftermiddagen. [---] Jag kände mig övergiven och i vägen när jag var inlagd. (Kvinna, född år 1968, gruppintervju)

När osäkerheten hos individen ökar blir behovet av bekräftelse större (Gustafsson 2004, sid. 103-120). Beroende-, sårbarhets- och maktlöshetskänslan riskerar också att öka vilket ovanstående respondent beskriver. Patienterna kan ha svårt att förstå och acceptera klinikens arbetssätt.

Ja, det är också ett problem det här med vila, för det är ju någonting som är det mest elementära, särskilt om man är sjuk eller opererad, att kunna sova någorlunda [...] ibland så hade man nyligen somnat och då plötsligt så tändes ljuset och då kom det in en massa personal: God morgon, nu är dags och man är ju definitivt [...] inte riktigt i form för att... [---] Sen var det någon som låg på min avdelning, han blev opererad mitt i natten. Klockan två på natten körde de iväg med honom. Det var någon bakjour som opererade för att hinna med lite extra. Det är så pass krävande ofta att genomgå en operation och den kräver allting så att egentligen bör man ju förbereda sig, bygga upp sig så att man är mentalt förberedd och känner sig lite stark och så. Så att då komma mitt i natten och säga: Då ska du på operation, det slapp jag ju [...] det jag kan tänka mig är att det kan kännas riktigt obehagligt. [---] Det saknas viss respekt för patienterna om man ger generella svar... (Man, född år 1965, gruppintervju)

Ovanstående citat kan utifrån patientens perspektiv tolkas som att personalen ofta arbetar för att bevara systemets och klinikens generella effektivitetsrutiner. Risken ökar då att patienterna upplever att "systemet" har makt och kontroll medan patienten känner sig som ett objekt (jfr Goffman 1983) samt att de individuella behoven åsidosätts. I intervjuerna framkommer också att bemötandet ofta påverkas negativt när personalen är stressad, vilket medför att patienter kan ha svårt att uttrycka personliga behov. Att få hjälp med grundläggande personliga behov kan upplevas som förnedrande. Här är två exempel som beskriver hur påtaglig maktlösheten i sådana situationer kan bli.

Jag springer väldigt mycket och kissar. Jag har sådan överaktiv blåsa. Det kan jag ju inte hjälpa [---] Det var ju hemskt vad du springer på toaletten hela tiden. Du får göra något åt det. Vi har annat att göra än att ta hand om dig. Sen lämnade de mig på toaletten och sen så sa jag: Bli utanför, det tar en minut bara. Jag är jättesnabb men det gjorde de inte och så sitta där nyopererad i benet som hänger rätt ner och gör vansinnigt ont. Där satt jag liksom 10 minuter en kvart, 20 minuter, snälla kom. (Kvinna, född år 1950, gruppintervju)

Och sen var det en som jag kallade för hygiensköterska. Hon kom varje morgon halv 6 till 6. [...] Jag ringde på toaletten vid halv 6 på morgonen och det var då jag bara sov och mådde skit. Det var ju hemskt vad du springer hela tiden. Vi har andra patienter än dig. Alltså, jag måste, ja, då får jag kissa i sängen då. Ja, jag får väl lyfta upp dig. Och när jag kom ut på toaletten så sa hon lite hurtfriskt: Ja, nu är du uppe så nu går jag in och hämtar tandborste och tandkräm och dina toalettartiklar [...] så kan du göra din morgonrengöring nu. Nä, det kan jag inte alls för klockan är halv 6 och jag ska sova. Jaha, då får du ingen rengöring idag. Punkt slut. (Kvinna, född år 1950, gruppintervju)

Intervjupersonen beskriver således utifrån min tolkning beroende, sårbarhet och förtvivlan samt ilska och vanmakt över upplevelsen att personalen inte lyssnade på hennes behov. Det kan då hända att patienten som ifrågasätter eller inte accepterar detta isolerar sig och verkar annorlunda eller avvikande (jfr Goffman 2011b). Intervjupersonen beskriver känslor som kan tolkas som att hon upplevde sig mer och mer kränkt samt nedslagen, ledsen och trött samt att personalen var oengagerad och nonchalant. Förklarar man dessa upplevelser med hjälp av Collins (2004) teori så kan de förstås som att patientens EE kraftigt går ner vid sådana händelser. Självförtroende och positivt tänkande inför framtiden minskar när

individer, i detta fall personalen, dränerar patientens energi. När patienten känner sig kontrollerad och beroende, minskar EE mer än om man har kontroll över sin situation (jfr Collins 2004, sid. 119-121).

De flesta människor befinner sig inte vid ytterpunkterna utan EE kan variera (Collins 2008, sid. 176-177). EE kan förklaras som en linje där personen pendlar beroende på dennes EE. Ligger individen långt ner på linjen (har låg EE) och är delaktig i en interaktionsritual som ger låg energi åker personen längre ner på linjen, kanske till botten. När personen ligger långt ner på linjen är denne så "nere" att han eller hon saknar kraft och motivation för att själv ta sig upp. Är individen högre på linjen och gör ett "nedsteg" vill och kan denne snabbt ta sig tillbaka igen för att få uppleva hög EE (Collins 2004, sid. 118-130). Nästa interaktionssituation påverkas också av föregående och EE följer med (Collins 2004, sid. 107). Den minskade EE påverkar det psykiska och fysiska måendet negativt. När individen känner rädsla och skam behövs energi för att ta initiativ, stå på sig och be om hjälp (jfr Collins 2004, sid. 129). Risken är stor att andra vill undvika individen eftersom denna energi också kan överföras vid interaktioner. Utifrån min tolkning upplevde patienten dessa ovan nämnda känslor och det kan vara en anledning till att hon inte hade energi att stå på sig om sitt behov av hjälp.

Patienters smärta, oro, utsatthet, underläge och beroende gör att de redan vid inskrivning på avdelningen har en viss EE- och blir extra känsliga för bemötandet. För att öka patientens EE kan personalen vara flexibel och visa intresse för patientens behov och önskemål (jfr Collins 2004, sid. 121-125). När detta sker, kan det utifrån patienternas berättelser, tolkas som att individen får mer energi och också känner sig behandlad med respekt, värme och ödmjukhet d.v.s. som ett subjekt. Intervjupersonerna värdesätter också om personalen ger en förklaring eller ursäkt när mötet inte blivit bra. Denna aspekt lyfts också fram av Mattiasson (2011). Om personalen inte har tid är det enligt intervjupersonerna bättre att säga det och berätta när man återkommer.

Det handlar mycket att man kan ge förtroende, tycker jag. Att man kan lita på. En sådan enkel sak som att man säger: Jag kommer om en stund. Att man gör det, att man inte sen får höra: Ja, den personen har gått för dagen. (Man, född år 1945, gruppintervju)

Östlund et al. (2001) stödjer ovanstående resonemang om vad som är ett dåligt bemötande. Författarna skriver att icke stöttande kvaliteter är att bli behandlad som

ett objekt, att känna att personalen inte litar på en, att patienten känner sig bli ignorerad och att få order eller att utsättas för standardbehandling. Nordgren och Fridlund (2001) menar att patienter känner tillit i omsorgsprocedurerna men samtidigt en maktlöshet när de inte får vara delaktiga i beslut och vid bristande information om behandlingsstrategier. När personalen istället ger omsorg utöver det nödvändiga, kan det ha stor effekt för patientens välmående.

Jag var så pass sjuk så att de gick in och satte sig hos mig. Jag var ju helt groggig ... lite förgiftad. Jag hade sådana konstiga syner. Så att det är så det kvittar vem som håller dig i handen. Det är väldigt underbart. (Kvinna, född år 1944, gruppintervju)

Empirin visar att alla intervjupersoner tycker att bra kommunikation är viktigt, såsom att personalen är tillmötesgående, tittar på patienten och hälsar samt visar att man har tid och lyssnar. Respondenterna är också medvetna om att stämningen mellan personalen påverkar dem. Patienterna menar att de känner om personalen kommer bra överens, trivs ihop och är ett bra team. Kommunikationssättet blir en övergripande faktor som påverkar bemötandet. Någon respondent har också påpekat vikten av att det inte blir språkförbistringar. Fossum (2013, sid. 25) menar att kommunikationens betydelse allt oftare lyfts upp i hälso- och sjukvården. Det man främst brukar tänka på är det verbala språket men kommunikation sker även via tonfall, ansiktsuttryck och kroppsspråk (Fossum 2013, sid. 129).

Intervjupersonernas utsagor kan sammanfattas som att empati, flexibilitet och engagemang är betydelsefullt. Vidare är tid, bra kommunikation och att se den enskilde patientens behov viktigt. Patientens känsla av att våga lita på personalen har också stor betydelse för upplevelsen av ett bra bemötande. Detta stämmer med den forskning som tidigare redovisats där man bl.a. förespråkar ett patientcentrerat arbetssätt, se t.ex. Attree (2001); McCabe (2004); von Essen och Sjöden (2003). Intervjupersonerna menar att dåligt bemötande är att inte bli sedd som en enskild individ med specifika behov, se t.ex. Upmark et al. (2007); Widmark-Petersson (1998); Östlund et al. (2001).

7.2 Bemötande ur personalens perspektiv

När patienter söker vård på sjukhus sker interaktioner mellan enskilda, unika individer. De som vårdar patienterna benämns i organisationen och på avdelningarna allmänt som personal. Jag benämner därför framöver dessa personer generellt som personal. De som arbetar ute på avdelningarna är de som ska verkställa mål och

riktlinjer i vårdarbetet tillsammans med patienten. Personalens syn på bemötande inverkar på dess arbets- och förhållningssätt gentemot patienten och hur denna i sin tur upplever sig bemött. Det är ofta personalen på avdelningen som blir viktigast för hur bemötandet upplevs av patienterna. Här redovisas personalens positiva och negativa upplevelser av bemötande på den aktuella kliniken.

Ur intervjuerna med personalen framkommer att ett bra bemötande är när man arbetar med engagemang, empati, lyhördhet, flexibilitet och uppmärksamhet. Det är också viktigt att personalen möter patienten utifrån dennes behov, uppfattningar och kultur. Alla yrkeskategorier påpekar att det är viktigt att inte agera utifrån en mall.

Det är oerhört viktigt att undersköterskan är lyhörd eller sjuksköterskan för den delen. Ja, precis, lyhörd, kan lyssna och inse att det inte går att agera utifrån en mall. Ditt agerande som du precis har haft med en annan patient inne på en annan sal det fungerar inte alltid likadant när du kommer in till nästa. Det gäller att vara uppmärksam där. (En sjuksköterska)

Svårigheten i att vara närvarande upplever respondenterna ofta beror på tidsbrist.

Jag tror nog patienten ofta är närvarande, men vi är det kanske inte så ofta. Det märker man ibland när man rusar igenom alla patienterna på en morgonrond. (En ST-läkare)

En annan respondent menar att man måste ”sätta gränser” så att alla får hjälp.

Stress påverkar bemötandet. Arbetsbelastning, ja, framför allt det. Är du tillräckligt stressad så blir det ett sämre bemötande. [---] om du ska bemöta bara en omedelbart, så får du ingenting gjort den dagen för du springer från den ena till den andra och småpysslar utan att hinna med dina egentliga arbetsuppgifter kanske. Så det är helt i sin ordning att säga att jag inte hinner just nu men då talar du också om varför du inte hinner och så talar du om att jag kommer sen. Sen är om 20 minuter eller en halvtimme. (En sjuksköterska)

Intervjupersonerna berättar indirekt att organisation och resurser påverkar den tid personalen kan ge patienten och många känner här en otillräcklighet samt frustration. Det är stort patientflöde, besparingar och ofta underbemanning och flera vill vara lojala mot arbetsgivare, upplevas som duktiga samt omtyckta. Några av de som tjänstgör kanske är rädda om sitt arbete och vill inte ses som ”besvärliga” medarbetare. Detta kan tolkas som att personalen bidrar till en gemensam allmän definition av situationen på avdelningen, vilket medför att man plikttroget arbetar, se t.ex. Goffman (1983, sid. 1-17; 2011a, sid. 18), med att försöka hålla ihop sjukvårdssystemet. Att bemöta patienterna på ett bra sätt kräver tid, engagemang och mod samt att det ibland bryter mot de normer som finns på avdelningen. Detta bekräftar också Bridges et al. (2013). Stress kan göra att man får tunnelseende och glömmer att reflektera. Respondenterna betonar vikten av att kunna samarbeta

med varandra i arbetsgruppen och tillsammans med patienten. Det är en förutsättning för att bemötandet ska upplevas bra för alla.

Att man har haft en bra dynamik mellan varandra, att man har fått ett utbyte. Att jag har tyckt att det var trevligt att prata med patienten. Jag vill hjälpa patienten och patienten är tacksam för att jag tar mig tid. Också att jag vill hjälpa patienten så att man förstår varandra och man förstår vart man har varandra och varför jag är där. (En arbetsterapeut)

Samarbete medför att båda parter känner tillfredställelse i relationen. Intervjupersonerna säger att det känns bra när man får positiv feedback och bekräftelse från patienten. Det är en form av kvitto på att man bemött patienten bra och varit engagerad. Empirin kan tolkas som att det finns en risk att personalen tror att det finns samarbete även om patienten inte tycker det. Man kan också tolka det som att samarbetet troligtvis måste bygga på organisationens riktlinjer för att fungera. Alla yrkeskategorier tror att patienter ibland känner sig maktlösa och att detta påverkar upplevelsen av bemötandet. Att vara inlagd på sjukhus medför ett oundvikligt underläge eftersom man är beroende av hjälp. Detta kan också påverka bemötandet.

... så fort du kommer in på sjukhus så är du i underläge [...] du är ju där för att bli behandlad, undersökt och är i beroendeställning av andra människor. De andra människorna är auktoriteterna. Därför är det viktigt för auktoriteterna att inte utöva makt utan att bemöta patienten på en jämlik nivå. Men samtidigt så har du patienter som har dålig insikt ibland. Då kanske du får ta till din auktoritet men då gör du det under ett ansvar också. Det ansvaret syftar ju fortfarande till det bästa för patienten. (En sjuksköterska)

Intervjupersonerna uttrycker att de automatiskt har makten eftersom de har den medicinska kompetensen. Det är viktigt att all personal ser sin makt och hur den används. Min reflektion är att man inte kan fränsäga sig sin makt men använda sin auktoritet utan ansvar för patientens mående och bästa (utifrån dennes synvinkel). En situation där personalen är medveten om att patienten kan känna sig maktlös är vid rondan.

Man kan väl se på ronderna när det är gående ronder till exempel. Då är patienterna väldigt små och ligger ner i sina sängar liksom, medan doktorn står över och hänger. Då kan man väl känna att makten är lite för tydlig. Men annars tycker jag inte det är så. (En sjuksköterska)

Detta citat gestaltar hur den vanliga identiteten blir bortskalad hos patienten som ligger eller sitter ensam, oftast klädd i sjukhuskläder. Jag har också utifrån egen yrkesverksamhet upplevt detta som en typisk situation när det gäller rollfördelning. Patienter är medvetna om sitt beroende och saknar oftast medicinsk kompetens. Personalens fokus ligger på den ortopediska åkomman och mötet är snabbt. Tanken med rondan är att doktorn ska få en helhetsuppfattning av patienten. Visst

ger doktorn patienten tid för att ställa frågor men fler patienter väntar. Personalen går däremot ibland senare in till patienten. Detta kan tolkas som att båda parter måste anpassa sig till avdelningens riktlinjer vilket vid rondens ofta förmedlas både verbalt och ickeverbalt till patienten. Även om patienten inte känner sig direkt maktlös måste oron stillas tills det finns tid. Rondens kan således ses som en form av naturlig, inarbetad och regelbunden maktsituation genom avdelningens rutiner och denna situation berör både patient samt personal. Man förväntas här att tillsammans upprätthålla en form av samförstånd. Ovanstående kan ses som att sjukvårdsorganisationen har stor makt över sina anställda och patienten (jfr Goffman 1983, sid. 1-17; 2011a, sid. 18). Personalen kan ta för givet att patienterna accepterar bemötandet i nämnda situation, vilket ofta sker men något kan hända i upplevelsen av bemötandet. Som patient är risken att man känner sig mindre värdefull och att det blir tydligt vem som bestämmer. Personalen menar att man kan hjälpa patienten att uppleva mindre maktlöshet. Sjukgymnasten försöker t.ex. att informera om individens tillstånd. Patienten ska bli expert på sin kropp. Det ökar självständigheten till medvetna val för att hantera den funktionella problematiken.

Sammanfattningsvis menar personalen uppräkningsvis att tid, närvaro, empati, engagemang och flexibilitet samt samarbete är viktigt för bemötandet. Intervjupersonerna säger dock att de inte alltid har dessa förutsättningar för att ge patienterna ett gott bemötande. Detta bekräftar också (Croona 2003; von Essen & Sjöden 2003).

7.3 Sammanfattande analys av upplevelser av bemötande

I detta avsnitt sammanfattas patienters och personals upplevelser av bra och dåligt bemötande på den ortopediska kliniken. Avsikten med sammanfattningen är bl.a. att förtydliga respondenternas upplevelser av vad som kan påverka bemötandet utifrån ett patientperspektiv genom att använda fyrfältstabeller. I fyrfältstabell 1 fördjupas analysen med hjälp av begrepp som subjekt, objekt, individuella och generella behov. Fyrfältstabell 2, tydliggör utifrån Collins interaktionsteori (2004) hur den emotionella energin, EE smittar eller överförs och påverkar patient och personal i det enskilda mötet. Denna energi påverkar i sin tur hur parterna upplever bemötandet i relationen. Fyrfältstabellerna förmedlar också att personalen genom ökad kunskap om och förståelse för dessa fenomen kan påverka sitt arbets-

sätt och själva upplevelsen av bemötandet när de vårdar patienterna. Detta resonemang utvecklas i nedanstående text.

Empirin visar att patienter och personal i regel har liknande uppfattning om vad som är ett bra eller dåligt bemötande. Patienterna uttrycker att personalen inte alltid skaffar sig helhetsinformation om den som är i behov av vård. Man kan tolka detta som att patienterna upplever ett bra bemötande är när det överensstämmer med diskursen ”patienten i centrum” och när målen i HSL uppfylls.

Nedanstående fyrfältstabell försöker ur ett patientperspektiv tydliggöra olika upplevelser och arbetssätt, närmare bestämt att ”känna” sig som ett subjekt respektive ett objekt beroende på hur personalen arbetar. Detta illustreras i form av ytterligheter på så sätt att personalen antingen arbetar utifrån patientens individuella behov eller utifrån generella riktlinjer på kliniken eller i organisationen. I verkligheten kan, utefter empirin, arbetssätt och känslor variera samt vara blandade. Personalen har inte bara drag från en ytterlighet utan skillnaden ligger i vad den enskilde individen fokuserar på och hur personen förhåller sig till dessa ytterligheter. Situationen där patienten upplever sig som ett objekt fast personalen arbetar utifrån dennes individuella behov betonades inte i intervjuerna men kan vara när en funktionshindrad upplever särbehandling som arbetsam eller om personalen pratar till någon äldre som om det var ett barn. Patienten kan också tycka det är acceptabelt att ses som alla andra och ändå uppleva sig som ett subjekt. Risken finns dock att detta förändras till att man upplever sig som ett objekt. Personalens lyhördhet för den enskilde individens behov blir här således viktigt. Patienten vill i regel vara tillmötesgående och förstående gentemot andra patienter och personal men det är svårt när man har ont och behöver hjälp med personliga behov samt är orolig och inte känner sig bekräftad.

Patientens upplevelse av att behandlas som subjekt eller objekt

	Patienten som subjekt	Patienten som objekt
Personalen arbetar efter individuella behov	Individ	Negativ till särbehandling
Personalen arbetar efter generella behov	Som alla andra	Negativt att vara och ses som alla andra

Tabell 1

Patienternas intervju svar kan tolkas som att de vill ha god vård och omsorg men själva samspelet, interaktionen och relationen med personalen har stor betydelse. Som tidigare nämnts kan detta utifrån Collins (2004) tolkas som att patienter och personal påverkas av olika former av processer med överföring av EE i interaktionen. Det kan utifrån min reflektion vara svårt att vid stress och hög arbetsbelastning se och förstå sambandet. Personalen har dock ett övergripande ansvar och patienten är den sårbara samt beroende. Beroende på personalens arbetssätt och utstrålning påverkas patientens EE samt dennes upplevelse av bemötandet. Personal som arbetar med engagemang, respekt och ger värme har en positiv betydelse för patientens upplevelse av bemötandet. När de som tjänstgör på avdelningen ger stöd, trygghet och hopp samt är positiva och tillmötesgående påverkar de också patientens upplevelse av bemötandet på ett fördelaktigt sätt. Patientens tillit, beslutsamhet och självförtroende ökar. Styrkan att våga fråga och orka säga vad man önskar och känner växer också. Även om patienten inte får sina önskningar uppfyllda så är chansen stor att han eller hon känner ökad tillit och trygghet samt lättare känner beslutsamhet och genomför förändringar. Vidare kan patienten få ökat engagemang, uppleva mer stolthet och entusiasm samt dessutom kanske tillfriskna snabbare. Patienten känner också att personalen lyssnar och att det är tillåtet att vara en unik individ som får vara i behov av vård, ett subjekt. När patienten är nöjd känner de som arbetar i sin tur glädje, lust, bekräftelse och mening med arbetet samt får en ökad positiv energi. Detta berättar också personalen i intervjuerna.

Om båda parter upplever samarbete på ett jämlikt sätt, ökar EE+ och cirkulerar mellan patient och personal. Den EE som uppkommer i interaktionen är ett dynamiskt samspel som kontinuerligt ändras. Det blir då ofta en nedåt- eller uppåt-gående spiral i mötet. Någon personal säger att det egna måendet inte påverkar patientens. Patienterna säger dock i intervjuerna att de upplever detta tydligt. En del respondenter uttrycker att personalens mående inte bör påverka bemötandet till patienterna. Detta kan tolkas som att patienterna bekräftar Hilmarssons (2013) beskrivning att medvetenheten hos personalen om sina vänlighetssignaler, ökar lugnet och tryggheten för patienterna. Liknande beskrivning finns i t.ex. Forsberg och Forsberg (2008); Matthias et al. (2012); Suhonen et al. (2005); Suhonen et al. (2011); Tracey (2010).

Fyrfältstabellen nedan ger en översikt hur EE, kan tolkas utifrån Collins (2004) och överförs i olika situationer mellan patient och personal. Ytterligheter beskrivs även här. Energin kan växla och vara mer eller mindre positiv samt negativ.

Den emotionella energins, EE påverkan

	Patienten EE+	Patienten EE-
Personal EE+	Relationen jämlik	Personalen kan bemöta patienten jämlikt
Personal EE-	Patientens bekräftelse kan öka personalens EE+	Nedåtgående spiral medför att EE- ökar

Tabell 2

7.4 Upplevelser som kan påverka bemötandet

Nedanstående är en fördjupad analys av några teman som mest frekvent framträtt under intervjuerna och som patienter och personal utifrån min tolkning anser kan påverka upplevelsen av bemötandet. De olika temana är organisation, rutiner och regler, relationen, patientrollen samt professionsroller och professionellt förhållningssätt.

7.4.1 Organisering, rutiner och regler

Detta tema är utifrån ett psykosocialt synsätt viktigt att ha med i analysen när man reflekterar över vad som utifrån patienter och personals upplevelser kan påverka bemötandet på avdelningen. Även om uppsatsen har fokus på den individuella interaktionen och relationen går det inte att förbise att organisations- och samhällsnivån har viss betydelse för hur respondenterna relaterar till varandra och upplever bemötandet.

Det hierarkiska sjukvårdssystemet bygger på att personalen visar sig lojal mot arbetsgivaren och systemet. Personalen menar att det många gånger blir organisationens samt klinikens rutiner och regler som får störst betydelse i jämförelse med patienternas önskemål. Rutiner medför att de som tjänstgör på kliniken inte upplever sig hinna med patienterna i den utsträckningen som båda parter vill och önskar. Det kan tolkas som att de som tjänstgör på avdelningen upplever en lojalitetskänsla både mot patient och mot organisation. I situationer när detta är svårt att förena så hjälper solidaritetskänslan i arbetsgruppen till att hantera konflikten (jfr Collins 2004). Arbetskamrateran upplever en form av enighet tillsammans som kan medföra att man som medarbetare minskar sin lojalitetskonflikt. Att upp-

rätthålla detta synsätt ger samtidigt ett skydd för personalen och en vinst. Man vet vad som definieras positivt, belönas och passar systemet (jfr Turner 2002, sid. 233-254). Någon i personalen uttrycker att om man är tillräckligt professionell så påverkar inte organisation och regler patienternas upplevelser av bemötandet. Patienterna menar att de påverkas av de som tjänstgör på avdelningen och har uttryckt att också de förväntas vara lojala mot systemet samt acceptera erbjuden vård.

Goffman (2011c, sid. 9-92) skriver om institutioners rutiner och menar att dessa kan påverka personalens känsla av makt samt patientens känsla av maktlöshet. Ritualer ger patient och personal sina identiteter och på avdelningen finns många vardagsrutiner/ritualer. Patienten får t.ex. sitt id-armband vid inskrivningen, sjukhuskläder, sin salsplacering och sängplats med ett litet sängbord. Det kan tolkas som att den som erhåller vård tilldelas patientrollen men det kan också leda till att denna på ett oundvikligt sätt kan ta patientrollen. Patientens identitet skalas av och detta kan öka känslan av att uppleva sig som ett objekt. En patient reflekterar över att det historiskt skett en förändring (i detta fall) när det gäller sjukvårdsorganisationens makt. Från att ha varit en väldigt hierarkisk institution så behandlar man patienterna idag mer medmänskligt.

Jag upplever det som att personalen överlag var ganska vänliga, allmänt tycker jag. Det är inte så där som det kanske var förr i tiden att sköterskorna hade uniformer och det var väldigt respekt. Patienten skulle bara veta sin plats, så att säga. Det var ju en helt annan ordning förr men idag tycker jag det är, man är väl ganska, som en del i samhället, tycker jag. (Man, född år 1965, gruppintervju)

Någon i personalen upplever att rutiner också kan medföra att den professionelle kan uppleva en maktlöshet bl.a. beroende på att vissa rutiner tar tid, tid som man istället vill ge den som är i behov av vård. Ett exempel på detta är vissa administrativa rutiner. Detta gör att relationen patient och personal kan påverkas.

7.4.2 Relationen

Eftersom studien utgår från ett internationalistiskt perspektiv har detta tema som funktion att poängtera och belysa relationens övergripande betydelse för respondenternas upplevelse av bemötandet, oavsett vilken roll man har i mötet på avdelningarna.

Alla patienter anser att relationen med sjukvårdspersonalen är mycket viktig men det är en viss skillnad när det gäller uppfattningen om vem som ansvarar för den. De flesta menar att det är ett ömsesidigt ansvar mellan patient och personal men några poängterar personalens, enhetschefens eller sjukhusledningens ansvar. Någon patient säger att patientens beteende inte får påverka personalens bemötande. Andra patienter uttrycker att om man som patient är otrevlig kan man förstå om bemötandet från personalen inte alltid är det bästa. Det framkommer både direkt och indirekt utifrån min tolkning av patientintervjuerna att personalens stämning sinsemellan och arbetsbelastning inte bör påverka bemötandet till patienten. Samtidigt uttrycker många patienter att de märker stämningen även om det inte uttrycks i ord och att de ofta försöker att ha förståelse för att personalen har mycket att göra.

All personal ser relationen med patienten som ett professionellt ansvarsområde men i olika grad. Majoriteten av medarbetarna anser att det är personalens ansvar. Det är något som också har framkommit i flera studier, se t.ex. Eriksson och Svedlund (2007); Gustafsson (2004); Halldorsdottir och Hamrin (1997); Kvåle (2006); Travelbee (1971). En del av personalen menar att det är ett samarbete där både den som ger och den som får vård har ett ansvar.

Jag tycker nog det är mitt huvudansvar. Men jag tycker ändå det är, liksom alla, mellanmänskliga relationer, så är det två i relationen som har ansvar för att den fungerar. [...] De är redan i underläge och de är sjuka och skadade osv. så jag har huvudansvaret för att det fungerar, men det är inte 100 % bara jag. [...] Det är kanske är 70/30. (En sjuksköterska)

Några i personalen säger att man har behov av att bli respekterad av patienten.

Jag är här för patientens skull. Om en patient skäller på mig eller är avig mot dig så är det ju inte mot mig de är aviga utan de är aviga mot vården. [...] En patient som inte visar mig respekt däremot som talar om att jag är dum i huvudet för att jag inte klarar av att ställa in TV apparaten, då kan jag säga till patienten: Du ursäkta men jag är undersköterska. Jag är ingen TV reparatör. (En undersköterska)

Detta kan tolkas som att medarbetaren lägger över ett ansvar på patienten att han eller hon ska bete sig enligt rådande normer. Omvårdnadspersonalen måste hjälpa dem som är i behov av vård i alla lägen där behov finns och det kan bli påfrestande för båda parter. Relationen kan tolkas som att den har olika betydelse för personal och patient. Patienten behöver hjälp, den som tjänstgör utför ett arbete. En del i personalen menar också att strukturen påverkar relationen.

Jag tycker att relationen är viktig därför det är det som är kul med jobbet, att träffa patienter. Sen så träffar man så många så varje person kanske inte blir så viktig. [...] Vem som har ansvar för relationen är väl båda två men framför allt så är det strukturen. (En ST-läkare)

Sammanfattningsvis kan det tolkas som att sjukhusorganisationens och avdelningens rutiner påverkar relationen. Patienter och personal har olika förväntningar, förutsättningar och behov i relationen till varandra. Detta kan göra att man inte har samma uppfattning om hur viktig denna är för upplevelsen av bemötandet, se t.ex. Eriksson och Svedlund (2007); Halldórsdóttir och Hamrin (1997); Hausman (2004).

7.4.3 Patientrollen

Utifrån ett interaktionistiskt perspektiv tilldelas här rollbegreppet betydelse för vad som påverkar respondenternas upplevelser av bemötande. Rollteorierna utgår från att individer har förväntningar på sig att inta vissa beteenden och sätt att vara. Vid en interaktion eller ett möte mellan patient och personal kan man se det som att två olika roller möts, patientrollen och professionsrollen. Dessa ska och måste relatera till varandra. I nedanstående avsnitt följer en utförligare beskrivning och tolkning utifrån respondenternas upplevelser av olika medvetna eller omedvetna förhållningssätt, beteenden eller strategier vilka här framöver kommer att benämnas som olika ”delar” som patienterna kan utveckla i patientrollen. Patientrollen likställs här med sjukrollen men patientrollen är oftast det begrepp som används inom sjukvården och på de aktuella avdelningarna.

Ur intervjuerna framkommer att personalen reflekterar över att patienten är i en utsatt situation. Patientrollen kan utvecklas åt det *patogena* hållet, d.v.s. att de sjuka, negativa och problematiska beståndsdelarna i rollen förstärks. Den som är i behov av vård kan då till stor del gå in i en form av patientroll som eventuellt kan medföra att individen får en form av *sjukdomsvinst* av att bli sedd samt omhändertagen av personalen (jfr Turner 2002).

Det som ingår i patientrollen är väl att man, vilket inte är så bra, hamnar i ett automatiskt underläge, [...] man också kan ha sådana fördelar att man får den hjälpen man behöver och man kan räkna med att bli omhändertagen. (En sjuksköterska)

Några i personalen uttrycker sina upplevelser om patient- och sjukrollen så här:

Många av dessa människor blir ömkliga. De ska ha hjälp med allt. De kan ingenting. De bryr sig inte om sin egen identitet utan kan sitta nakna. De är på sjukhuset och då kan man bete sig som man vill. Vissa är sådana men inte alla. (En undersköterska)

Det är ju så här också att många patienter [...] tyvärr, blir egocentriska när man hamnar på sjukhuset. Då är det bara dem det kretsar runt [...] Vi ska finnas när de trycker på klockan [...] Ja, man kan väl känna lite maktlöshet. (En undersköterska)

Citaten kan tolkas som att patientrollen innehåller en del som är patogen och att den som erhåller vård blir egocentrisk. (Detta har också nämnts i intervjuer med patienterna). De som arbetar på avdelningen är införstådda med att patienten har ont och är rädd och orolig men förutsätter ändå ibland att han eller hon kan hantera detta. Den som får vård förväntas många gånger att inte släppa all kontroll och enbart vara patient, svag och passiv. Patienten förutsätts också att ha krafter att reflektera över sitt beteende. Det finns således en önskan hos många i personalen att den som är i behov av vård ska utforma ett *salutogent* tankesätt i sin patientroll. Ett salutogent tankesätt är hälsofrämjande och har fokus på det som är friskt och positivt samt på de egna resurserna och det stärker möjligheten att hantera problem på ett konstruktivt sätt. En annan undersköterska säger att man får ”stå ut” och att det är patientens rätt att ha en patient- eller sjukroll.

... jag kan uppleva som undersköterska att det är jättejobbigt, att det är lite tjatigt och så där men jag blir inte irriterad. Jag tycker att var och en individ har sin rätt att stå på sig och säger vad den tycker och tänker. Det måste vi respektera. (En undersköterska)

Empirin kan tolkas som att Parsons (1964) sjukroll och Wadell och Wadells (2000) modifierade sjukrollsbegrepp är något som patienterna har med sig eller tar när de kommer till avdelningen. Patienter och personal kan ha olika förväntningar på sjuk-, patientrollen. I patientrollen förväntas det av personalen att den som erbjuds vård ska ta ansvar samtidigt som han eller hon vet sina rättigheter. Detta gör att det kan vara svårt för patienten att alltid acceptera vård, behandling och personalens beteende. De som tjänstgör på avdelningen har enligt min tolkning genom sin medicinska kompetens och systemets riktlinjer företräde i sin bedömning av hur patientrollen ska definieras. Med detta kan exempelvis menas om patientens beteende och önskemål är en *rättighet* eller en sjukdomsvinst eller var tonvikten bör läggas när det gäller patientrollens utformning och förväntningar. Det är lättare att bli omtyckt och vara en ”duktig” patient om han eller hon gör det som förväntas av en och inte är till besvär. Risken är att man känner sig i underläge, sårbar och upplever att de som arbetar på avdelningen inte finns där i önskvärd utsträckning.

Inläggningstiderna är i regel ganska korta. Det kan därför, utifrån min tolkning, vara så att de som tjänstgör ibland påskyndar det salutogena förhållningssättet, att se och fokusera på det friska. Risken finns då att patienten inte hinner med i det tankesättet. En reflektion jag får utifrån empirin är att det kanske inte är konstigt

att begreppet patientroll används mer än begreppet sjukroll. Begreppet sjukroll kan medföra och tolkas som att patienten först och främst ses och upplever sig som sjuk, underförstått svag, problematisk och passiv. En annan sida av detta är att personalen många gånger kanske tror att de vet vad som är bäst och tänker att den som är i behov av vård har orimliga krav.

Det är klart att den som skriker högst får mest, så är det i sjukvården [---] Det beror ju på, för att sen så ibland kan vi i sjukvården uppfatta att den personen har helt orimliga krav. Då i den situationen så upplever man det inte som att personen vet sitt bästa. (En sjuksköterska)

Ur intervjuerna framkommer att nästan alla patienter upplever att de tilldelas och går in i en patientroll på avdelningen. Många lägger stor tonvikt på sitt eget beteende och hur denna roll skapas, utvecklas och upprätthålls. Empirin kan tolkas som att de intervjuade patienterna upplever en förväntan att bete sig som *idealpatienten* och gå in i *en ideal patientroll*. Den ideale patienten ska vara snäll, trevlig och tyst och inte ifrågasätta. Idealpatienten ska vidare ta ansvar, göra som den blir tillsagd, inte klaga för mycket och hjälpa till så gott den kan samt vara samarbetsvillig. En patient säger:

Man får liksom foga sig till hur det fungerar, hur personalen vill att det ska fungera. Att man ställer till så lite besvär som möjligt. (Kvinna, född år 1977, gruppintervju)

Många patienter känner förväntningar från personalen i sin patientroll som ibland skiljer sig från egna behov och önskemål. En respondent beskriver detta så här:

Jag fick känslan av att jag var där för deras skull. Jag var patient [...] Det är deras jobb då skulle jag liksom foga mig efter deras. (Kvinna, född år 1968, gruppintervju)

Personalen har olika uppfattningar om vad som är idealpatienten. Någon uttrycker att detta är en patient som är nöjd med vård och behandling, andra att denna klarar sig själv och är följsam. Vidare att patienten har kunskap om sin åkomma och muntligt vågar reflektera över det personalen säger. Många i personalen säger att de vill att patienter ska stå på sig men vissa betonar att detta måste vara inom rimliga gränser.

... det måste på något sätt bli någon rättvisa och det är klart för vår del är det viktigt att man då försöker se till att den som står på sig inte får mer vård än han behöver på den underdånigas bekostnad. (En överläkare)

Citatet kan tolkas som att personalen bestämmer hur mycket patienten får stå på sig och använda sina rättigheter i sin patientroll. Det underlättar om den som får vård är positiv och vill acceptera sin situation samt sitt eventuella funktionshinder. Det är inte alla patienter som har förmåga att ta till sig information lika snabbt.

Patienterna poängterar att de inte alltid är mogna eller orkar ta detta förväntade ansvar. Detta medför större krav på de som arbetar att bemöta patienterna på ett bra sätt, speciellt när patient och/eller personal upplever att det inte finns tid för samtal.

Några av personalen tycker inte att det finns idealpatienter eller den ideala patientrollen. De menar att alla patienter är olika, att de ska få vara det och att de måste ses som personer. Personalen måste kunna bemöta alla på ett bra sätt.

Det finns ju ingen mall som patienten ska passa in i. Varje patient är en ny individ och det går inte att försöka stoppa dem i en mall och säga att den ideala patienten ska vara på detta viset. Alla patienter har olika förutsättningar beroende på hur pass skadade de är, vad de har med sig sedan tidigare i sjukdomar. Sen kan väl alla önska sig en patient som tar sina tabletter, går sina rundor, lyder uppmaningar men då tenderar det ju att bli för personalens bekvämlighet och då tycker jag att man är fel ute. [---] ... jag är här för att ta hand om alla människor som kommer hit. (En sjuksköterska)

Någon av personalen menar att det är *personligheten* som styr patientens beteende. Beroende på personligheten kan patienten i patientrollen bli *ifrågasättande* eller *acceptera* allt eller det mesta, vara *aktiv* eller *passiv*. Annan personal säger att man som patient visar sig så sjuk som man är eller känner sig. Många anser att patientrollen innebär ett *underläge*.

Man är i på något sätt i underläge, när man framför allt ligger i sängen ofta. [---] Patienten kan bara vara sig själv för att de har ju ont. De har ett problem. (En sjukgymnast)

Sjukgymnasten uttrycker att alla som är i behov av vård på avdelningen måste få vara speciella individer och i detta begrepp kan man tolka att ”personlighetsdelen” ingår.

Ur intervjuerna framkommer att patienten ofta vet sina rättigheter utifrån HSL (men inte alltid eftersom den kan vara svårtolkad) och har förväntningar om att bemötandet från personalen ska upplevas bra. Patienterna har uttryckt att man är i behov av hjälp när man är inlagd på avdelningen. Utifrån min tolkning består denna hjälp av specialistvård inom ortopedi men också av omvårdnad och omsorg som kan vara aktuell på andra kliniker. Det kan tolkas som att det utifrån patienternas synsätt finns en ”rättighetsdel” i patientrollen även om rättigheterna ibland är svåra att uttrycka när man är beroende av vård. Ur intervjuerna framkommer att personalen å ena sidan försöker att arbeta utefter dessa uppfattningar, underförstått att patienten har olika rättigheter som patient med HSL i åtanke. Å andra sid-

an framkommer det att patienterna upplever att det inte alltid är så. Patienterna upplever ibland att de inte får sina rättigheter tillgodosedda.

Empirin kan tolkas som om det finns ett samband mellan att som patient uppleva vården som en rättighet och att ha en förmåga att våga stå på sig. Om patienten har utvecklat en stor rättighetsdel i sin patientroll kan denna behålla mer av sin tidigare identitet. Definieras rollen till största delen som en *skyldighetsroll* eller att man ska uppföra sig som en idealpatient blir lätt upplevelsen för patienten att den är en i mängden, ett objekt. Vissa patienter har inte förmågan att stå på sig och det kan påverka andra inlagda som blir mer hjälpsamma.

Jag var den piggaste på rummet. Jag fick ringa på klockan till de här förivrade tanterna och hjälpa dem och lyfta upp benen och ringa. När den förvirrade tanten precis var nyopererad för lårbensbrott och var uppe och gick själv så lämnade de henne på toa och sen glömde de henne där. Så det var mycket som... den rollen, när man är ganska ung och pigg så blev det den rollen man fick ta, liksom lite. (Kvinna, född år 1968, gruppintervju)

Detta kan tolkas som om patienterna ibland går in i en form av *personal- eller hjälpsamhetsroll*.

Patientrollen kan tolkas som en otydligt definierad roll med skilda förväntningar där det många gånger råder en viss diskrepans mellan de som ger och de som får vård. Detta kan innebära att patienten känner sig ”överkörd” eller utvecklar en tydlig *underlägesroll* istället för att han eller hon utvecklar och upplever *respekt, delaktighet och självbestämmande* i sin patientroll. Vad som är rättigheter och rimliga förväntningar i patientrollen kan utifrån min tolkning av empirin vara svårt för patienten att veta och inte alltid heller lätt för personalen. Detta är en svår situation som ställer stora krav på de som arbetar på avdelningen som trots allt har det medicinska kunnandet och ansvaret. Enligt patienternas upplevelser kan ovanstående resonemang tolkas som att de som tjänstgör på de aktuella avdelningarna på kliniken ibland använder sin auktoritet och makt oreflekterat. När detta sker påverkas både patientrollen samt upplevelsen av bemötandet. De som tjänstgör ger sig kanske inte tid till att samtala på en jämlik nivå och det medverkar till att patienten kommer i underläge. Detta kan ses som att *relationsdelen eller behovet av att interagera* i patientrollen värderas lägre av de anställda än av patienterna. Samtidigt menar personalen att relationen är viktig för bemötandet.

Patienten hamnar ibland i en rollkonflikt när det gäller vilka delar i patientrollen som ska få störst betydelse och överväger sitt beteende då (kanske omdevetet) utefter hur starka behoven är. Man kvittar vinster och förluster när det gäller hur man ska bete sig. Det är lättare att bli omtyckt och vara en ”duktig” patient om man gör det som förväntas av en och inte är till besvär. Risken är då att man känner sig i underläge och sårbar och upplever att personalen inte finns där i önskvärd utsträckning (jfr Turner 2002, sid. 233-254). Patientrollen kan tolkas som att den ofta består av en form av *anpassning och/eller opposition*. När patienten opponerar sig blir denna synbar och kan upplevas som krävande, besvärlig eller avvikande. Patienten ”sticker ut” genom att utveckla vissa delar i patientrollen i större omfattning än vad personalen accepterar som normalt, som t.ex. rättighetsdelen och den egocentriska delen. En sådan patient kan t.ex. ringa mycket på klockan, be om hjälp ofta, vara orolig och ha stort behov av att bli sedd (jfr Goffman 2011b). Även om de som arbetar kanske inte uttalar sina tankar, så kan patienten uppleva att personalen i dessa situationer är oempatisk och respektlös (Lynöe 2011, sid. 65).

Beroende på om och hur de som är i behov av vård på avdelningen accepterar personalens förväntningar och blir bemötta så kan empirin således tolkas som att patienterna ofta utvecklar ett beteende genom att fokusera på olika delar i sin patientroll. Genom att som patient t.ex. vara snäll och foglig förstärker man att personalens förhållningssätt är det rätta, man godkänner systemets riktlinjer. I vissa avseenden kan patienternas ”avvikande” beteende kanske uppfattas som salutogent, ett friskhetstecken man orkar säga ifrån och ifrågasätta.

Empirin kan sammanfattningsvis tolkas som att personalen och patienterna kan ha olika syn på patientrollen som t.ex. patienternas skyldigheter och rättigheter utifrån Parsons (1964) och Wadells och Wadells (2000) sjukroll. Ibland förminskas patienträttigheterna, ofta vid stress och det kan då bero på utformningen av organisation, riktlinjer och rutiner men också på hur personalen kommunicerar med patienten. En anledning till patienternas upplevelse av förminskade rättigheter i patientrollen kan vara att personalen har en socialiserad dubbelbottnad syn på patientrollen som inte är statisk utan snarare dynamisk. Synen förändras utefter hur regler och riktlinjer är utformade inom organisationen men också genom samhäll-

ets normer. Patienter och personal kan ha olika syn på ”hastighet” gällande dynamiken i patientrollen. Personalen kan förvänta sig att patienterna snabbt socialiseras in i de rutiner som finns på avdelningen och får insikt i sin sjukdom.

Svårigheten är när parterna inte kommunicerar och om personalen inte öppnar upp för en diskussion med patienten om vad sjuk- eller patientrollen innebär och när det är dags för patienten att ta mer kontroll och ansvar (jfr Widmark-Petersson 1998). Lowbridge och Hayes (2013) skriver att det är viktigt att sjuksköterskorna ökar sitt medvetande om patienter som de anser krävande eller impopulära och hur dessa bemöts. Dartington (2013) menar att den sårbara patienten kan reagera på många sätt och behöver mötas på ett heroiskt eller lugnt och behärskat sätt beroende på situation och känslöstämning.

Nedanstående fyrfältstabell illustrerar (utifrån ett patientperspektiv), hur bemötandet kan upplevas av patienten samt hur några av patientrollens delar kan påverkas och utvecklas beroende på personalens kommunikationssätt.

Patientens upplevelse angående delaktighet pga. personalens förhållningssätt

	Patient som står på sig	Patient som är underdånig
Personal har en jämlik, samtalande attityd	Respekterad och delaktig	Delaktigheten ökar
Personalen har en auktoritär hållning	Osedd och kränkt	Delaktigheten minskar

Tabell 3

Det är ett avancerat samspel och varje möte är unikt. Därför går inte situationerna att lösa enhetligt. Patientens mående, personlighet, dynamiska psykologiska processer, livshistoria och sociala situation har betydelse för hur anpassningen sker och hur patientrollen definieras av honom eller henne.

7.4.4 Personalens roller och professionellt förhållningssätt

Olika yrkeskategorier förväntas förhålla sig delvis lika och delvis olika i sina professionsroller pga. sina arbetsuppgifter och förväntningar. Empirin ger underlag för att precis som i patientrollen delas in i förhållningssätt, beteenden eller strategier vilka även här framöver kommer att benämnas som ”delar”. Detta, att kunna bete sig på olika sätt i sin professionsroll, kan medföra att de som tjänstgör på avdelningen också kan hamna i olika konflikter utifrån sina uppdrag. Temat har valts för att beskriva hur personalen kan erfara olika former av rollkonflikter i sina

uppdrag och hur dessa kan lösas på olika sätt. Den professionelle kan både tillåta sig att vara mer stringent i sin yrkesroll men också till viss del gå ur sin roll genom att bemöta patienterna på ett visst sätt. I det följande beskrivs och analyseras personalens upplevelser av professionsroller samt förhållningssätt i relation till upplevelsen av bemötandet med hjälp av tidigare nämnda teorier. Personalen intervjuades sent i uppsatsarbetet och det var som tidigare nämnts från början en målsättning att endast intervjua patienter. Därför tillfrågades inte patienterna hur de upplevt de olika professionsrollerna och hur detta i sin tur påverkat upplevelsen av bemötandet. Det hade annars varit intressant att jämföra personalens och patienternas perspektiv.

Överläkaren har den högsta medicinska kompetensen och det yttersta ansvaret för patienten och fattar beslut om vården. Detta medför en naturlig maktposition. En överläkare i min undersökning säger att förväntningarna på honom är att ge tydliga ordinationer så att alla förstår budskapet och handlar rätt utefter hans bedömning. Läkarnas svar kan tolkas som att det ger dem en form av tillfredsställelse att ta självständiga beslut och använda sin medicinska kompetens. Detta kan förklaras med att EE ökar hos den som är ”ordergivare” och har status eftersom den enskilde upplever sig vara i centrum och påverkar det kollektiva medvetandet (jfr Collins 2004, sid. 114-118).

För läkarna kan olika former av rollkonflikter uppstå i mötet med patienten (jfr Turner 2002, sid. 233-254). Läkarna bedömer patientens ortopediska funktionsförmåga med uppdrag från myndigheter. I läkarrollen måste man i dessa fall ta hänsyn till samhällets förändring och försäkringssystemets regler. Det innebär att läkaren indirekt socialiseras in i andra system utanför sjukhuset där det är viktigt att uttrycka sig på ett visst sätt eftersom myndigheterna bl.a. beslutar om ekonomisk ersättning till patienten. Myndigheterna kan ifrågasätta läkarens bedömning vilket kan medföra att patienten ibland blir upprörd och inte förstår hur detta kan ske. Förväntningarna på läkaren ökar då från både patienter och myndigheter. Ibland ”bollas” individen mellan olika myndigheter som har olika regelverk och det kan vara en svårighet att socialiseras in i olika system med skilda synsätt för både patient och läkare.

En annan överläkare säger att professionsrollen innebär att bli tillfrågad i svåra ärenden som ST-läkare och underläkare behöver stöd och hjälp med. Uppdraget innefattar således både en specialistroll och en stödjande roll. Som överläkare kan man med en större pondus och förväntningar på sig gå in och ta beslutet som andra personalkategorier har svårt för att fatta och kanske inte har befogenhet till. Respondenten säger också att doktorn har lättare att få ett övergripande sammanhang, en helhetsbild som berör hela sjukhusets insatser och även vårdinsatser utanför sjukhuset eftersom man som läkare regelbundet tjänstgör på akutkliniken. Detta gör det lättare att ta arbetsamma beslut. Här berättar intervjupersonen om en läkares resonemang när det gäller att bedöma en patient som färdigbehandlad och utskrivningsklar.

Det är typiskt en sådan situation där man måste stålsätta sig och ta det där distanserade steget tillbaks. För jag tycker ju också jättesynd om den patienten som inte vill bli utskrivnen. Men då vet jag att när jag samma eftermiddag går ner på Akuten så ligger där fyra nya patienter som behöver just den här sängen och där kanske det är lite lättare att vara läkare. Vi arbetar i flera olika situationer medan man på avdelningen ser de patienterna man har där. Det förklarar att vi kanske ser lite annorlunda på det och att man också måste på något vis sätta sin tro till "systemet". Där finns en kommun som ska ta ansvar för nästa steg. (En överläkare).

Detta kan tolkas som att läkaren löser rollkonflikten genom att i första hand arbeta utifrån organisationens riktlinjer i förening med sin medicinska kompetens men också genom att utgå från en helhetsbild över situationen på hela sjukhuset. Detta visar tydligt att sjukvårdsorganisationen påverkar bemötandet av patienten. När läkaren utfärdat sina arbetsuppgifter kan han eller hon fysiskt "lämna" patienten. Detta kan bli ett sätt att hantera en eventuell rollkonflikt (jfr Turner 2002). Den konflikt i uppdraget som gestaltas i ovanstående citat kan uppfattas som en konflikt mellan att vilja men inte kunna hjälpa patienten mer utifrån dennes önskemål.

Respondenten tydliggör även en annan liknande vårdkonflikt:

Det är ju om man inte har kunnat tillgodose patientens behov. Det lär man ju sig också så småningom att man inte kan nå alla. Där är det ju okej att ge upp. Att man faktiskt kan säga till patienten att vi inte kommer vidare med detta. Men nu har jag förklarat att de får träffa någon annan kollega eller någon annan yrkesfunktion. Men det är ju patienter oftast då som har orimliga förväntningar på vad vården ska göra för dem. (En överläkare).

ST-läkaren uttrycker också att det kan vara svårt att agera utifrån en högre chefs förväntningar och samtidigt vara förstående gentemot patienten:

Sen kan man inte skifta heller så fort tror jag, om man går och försöker hålla ihop en linje på 25 olika patienter [...] och en chef och någon som säger att vi måste få ut patienterna och att det är tomt på operation. Det är nog svårt att pendla mellan, alltså det är klart att det smittar över [...] Man måste vara liksom en överordnad och sen kommer man in till en patient och så ska man vara delaktig och förstående och det är svårt att pendla där. (En ST-läkare)

Som ST-läkare genomgår man en socialiseringsprocess (jfr Goffman 1983). Man ska anpassa sig till systemet och förena sin medicinska kompetens, sin personlighet samt de riktlinjer man som läkare förutsätts arbeta utefter. I uppdraget ingår att både vara ordergivare och ordertagare. Rollkonflikter uppstår, i synnerhet i början av den enskildes karriär (jfr Turner 2002). När man är överläkare har man redan socialiserats in i systemet och är ”formad”, som en av de intervjuade överläkarna uttrycker det.

Sjuksköterskor och undersköterskor på avdelningarna har den kontinuerliga kontakten med patienten. Vårdpersonalen måste ständigt i sitt uppdrag utföra vissa uppgifter för att tillgodose patientens personliga behov. Dessa professionsroller har, utifrån min tolkning av empirin, vissa förväntningar på sig som bl.a. handlar om att de ska använda känslomässig empati och utföra arbetsuppgifter som innefattar en hög grad av närhet i mötet med patienten. Dessa förväntningar som finns från patienter, arbetskamrater, medarbetare och organisation kan vara både lika och olika samt medföra en svårighet i arbetet och professionsrollen. Upplevelser av maktlöshet och en känsla av olust över att inte räcka till och kunna uppfylla förväntningarna kan leda till stress och ett försämrat självförtroende hos personalen. Rollkonflikten kan upplevas som att ha tid att lyssna på den enskilde patienten krockar med behovet att hinna med många individer som behöver hjälp. En undersköterska beskriver situationen:

De är inga maskiner, det är ingenting som kommer in på löpande band. Ibland känns det så, att det är på löpande band, in, in, in. Vi har ingen tid för dem. (En undersköterska)

Samma undersköterska menar också att det kan kännas frustrerande när annan personal ”drar” i en för att hjälpa till någon annanstans. Egentligen finns kanske ett behov och en önskan att stanna kvar hos patienten man redan hjälper. Vårdpersonal socialiseras in i ett tankesätt som kräver lojalitet mot organisationen och man tar ofta hjälp av arbetsgruppen för att känna stöd. Den som är effektiv och arbetar utefter de givna förväntningarna kan genom belöningar t.ex. beröm eller löneförhöjning få en viss vinst. Om man inte är lojal och arbetar enhetligt kan resten av gruppen bli irriterad eller kanske arg på dem som inte arbetar enligt förväntningarna (jfr Turner 2002). Samtidigt framkommer att respondenterna ofta känner en otillräcklighet i att inte hinna ge patienterna den tid som de önskar och har behov av. En personal uttrycker att hon ibland hämtar stöd i sig själv eftersom

man som medarbetare enligt henne bör ha en form av självinsikt. Detta kan tolkas som att reflektion över arbetet är viktigt och en förutsättning för att göra ett bra arbete och för att kunna utveckla sin professionsroll.

Rehabpersonalen (sjukgymnaster och arbetsterapeuter) kan i regel lättare prioritera och anpassa sina punktinsatser (sjukgymnastik och ADL, Activities of Daily Living, Aktiviteter i Dagligt Liv) efter patientens mående men säger samtidigt att de kan känna sig otillräckliga och hamna i rollkonflikter. Sjukgymnasten nämner en sådan när det gäller att prioritera hur mycket sjukgymnastik en patient ska få.

Arbetsterapeuten har i sitt uppdrag på kliniken administrativt ansvar vid patientens utskrivningsprocess men läkaren beslutar när patienten är utskrivningsklar. Arbetsterapeuten bedömer patientens ADL och kan ibland påverka utskrivningsprocessen. Om patienten behöver ytterligare tid på sig att bli mer självständig i sina dagliga aktiviteter meddelas läkaren. Ibland kvarstår läkarens bedömning att patienten är utskrivningsklar. Här kan en rollkonflikt gentemot patienten och annan personal uppstå (jfr Turner 2002):

Vi som arbetsterapeuter, om läkaren säger att nu är den här patienten bra. Den kan gå hem nu, finns det ingen anledning, så kan ju inte vi säga stopp utan vi är deras lakej. Vi får göra det. Då kan det bli lite konstigt bemötande att man går in och stressar på patienten. Det känns inte bra för någon. Men sådant händer. (En arbetsterapeut)

Det blir här en svårighet för respondenten att i sin professionsroll arbeta empatiskt. Ovannämnda situation kan tolkas som att arbetsterapeuten förstår individens problem men kan inte arbeta utefter detta. En av sjuksköterskorna nämner också denna form av rollkonflikt. Bridges et al. (2013) bekräftar detta fenomen i andra situationer gällande sjuksköterskor.

Collin (2004) skriver om "Power Rituals" där fokus i ritualen är mellan ordergivare och ordertagare. Fungerar samspelet så är ordergivaren gruppens ledare och förväntar sig att gruppen gör det den blir tillsagd att göra. Gruppen förväntar sig att ordergivaren styr gruppen. Det kan vara olika känslor som uppstår hos båda parter. Ordertagarna kan känna en tvekan som smittar av sig på givaren. Ordertagarna upplever sig ofta tvingade till att utföra order. Gruppsolidaritet och grupptryck gör ofta att order utförs även om den enskilde ordertagaren inte vill det. Ordergivaren får en hög EE eftersom ordertagarna utför dess order men känner ordertagarnas eventuella lägre emotionella energi även om ordertagarna får en

EE+ pga. solidaritetskänslan från gruppen (Collins 2004, sid. 112-115). Ovanstående rollkonflikt kan tolkas som att intervjupersonen (arbetsterapeuten) i ovanstående citat är ”ordertagare” i dessa Power Rituals och förväntas göra som han eller hon blir tillsagd. Arbetsterapeuten utför här en mer eller mindre tvingande ritual för att patienten ska vara redo att skrivas ut. Collins menar att många tvingande ritualer dränerar energi. Det tar energi att övertyga sig själv och patienten om att det man gör är det rätta. Om det finns samförstånd i gruppen mår personalen bättre än om det råder oenighet (jfr Goffman 1983).

Empirin kan dock tolkas som att det inte alltid är säkert att man faktiskt mår bättre psykiskt när man får stöd av sina arbetskamrater och chefer i hur man som personal bör hantera sina olika rollkonflikter. Som enskild medarbetare får man stöd av arbetsgruppen och kollegor men maktlöshetskänslan kan finnas där ändå, gentemot egna värderingar och patienten. Individen har under sin yrkesutbildning börjat utveckla en yrkesprofessionsroll och tycker kanske inte att det går att arbeta utefter de förväntningarna som organisationen eller avdelningen förväntar sig att uppdraget ska innefatta. Turners (2002) beskrivning av rollkonflikter bekräftar att personal kan ha ovanstående känslor samtidigt. Ett sätt att hantera denna konflikt för arbetsterapeuten är att denne ser en större vinst i att bekräftas av arbetsgruppen och systemet och ”ger upp” sitt eget tankesätt istället för att omprioritera och ändra sitt beteende. Man vill ha gott anseende från arbetskamrater och är kanske rädd om sitt arbete precis som andra i övriga yrkesprofessioner, underförstått de professioner som blivit intervjuade i denna studie. Min reflektion utifrån en tolkning av empirin är att ansvaret gärna läggs över på systemet och som arbetstagare säger man ibland att det inte finns möjlighet att själv kunna påverka situationen. Detta kan minska känslan av otillräcklighet, åtminstone för stunden.

Jag kan känna mig väldigt hjälplös för man har ju någonstans väldigt mycket empati för det, men så är ”systemet”. (En arbetsterapeut).

Om personalen istället går utanför ramarna är risken att de ses som avvikande (jfr Goffmann 2011b). Personalen vill ofta att patienten ska förstå och anpassa sig. Detta kan öka risken för att personalen glömmer, inte tillåter sig, inte vågar eller ser det som att det inte är lönsamt att högt reflektera över om hanteringen av en situation är etiskt rätt för patienten. Den största vinnaren är då organisationen. Förloraren är många gånger patienten och möjligtvis till viss del medarbetaren

som i och för sig kan få en form av frid genom solidaritetskänslan i arbetsgruppen men samtidigt en djupare känsla av frustration, otillräcklighet och maktlöshet. Precis som i patientrollen, vilket var temat i och rubriken på ett tidigare avsnitt i denna uppsats, kan empirin tolkas som att de intervjuade medarbetarna i sina professionsroller strider mellan att anpassa och opponera sig. I andra situationer där åsikter delas av teamet och patienten blir EE+ större för alla yrkeskategorier och solidaritetskänslan starkare (jfr Collins 2004, sid. 53).

För att hantera nämnda rollkonflikter säger samtliga att de måste utgå från och arbeta med begreppet den ”distanserade yrkesrollen”. Empirin kan tolkas som att en del av personalen har svårt att definiera vad som egentligen menas med ”den distanserade yrkesrollen”. Många i personalen uttrycker att ”distans” är viktigt för att orka hjälpa patienten på ett bra sätt.

Det är ju distansen, att man faktiskt kan vara känslomässigt väldigt engagerad i en patient men att man ändå förstår att den här relationen kommer ta slut komplett förr eller senare även om man inte tror det när man är mitt i det. Det kommer framför allt att ta en paus när jag går härifrån i eftermiddag. Det tror jag är en väldigt viktig lärdom för att vi behöver engagerade människor i vården men man kan inte engagera sig 24 timmar om dygnet för det orkar man inte. Så litegrann av och ”påknapp” på detta. (En överläkare)

Flera respondenter betonar behovet av att kunna ”släppa” arbetet när passet är slut. Detta är viktigt för att orka nästa gång man är i tjänst. Någon personal uttrycker också att man behöver ”släppa” en patients bekymmer när man går in till nästa patient. Någon personal säger att distans handlar om att inte bli ”kompis” med patienten. Många av intervjupersonerna menar att ”distans” är att inte prata med patienten om egna privata tankar, problem och känslor. Begreppet distans kan utifrån intervjuerna också tolkas som ”systemets” krav på personalen att inte engagera sig i patienterna på bekostnad av effektiviteten och utförandet av rutinerna. Då kan man se ”distans” som en form av skydd och en lösning på en rollkonflikt. Det är inte alltid lätt att hålla ”distansen” på en nivå så att det känns bra för båda parter, särskilt i de situationer när personalen måste ge negativa besked, har ont om tid eller inte kan tillfredsställa patientens önskemål (jfr Bridges et al. 2013). Empirin kan tolkas som att för mycket distans påverkar patienternas upplevelse av bemötandet och då ofta i negativ riktning i form av maktlöshet. Patient- en upplever sig osedd och uppfattar att personalen inte förstår den enskildes situation. För lite distans kan istället öka personalens maktlöshet, frustration och otillräcklighet. Målen utifrån HSL är dock att personalen i sin professionsroll ska

vara empatisk och se ”hela människan”. Det uttrycks inte i HSL att man som professionell ska hålla ”distans” till patienten men det förväntas underförstått av organisationen. Personalen socialiseras in i ett system där värdegrunden utgår från att patienten ska vara med och bestämma och vara delaktig i sin vård och behandling. Samtidigt finns andra riktlinjer som att arbeta kostnadseffektivt och att hålla budgeten. Empirin kan tolkas som att det finns en svårighet och kanske en omöjlighet att hantera dessa motstridiga förväntningar i sitt uppdrag så att alla blir nöjda. Det påverkar dock professionsrollen och bemötandet av patienterna när ”distansen” blir ett sätt att lösa nämnda rollkonflikter.

Ett exempel på förväntningar som kan vara svåra att arbeta utefter är att några undersköterskor säger att man ibland möter patienter som är krävande, har dålig insikt eller är dementa. Detta kan medföra en emotionell trötthet, utmattnings- och maktlöshet. Känslan kan enligt min tolkning infinna sig mer eller mindre hos all personal som upplever att de inte har den tid som behövs för att bemöta patienterna på ett bra sätt. Det ingår i undersköterskornas arbetsuppgifter att kontinuerligt hjälpa patienterna. De är som tidigare nämnts i regel ”ordertagare” och kan inte lämna patienterna. När patienterna beskrivs som krävande och ovanstående känslor av maktlöshet, frustration och otillräcklighet uppstår kan förståelse saknas för den som är i behov av vård. Patienten kan då bli sedd som och uppleva sig som ett objekt som ska passa in i systemets riktlinjer. Distansen kan bli för stor genom personalens förmedlade auktoritet och patienten ses då lätt som avvikande eller ”problemet” (jfr Goffman 2011b).

Personalen menar att man ska hjälpa patienten så han eller hon får den bästa vården och då får man ibland plocka fram den auktoritet som förväntas i rollen. Med användningen av auktoritet kan känslan av maktlöshet hos den professionelle minska. Symboler hjälper till att förmedla auktoriteten (jfr Goffman 2011c, sid. 9-30). En sjuksköterska poängterar vikten av att vara medveten om att symboler hjälper till att förmedla auktoritet och för att inte utöva ett maktmissbruk mot patienten ska man försöka bemöta patienten på en jämlik nivå. Medmänsklighet, jämlikhet och auktoritet förväntas att förenas i de olika uppdragen men empirin kan tolkas som att personalen här upplever en svårighet. Läkarna säger dock att detta fungerar bättre jämfört med förr. Ett exempel kan vara att patienten ibland

får stanna några dygn till på sjukhuset, men här, med avseende på att försöka bemöta patienten på en jämlik nivå och inte använda sin makt på ett auktoritärt sätt, finns mer att göra.

Det finns en risk att en patient som är missnöjd, har svårt att stå på sig och känner frustration upplever personalens auktoritet som en negativ form av makt och distans. Den som får vård kan uppleva att närhet i relationen saknas. Personalen kan uppleva frustration över ”systemets” makt och oförståelse från arbetsgivaren. Både patienter och personal kan erfara en känsla av att vara ett objekt men på olika nivåer i organisationen och som en parallellprocess. För att ”överleva” sin känsla av bl.a. maktlöshet använder personalen ”distans” till patienterna men då finns en risk att de inte förstår patientens enskilda situation.

Begreppen distans och makt har ett samband och det kan utifrån empirin tolkas som att personalens distansbehov kan ge upphov till känslor av maktlöshet hos patienten. Det kan också förstås som att de som tjänstgör på avdelningen använder sin makt på ett negativt sätt. När personalen istället är känslomässigt engagerad och empatisk så kan också personalens frustration och maktlöshet öka. Personalen får upplevelsen att inte hinna med alla patienter fast de vill. Patienten kan trots allt få tillfälle att uppleva sin egen makt samt närhet till personal som arbetar empatiskt. Då är chansen stor att förtroendet för personalen ökar. Patienten kan också uppleva att det blir en form av ofrivillig närhet när denna känner att det blir för mycket närhet och inte säger till. En sjuksköterska betonar vikten av att vara lyhörd, att ”läsa av patientens” behov.

Nedanstående fyrfältstabell sammanfattar en del av ovanstående nämnda situationer. Personalen arbetar inte kontinuerligt från en ytterlighet, antingen bara med distans eller med empati och närhet, utan pendlar mellan olika arbetssätt beroende på situation och patient.

Patientens upplevelse av makt och närhet pga. personalens förhållningssätt

	Patienten makt	Patienten ej makt
Personalen arbetar med distans	Makt utan närhet	Maktlöshet
Personalen arbetar med empati och närhet	Makt med närhet	Ofrivillig närhet

Tabell 4

Sjukvårdspersonal har genom sin medicinska kompetens en naturlig auktoritet och makt i professionsrollen. Utmaningen är att använda makten på ett medmänskligt sätt med lyhördhet och respekt så att patienten inte känner sig maktlös. Om personalen inte delger sin professionella uppfattning lämnas patienten ensam och villrådig. Personalen kan också tolkas som likgiltig av patienten när man inte försöker få den som är i behov av vård att förstå den medicinska bedömningen. Personalens intervju svar kan tolkas som att det oftast finns ett engagemang i att stödja och hjälpa patienten när de olika yrkeskategorierna ”puffar på” (försöker att t.ex. motivera, mobilisera och rehabilitera) eller förmedla sin åsikt. Faran är om man förmedlar oförståelse för patienten och till övervägande del arbetar efter riktlinjer som inte patienten accepterar. Patienterna säger sig ha olika behov och måste få rehabiliteras så de upplever kontroll och medbestämmande i så stor utsträckning som möjligt. Denna aspekt betonas också av Müssener et al. (2008); Nordgren och Fridlund (2001).

Sjuksköterskor är också arbetsledare för undersköterskor, ett väl inarbetat arbetssätt som också tillför ytterligare en dimension på dessa professionsroller.

Min roll i arbetsgruppen är som medlem av laget men också som sjuksköterska litegrann en lagledare. Den som får styra arbetet i rätt riktning ibland. Samtidigt får jag inte glömma att jag har kunniga medarbetare som kan ge mig information som jag får vara beredd att lyssna på, ta till mig och lägga upp arbetet utefter det. (En sjuksköterska).

Respondenterna betonar att det är viktigt att man vet varandras (patientens och personalens) roller samt uppdrag.

Sammanfattningsvis har personalen olika uppdrag men det framkommer ur intervjuerna att alla medarbetare förväntas vara solidariska mot organisationens mål och att snabbt socialiseras in i ”systemets” tankesätt samt sin speciella professionsroll. Gruppens EE är starkare än den enskilda individens och kan höja en persons energi om den är lägre än de övriga deltagarnas. Har gruppen låg EE uppstår gemensamma känslor av nedstämdhet, uppgivenhet och otillfredsställelse. Solidaritetskänslan är då låg eller obefintlig och medlemmarna känner sig negativa, har brist på självförtroende och vill försöka undvika att delta i de interaktioner som finns. Vid sådana tillfällen kan gruppen splittras (Collins 2004, sid. 107-109).

Personalen slits ibland mellan att ”göra nytta” (arbeta kostnadseffektivt) eller att ”vara god” (arbeta etiskt och med en god moral). För att öka lusten i arbetet hanteras situationen olika beroende på uppdrag men det kan tolkas som att alla yrkeskategorier, medvetet eller omedvetet, kvittar vinster mot förluster (jfr Turner 2002). ”Systemet” påverkar övergripande så att personalen ser det som störst vinst att arbeta kostnadseffektivt. Men alla vinster har sitt pris och förlusten kan bli trötthet, en känsla av otillräcklighet, hopplöshet och eventuellt utmattning.

Resultatet kan tolkas som om det finns en tendens hos personalen att både använda jag- och kollektivorienterat tänkande vid en rollkonflikt. Man kan tänka kollektivorienterat, utefter riktlinjer, men samtidigt jagorienterat för att skydda sig själv och professionen. Det kan vara en svårighet för den med ansvar och makt men också för ”ordertagare”. Å ena sidan har alla professioner ett egenansvar men å andra sidan är alla medvetna om att det finns en chef som har ett överordnat ansvar. Om man utför ”order” är det lättare att tänka: ”Det inte är mitt ansvar, jag kan inte göra något”. Hall (2001) skriver om paradoxen i det offentliga mötet mellan handläggaren och den försäkrade på Försäkringskassan. Tjänstemannen ska vara lojal mot arbetsgivaren och lagen men samtidigt visa medborgarna hänsyn. Servicen erbjuds från en människa till en annan men genom en byråkratisk organisation. Hon diskuterar utifrån sina intervjuer olika normer som den enskilde medarbetaren mer eller mindre kan fokusera på i mötet med den försäkrade. Dessa är den professionella, den byråkratiska, den kollegiala och den privata normen. Detta kan överföras till mötet på sjukhusavdelningen. Personalen vill göra sitt bästa men systemet gör att de lätt känner otillräcklighet eller maktlöshet mot patienterna.

7.5 Bemötande på individ-, organisations- samt samhällsnivå

I denna uppsats ligger fokus på enskilda individer. Interaktionism handlar dock inte enbart om den mellanmännsliga relationen utan också om samhällets påverkan på den enskilda relationen mellan patient och personal. Alla nivåer har ett samband och bildar en kontext som påverkat respondenternas upplevelser av bemötandet på sjukhusavdelningen. Nedan följer därför en konklusion av vad på individ-, organisations- och samhällsnivå som respondenterna uppfattat har påverkat upplevelsen av bemötandet på den aktuella kliniken och avdelningarna.

Respondenterna tycker att kommunikationen, interaktionen, samt relationen mellan patient och personal påverkar bemötandet i störst utsträckning. När man träffas blir det första intrycket viktigt tillsammans med den medicinska bedömningen. Båda parter bedömer varandra utifrån utseende, språk och tonfall, man överväger, särskilt som patient, om det finns förutsättningar för en tillitsfull och trygg relation. Alla respondenter uttrycker att delaktighet, flexibilitet, medmänsklighet och förståelse är viktigt. De flesta av de intervjuade uttrycker att det ofta finns för lite tid att sitta ned och prata med patienten eftersom de tvingas att prioritera andra delar av sitt arbete.

Administration och rutiner påverkar den enskilda relationen och upplevelsen av bemötandet. Personalens arbetsuppgifter och uppdrag innebär olika typer av förväntningar samt krav på närhet i patientrelationen. Individerna förväntas inta vissa roller. Personalen förväntas vara vänlig och många gånger ta hänsyn till patientens privata, sociala önskemål (t.ex. när utskrivning planeras). Detta är ibland svårt då det är medicinska behov och effektivitet som till stor del styr verksamheten. Patienten förväntar sig också att personalen har medicinsk kompetens, en yrkesidentitet och är engagerad samt kommunicerar på ett bra sätt. Personalens förväntningar på patienten varierar utifrån patient, tid och situation. På sjukhuset får patienten en patientroll. Patient- och sjukroll behöver som tidigare nämnts inte betyda samma sak för en patient och en personal och därför pekar studiens resultat på att man bör kommunicera och samtala om varandras uppfattningar. Den som är i behov av vård kommer också till avdelningen med ett ”bagage”, har i regel låg emotionell energi och kan vara extra känslig och sårbar och projicera sina känslor på personalen. Som patient på en ortopedisk klinik behöver man ofta hjälp med förflyttningar, mobilisering och att kunna utföra personliga behov pga. nedsatt rörelseförmåga.

Patientrollen kan, utifrån analysen, vidare bestå av olika delar, strategier eller förhållningssätt och det kan finnas en diskrepans i patientens och personalens uppfattning om vilken/vilka delar som ska få företräde för den enskilde patienten och vid vilken tidpunkt. Detta ökar känsligheten för upplevelsen av bemötandet. Patienten har ibland svårt att förstå hur patientrollen definieras av systemet och personalen, och slits t.ex. mellan sina upplevda rättigheter och skyldigheter. Pat-

ienterna vill samarbeta med personalen men vid smärta och oro kan det upplevas som ansträngande eller kanske omöjligt.

De som tjänstgör har olika professionsroller och förväntas arbeta utefter vissa regler, riktlinjer och mål beroende på yrke men också som medarbetare på sjukhuset. När man som professionell utför sitt uppdrag kan man hamna i rollkonflikter. Studiens resultat visar en tydlig rollkonflikt hos alla professioner men i synnerhet hos omvårdnadspersonalen på avdelningarna. En vanlig konflikt som gestaltas i professionsrollen är den mellan behoven av en fruktbar distans och en kontinuerlig kontakt med patienterna. Det ingår i uppdraget hos den vårdpersonal som ständigt tjänstgör på avdelningarna att hjälpa patienterna regelbundet med personliga och ofta privata angelägenheter. Det uppstår därför enligt min tolkning en viss form av förväntningar om närhet i denna interaktion och relation. Medarbetarna upprättar då ofta kollegiala normer för att hantera eventuella rollkonflikter. Trygghet, gruppsolidaritet och positiv bekräftelse från arbetslag, chefer och arbetsgivare påverkar personalen. Dessa positiva känslor blir en form av vinst som utifrån empirin kan tolkas som viktig, även om den professionelle också vill att patienterna ska vara nöjda.

Empirin kan övergripande tolkas som att man som yrkesperson ibland får en form av vinst genom att vara stringent i sin yrkesroll och ”tjäna” systemet. I vissa fall kan den professionelle kringgå vissa förväntningar i sitt uppdrag och mer ta patientens enskilda behov och önskemål i beaktan. De som arbetar på avdelningarna upplever här ofta en svårighet. Man vill göra som patienten önskar men upplever att man ofta inte kan pga. systemets krav och riktlinjer. Empirin kan tolkas som att alla yrkeskategorier tar stöd av sina kollegiala medarbetare men även från resten av teamet på avdelningen för att känna en form av solidaritet. Respondenternas ut-sagor kan också tydas som att man ibland som yrkesperson mer eller mindre kan omforma sitt sätt att kommunicera och interagera med patienten även om man kanske inte alltid kan göra sin medicinska bedömning annorlunda.

Kulturella mönster på organisationsnivå och regler på avdelningen skapar sammanhang för hur patienter och personal får och bör känna samt uttrycka sig. Sammanhållningen hos personalen, patientrollen, de olika professionsrollerna och relationen dem emellan konkretiseras genom symboler och formella samt infor-

mella ritualer. Generella riktlinjer gör att patienter och personal ibland förväntas acceptera förhållanden som man inte är nöjd med. Maktlöshet påverkar bemötandet negativt hos både patienter och personal. Hierarki, stressnivå, personalbemanning, stämning och olika individuella resurser (hos patienter och personal) påverkar upplevelsen av bemötandet. Enligt HSL ska patienten vara delaktig men eftersom professionerna har viss legitimitet att bedöma hälsotillstånd och vårdåtgärd så är maktbalansen asymmetrisk från början.

Ur intervjuerna framkommer att respondenterna kan se orsaker som påverkar bemötandet på samhällsnivån. Detta kan vara HSL, politikens beslut, regler och rutiner. Ekonomi, omorganiseringar och industri- samt stordriftstänkande kan också inverka på upplevelsen av bemötandet. Sjukvården är en institution där avdelningen är ett ”system” i många större. Empirin visar att det ibland uppstår en spänning mellan organisationens och patientens intressen när bemötandet inte upplevs som bra. Personalen socialiseras in i ett tankesätt som kräver lojalitet mot institution och arbetsgivare men som också ger en trygghet för medarbetarna. Man kan om man så önskar, eller inte ser någon annan möjlighet, ”gömma sig bakom systemet”.

8. Diskussion

Det framkommer av analysen att det är skilda faktorer på olika nivåer som kan påverka upplevelsen av bemötandet, här specifikt på en ortopedisk klinik. Empirin utgår från subjektiva upplevelser i en viss kontext och därför är en sanning och slutgiltig tolkning svår att finna vilket inte heller varit ambitionen med uppsatsen. Samtidigt går det förmodligen överföra en del av resultatet till andra somatiska sjukhusavdelningar även om inte det finns belägg för detta utifrån empirin i denna studie. Det viktiga i analysen har utifrån syftet varit att med stöd av interaktionistisk teori samt rollteori utforska patienters och personals beskrivning av upplevelser om bemötande och deras beskrivning av upplevelser som kan påverka bemötandet. Det har varit betydelsefullt att se vad dessa respondenters upplevelser av bemötandet kan bero på och vad den professionelle kan lära sig för att kunna påverka sitt förhållningssätt och arbetssätt gentemot patienten. Det interaktion-

istiska perspektivet och rollteorin har hjälpt till att öka förståelsen för sambandet mellan interaktion, relation och upplevelsen av bemötande.

Lagar, rutiner och ekonomi tillsammans med grad av medicinsk kompetens styr till stor del professionsrollerna och påverkar upplevelsen av bemötandet. Studiens resultat kan tolkas som att de två övergripande värderingarna på kliniken, att sätta patienten främst och respektera individen ofta präglas av den tredje generella värderingen, att ständigt bli bättre genom att arbeta evidensbaserat samt kostnads- och resurseffektivt pga. av budgetanvisningar. Detta kan tydas som att de kvantitativa målen värderas högre än de kvalitativa. Det är högt upp i organisationen som mål och riktlinjer utfärdas, och politiska beslut och lagar är inte detaljstyrda. Det finns ofta inget tydligt subjekt bakom besluten utan politikerna är ganska anonyma. Det är dessutom på olika nivåer som underliggande beslut fattas av olika chefer. Medarbetarna ute i organisationen möter patienterna och det blir deras uppgift att verkställa målen utifrån de angivna riktlinjerna. Dessa mål är ofta övergripande men ska utföras i konkreta och komplexa situationer där enskilda individer påverkas av handlingar och beslut.

Upplevelsen hos patienter och personal i studien är att generella riktlinjer ofta tar överhanden och då kan individuella behov bli åsidosatta. Både de som är i behov av vård och de som ger vård kan uppleva en form av maktlöshet och en känsla av att vara ett objekt men på olika nivåer i organisationen. Detta är en svår utmaning att hantera men det kostar pengar när patienterna upplever ett dåligt bemötande. Många gånger sker tillfrisknandet då inte lika snabbt, se t.ex. Björvell (2001); Suhonen, et al. (2005). Vård och omsorg fungerar inte utan medicinsk kompetens men upplevelsen av bemötandet kan göra erfarenheten av sjukhusvistelsen annorlunda, i både positiv och negativ bemärkelse.

Paradoxen som innebär kostnadseffektivt arbete, anmälningar angående ett dåligt bemötande och en målsättning att öka upplevelserna av ett bra bemötande påverkar utifrån studiens resultat personalen. Detta dilemma kan utifrån denna undersökning besvaras på *ett* sätt. Det framkommer i resultatet att vad som är ”för patientens bästa” och ”patienten i centrum” påverkas av ekonomi, besparingar samt effektivitetskrav. Stress, oförmåga att kunna påverka och ordtillräcklighetskänslor av personalen har påtalats i intervjuerna. Professionerna förväntas ha viss auto-

nomi men ska samtidigt anpassa sig till verksamhetens abstrakta och dubbelbottnade krav. Detta kan medföra att de som tjänstgör på avdelningarna har en svårighet att arbeta med empati och hjälpa patienten att stå på sig. Distans i professionsrollen och solidaritet i arbetsgruppen eller kollegor emellan är ett sätt som ibland hjälper personalen att hantera sina rollkonflikter.

Min reflektion utifrån empirin är att den enskildes roll, både patientens och personalens, kan vara en hjälp att bevara sitt beteende. Patient och personal kan ”utnyttja” sin roll och på så vis tillåta sig att bete sig som han eller hon kanske inte vill eller gör i vanliga fall på det medmänskliga planet. Rollen kan också ses som ett hinder om rollinnehavaren upplever att han eller hon inte kan bete sig som man önskar i interaktionen med arbetskamrater, patienter eller personal på avdelningen. Det finns också ett visst utrymme på avdelningarna att både som patient och personal inom vissa områden välja hur man vill använda sin roll. Detta stämmer i synnerhet när det gäller den enskilda relationen och kommunikationssättet med patienten. Som professionell medarbetare kan man ibland kringgå regler och tolka riktlinjerna på olika sätt som styr vården så att hänsyn kan tas till patientens enskilda privata och psykosociala önskemål. Detta kan påverka upplevelsen av bemötandet för båda parter.

I intervjuerna framkommer att vården på klinikens berörda avdelningar på många sätt trots allt är bra samt effektiv i positiv bemärkelse. Studiens resultat och min tolkning utifrån ett psykosocialt perspektiv antyder ändå att det finns en viss förändringspotential hos personalen. Medarbetarna kan göra mer för att uppnå ett gott bemötande i den enskilda relationen med patienten. Ett sätt är att stärka yrkesstoltheten och medvetenheten om det egna värdet och den egna kunskapen och om vilken betydelse personalen har för den som vårdas på avdelningen. Det lilla, enkla, medmänskliga, men ändå svåra, har utifrån intervjuerna stor betydelse för patientens och personalens upplevelse av det stora ”sjukhusystemet” och avdelningen. Respondenterna menar att interaktionen och relationen mellan patient och personal är viktig och här kan de som tjänstgör öka sin kompetens och lyhördhet.

Fyrfältstabellerna på sid. 43, 45, 54 och 62 ger en form av sammanfattning över respondenternas reflektioner om upplevelser och förhållningssätt som kan vara

betydelsefulla för personalen att öka medvetenheten kring. Reflektionerna eller begreppen är att som patient uppleva sig som subjekt eller objekt, att stå på sig eller vara underdånig samt uppleva sin egen makt eller maktlöshet. Om personalen arbetar utifrån individuella eller generella behov, har en jämlik, samtalande attityd eller en auktoritär hållning och arbetar med distans eller med empati och närhet, påverkar också upplevelsen av bemötandet. Det är dessutom betydelsefullt att vara medveten om att EE överförs vid interaktion mellan individer och att detta ofta sker omedvetet. Dessa uppfattningar och förhållningssätt är betydelsefulla för både de som har behov av och de som ger vård, eftersom vi människor ofta har samma grundläggande behov när det gäller bemötandet. Som man själv vill bli bemött av andra så bör man också bemöta dem.

Personalen behöver en bakre region för att få reflektera över den kontext de befinner sig i och hur värdefullt arbetet och förhållningssättet är (jfr Goffman 2011a, sid. 97-102). Det kan vara en svårighet att reflektera tillsammans vid stor personalomsättning. Som ny på avdelningen tar det tid innan man lär sig arbetsätt och vad som är tillåtet att ventilera. Chef och erfarna medarbetare kan bli ett föredöme i att reflektera. När personal får stöd och tillfälle att reflektera ökar flexibiliteten, medvetenheten om vad som händer i mötet med patienten samt känslan av att tillsammans kunna arbeta mer konstruktivt (Eriksson & Svedlund 2007). Lindgren (1999, sid. 128-141) och Lysgaard (1981, sid. 59-93) menar att när personal upplever tidsbrist har de inte tid för reflektion, att ”se varandra” och skapa en buffertkultur. Personalen får ingen arena för att ge varandra stöd och trygghet (se vidare bilaga 7 om forskning som stödjer handledning).

När personalen ventilerar negativa fenomen som t.ex. upplevelse av bemötande, uppfattas de i regel således lättare att hantera. Tar man som professionell stöd av Collins (2004) teori innebär det att känslan av bekräftelse och att man delar upplevelser och känner gemenskap i detta tankesätt ger ökad EE+ (jfr Collins 2004). Det blir enklare att känna lust i arbetet och att höja självförtroendet samt att upprätthålla en bra relation till patienterna. Ju mer engagemang gruppen har, desto mer av denna känsla upplever patienterna. Då uppkommer en ökad förhoppning om att kunna påverka och att vara delaktig och en ökad solidaritetskänsla hos de som arbetar. Det kan också öka upplevelsen av att kunna bidra till

en djupare förändring och att utföra ett bra och värdefullt arbete (jfr Collins 2004). Denna EE+ kan överföras till patienten och återkomma till personalen. Det blir då en uppåtgående spiral av EE+ som gör att både patienter och personal känner sig som delaktiga subjekt. Ju mer kunskap personalen har om hur mål, riktlinjer, kommunikation, relation, interaktion, EE, arbetsgruppens dynamik och värdegrunder påverkar bemötandet, desto mer ökar medvetenheten om arbetssättet och vad man som enskild kan påverka och göra för att öka den positiva känslan när det gäller bemötande. Även om man inte kan förändra allt så kan man göra en del på det enskilda planet.

De kvantitativa målen är dock lättare att mäta. Det förutsätts ofta av systemet och politikerna att målen redovisas utifrån ett industritänkande där resultat och produktion mäts med statistik, mängd, volym och flöden. Kvalitativa mål som kompetens, empati och medmänsklighet är svårt att mäta med kvantitativa mått. Det kan vara en svårighet att uppfylla kvantitativa och kvalitativa mål samtidigt. Den aktuella regionens vision är att det ska ske en successiv och systematisk förflyttning från ett kvantitativt perspektiv till ett mera kvalitets- och patientorienterat.

Efter att ha arbetat med denna studie blir det tydligt att det kan behövas mer forskning om upplevelsen av bemötandet för patienter och personal. Sådan forskning kan bidra till att öka förståelsen för vad som kan inverka på upplevelsen av bemötandet och vilka förbättringsstrategier som är realistiska och relevanta. Det behövs mer forskning på både individ- organisations- och samhällsnivå. Det skulle vara intressant att studera vad personal anser om nya styrformer, omorganisationer och hur bemötandet påverkas av detta. Att genomföra en longitudinell studie genom att starta reflektion och handledning med personal och utvärdera patienters och personals upplevelse av ett eventuellt förändrat bemötande skulle också vara lärorikt. En sådan studie skulle gärna genomföras på olika kliniker och med olika yrkeskategorier, inkluderat chefer på varierande nivåer.

Referenslista

- Alvesson, M. & Sköldböck, K. (2008, 2:a uppl.) *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Attree, M. (2001) Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 4, 456-466.
- Bejerot, E. (2008) "Patienten i centrum - ett tvingande styrningsideal". I Hasselbladh, H.; Bejerot, E. & Gustafsson, R. Å. *Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academica Adacta AB.
- Belcher, M. & Jones, L. K. (2009) Graduate nurses' experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemporary Nurse*, 31, 2, 142-152.
- Björvell, H. (2001) *Det räcker inte att le vackert*. Omvårdnadsforskning (elektronisk), <<http://arkiv.reumatikerforbundet.org/bilagor/forskning01/f010504.pdf>> (2014-05-26).
- Blennberger, E. (2006) "Etik för socialt arbete". I Meeuwisse, A.; Sunesson, S. & Swärd, H. (red). *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brante, T.; Andersen, H. & Korsnes, O. (2001) *Sociologiskt lexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brante, T. (2007) Teorin om interaktion, ritualer och emotionell energi. *Sociologisk tidskrift*, 15, 2, 164-185.
- Bridges, J.; Nicholson, C.; Maben, J.; Pope, C.; Flatley, M.; Wilkinson, C.; Meyer, J. & Tziggili, M. (2013) Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 4, 760-772.
- McCabe, C. (2004) Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 1, 41-49.
- Centrala Etikprövningsnämnden. Etikprövning av forskning som avser människor, (elektronisk), <<http://www.epn.se/sv/start/start sida/>> (2014-08-06).
- Chan, E. A.; Jones, A. & Wong, K. (2013) The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 9, 2020-2029.
- Codex, *regler och riktlinjer för forskning* (elektronisk), <<http://codex.vr.se/>> (2014-04-09).
- Collins, R. (1975) *Conflict Sociology: Toward an Explanatory Science*. New York: Academic Press.
- Collins, R. (1990) "Stratification, Emotional energy, and the Transient Emotions". I Kemper, T. D. (Ed) *Research Agendas in the Sociology of Emotions*. Albany: State University of New York. sid. 27-57.
- Collins, R. (2004) *Interaction Ritual Chains*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Collins, R. (2008) *Den sociologiska blicken. Att se bortom det uppenbara*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Croona, G. (2003) Etik och utmaning. Om lärande av bemötande i professionsutbildning. Växjö Universitet: Växjö University Press.
- Csikai, E. L. (2004) Social workers' participation in the resolution of ethical dilemmas in hospice care. *Health & Social Work*, 29, 1, 67-76.

- Dartington, T. (2013) Meeting the need of vulnerable patients. *Nursing Management*, 19, 9, 12.
- Dinç, L. & Gastmas, C. (2013) Trust in nurse-patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, 20, 5, 501-516.
- Echeverri, P. (2010) *Bemötandeboken*. Stockholm: Nordstedts.
- Einerfors, A-C. (1997) *Behöver syster hjälp? En sjuk sköterskas egna upplevelser som patient*. Västerås: Solrosens Förlag AB.
- Ekensteen, V. (2001) "Bemötande på tre nivåer". I Fransson, I.; Lindqvist, B.; Ekensteen, V.; Jönsson, A.; Halldenius, L.; Stolt, C-M. & Lindberg, L. (antologi) *Om bemötande av människor med funktionshinder - En antologi från SISUS*. Kalmar: Lenanders Grafiska AB. (elektronisk), <<http://www.hso.se/Global/Arbete%20och%20f%C3%B6rs%C3%B6rjning/Nationella%20handlingplanen/Om%20bem%C3%B6tande%20av%20m%C3%A4nniskor%20med%20funktionshinder.%20En%20antologi..pdf>> (2014-06-19).
- Eliasson, E. (1995) *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- Entwistle, V.; Prior, M.; Skea, Z. C. & Francis, J. J. (2007) Involvement in treatment decision-making: Its meaning to people with diabetes and implications for conceptualisation. *Social Science & Medicine*, 66, 362-375.
- Eriksson, U. & Svedlund, M. (2007) Struggling for confirmation - patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 3, 438-446.
- von Essen, L. (1994) *What is good caring?* Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- von Essen, L. & Sjärdén, P-O. (2003) The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 5, 487-497.
- Forsberg, A-S. & Forsberg, K. (2008) Känslor påverkar hälsa, välbefinnande och framgång. Center för Energipsykologi (elektronisk), <http://www.eftsweden.se/pdf/kanslor_paverkar_halsa_ver1.pdf> (2013-07-01).
- Fossum, B. (2013) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Gjengedal, E.; Ekra, E. M.; Hol, H.; Kjelsvik, M.; Lykkeslet, E.; Michaelsen, R.; Orøy, A.; Skrondal, T.; Sundal, H.; Vatne, S. & Wogn-Henriksen, K. (2013) Vulnerability in health care - reflections on encounters in every day practice. *Nursing Philosophy*, 14, 2, 127-128.
- Goffman, E. (1983) The Interaction order: *American Sociological Review*, 48, 1, 1-17.
- Goffman, E. (2010) *Relations in Public Microstudies of the Public Order*. New Brunswick, New Jersey. Transaction Publishers.
- Goffman, E. (2011a) *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Nordstedts.
- Goffman, E. (2011b) *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Nordstedts.
- Goffman, E. (2011c) *Totala institutioner*. Stockholm: Nordstedts.
- Gustafsson, B. (2004) *Bekräftande omvårdnad. SAUK-modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Götlind, A. (2010) *Svensk sjuksköterskeförening 100 år. Bilder av sjuksköterskan*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Hagemann, E. (1953) *Syskepleie-skolans etikk*. Oslo: H. Aschehoug & co.

- Hall, S. (2001) *Det offentliga mötet. Om etik, tilltro och bemötande på försäkringskassan*. Lund: Bokbox Förlag.
- Halldórsdóttir, S. & Hamrin, E. (1997) Caring and uncaring encounters within nursing and health care from cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20, 2, 120-128.
- Hasselbladh, H.; Bejerot, E. & Gustafsson, R. Å. (2008) *Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta AB.
- Hausman, A. (2004) Modeling the Patient-Physician Service Encounter: Improving Patient Outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32, 4, 403-417.
- Hilmarsson, H. (2013) Empatisk vägg skydd mot affektsmitta. *Psykologtidningen*, 5, 30-34.
- Inera AB. *Vårdhandboken* (elektronisk), <<http://www.vardhandboken.se/Kategori/Bem%c3%b6tande>> (2014-04-09).
- Institutet för kvalitetsindikatorer (2013) *Resultat för nationell patientenkät* (elektronisk), <<http://www.indikator.org/om.htm>> (2014-04-09).
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO (elektronisk), <<http://www.ivo.se/Sidor/default.aspx>> (2014-06-16).
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO. *Inspektionen för vård och omsorg, IVO Anmäl vårdskada - lex Maria* (elektronisk), <<http://www.ivo.se/anmala-och-rapportera/anmal-vardskada-lex-maria/Sidor/default.aspx>> (2014-08-11).
- Jacobsson, K. (2008). "Den svårfångade kvaliteten". I Sjöberg, K. & Wästerfors, D. (red) *Uppdrag: Forskning*. Malmö: Liber AB.
- Jacobsson, U. (2007) Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift*, 84, 6, 541-548.
- Jangland, E.; Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2009) Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education and Counselling*, 75, 2, 199-204.
- Jangland, E. (2011) *The patient-health-professional interaction in a hospital setting*. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Johansson, P.; Oléni, M. & Fridlund, B. (2002) Patient satisfaction with nursing care in context of health care: a literature study. Nordic College of Caring Sciences. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 16, 4, 337-344.
- Kabengele Mpinga, E. & Chastonay, P. (2011) Satisfaction of patients: A right to health indicator. *Health Policy*, 100, 2, 144-150.
- Kvåle, K. (2006) Den omsorgsfulle sykepleier – slik patienter ser det. *Vård i Norden*, 26, 1, 15-19.
- Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF. *Patientförsäkringen LÖF* (elektronisk), <<http://www.patientforsakring.se/>> (2014-06-13).
- Larsson, I. E. (2011) Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 3, 575-582.
- Leiter, M. P.; Harvie, P.; Frizzell, C. (1998) The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc. Sci. Med*, 47, 10, 1611-1617.
- Lindgren, G. (1999) *Klass, kön och kirurgi. Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber.
- Lindskog, B. & Zetterberg, B. (1981) *Medicinsk terminologi lexikon*. Stockholm: Nordiska Bokhandels Förlag.
- Lowbridge, K. L. & Hayes, L. (2013) The unpopular patient. *British Journal of Nursing*, 22, 8, 448

- Lynöe, N. (2011) "Henrik Hammar symposium 2010". I Region Skånes etiska råd. *Goda möten I hälso- och sjukvården* (elektronisk), <http://www.skane.se/pages/251054/Goda_m%C3%B6ten_iPad.pdf> (2014-05-29).
- Lysgaard, S. (1981) Arbeiderkollektivet Oslo. En studie I de underordnedes sosiologi. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mattiasson, I. (2011) "Henrik Hammar symposium 2010." I Region Skånes etiska råd. *Goda möten I hälso- och sjukvården*. (elektronisk), <http://www.skane.se/pages/251054/Goda_m%C3%B6ten_iPad.pdf> (2014-05-29).
- Matthias, M. S.; Salyers, M. P.; Rollins, A. L. & Frankel, R. M. (2012) Decision Making in Recovery-Oriented Mental Health Care. *Psychiatric Rehabilitation journal*, 35, 4, 305-314.
- Müssener, U.; Svensson, T.; Söderberg, E. & Alexanderson, K. (2008) Encouraging Encounters: Sick-Listed Persons' Experiences of Interactions with Rehabilitation Professionals. *Social Work in Health Care*, 46, 2, 71-87.
- Nordgren, S. & Fridlund, B. (2001) Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 1, 117-125.
- Ottosson, J-O. (1999) *Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund*. Stockholm. Natur och Kultur. SBU, 144.
- Papastavrou, E.; Efstathiou, G. & Charalambous, A. (2010) Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 6, 1191-1205.
- Parsons, T. (1964) *The social system*. New York: The Free Press.
- Ramos, M. C. (1992) The nurse-patient relationship: theme and variations. *Journal of advanced nursing*, 17, 4, 496-506.
- Robson, C. (2002) *Real World Research*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Rydén, O. & Stenström, U. (2000) *Hälsopsykologi, psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.
- Sandström, A. & Terres, D. (2010) *Grupphandledning som yrkesmässigt stöd i psykosocialt arbete - En kvalitativ studie om personalens upplevelser*. Linneuniversitetet: Examensarbete.
- Segesten, K. (2007) "Om tilltal, artighet och hälsningar i vårdens möten". I Mättä, I. S. & Segesten, K. (red) *Vårdens språk*. Stockholm: Liber. sid. 19-37.
- Socialdepartementet (2012) *Uppdrag att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet* (elektronisk), <<http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/vardgaranti/Dokument/Övrigt/SocS tyr%20regeringsuppdrag%20tillgänglighet.pdf>> (2014-04-09).
- Socialhögskolan, Lund (2014) *Socialhögskolan rekommenderar: Råd och anvisningar inför uppsatsarbetet* (elektronisk), <<http://www4.lu.se/images/Socialhogskolan/Radoanvisningar.pdf>> (2014-04-09).
- Socialstyrelsen (2009) *Nationella indikatorer för God vård* (elektronisk), <<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17797/2009-11-5.pdf>> (2014-04-09).
- Socialstyrelsen (2011a) *Min guide till säker vård* (elektronisk), <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18221/2011-1-6.pdf>> (2014-04-09).

- Socialstyrelsen (2011b) *Ojämna villkor för hälsa och vård Jämlikhetsperspektiv på hälso-och sjukvård* (elektronisk), <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf>> (2014-04-09).
- Socialstyrelsen (2012) *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal* (elektronisk), <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18552/2012-1-5.pdf>> (2014-04-09).
- Socialstyrelsen *Kunskapsguiden* (elektronisk), <<http://www.kunskapsguiden.se/Sidor/start.aspx>> (2014-04-09).
- Socialstyrelsen *Register* (elektronisk), <<http://socialstyrelsen.se/register>> (2014-04-09).
- SOSFS (Socialstyrelsens författningssamling) 2005:12 *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* (elektronisk), <http://www.sls.se/Global/cpd/SOSFS%202005_12.pdf> (2014-04-09).
- SOU 1997:51 *Brister i omsorg - En fråga om bemötande av äldre. Delbetänkande av Utredningen om bemötande av äldre*. Stockholm: Socialdepartementet. Nordstedts Tryckeri AB.
- Suhonen, R.; Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2005) Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 3, 283-292.
- Suhonen, R.; Papastavrou, E.; Efstathiou, G.; Tsangari, H.; Jarosova, D.; Leino-Kilpi, H.; Patiraki, E.; Karlou, C.; Balogh, Z. & Merkouris, A. (2011) Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 2, 372–380.
- Svensson, P-G. (1996) ”Förståelse, trovärdighet eller validitet?” I Svensson, P-G. & Starrin, B. (red) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL *Nationella kvalitetsregister* (elektronisk), <<http://www.kvalitetsregister.se/>> (2014-04-09).
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2011) *Nationell patientenkät. Sveriges landsting och regioner i samverkan* (elektronisk), <<http://npe.skl.se/>> (2014-05-30).
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2012a) *Informationsblad Nationell Patientenkät - specialiserad vård 2012 Fakta om undersökningarna och kort sammanfattning av resultaten*.
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2012b) *Nationell patientenkät. Sveriges landsting och regioner i samverkan* (elektronisk), <<http://npe.skl.se/>> (2014-04-09).
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2012c) *Nöjda patienter vill bli mer delaktiga* (elektronisk), <http://www.skl.se/press/nyheter_2/nojda-patienter-vill-bli-mer-delaktiga> (2014-04-09).
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2012d) *Resultat på Nationell Patientenkät* (elektronisk) <http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/nationellpatientenkät> (2014-04-09).
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2012e) *Öppna svar från Nationell Patientenkät. Blekingesjukhuset - Ett pilotprojekt* (elektronisk), <http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=da2a5180-16c8-4e24-b812-74ee6585edf6> (2014-04-09).

- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2013) Institutet för kvalitetsindikatorer AB. *Vårdbarometern Befolkningens attityder till kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård* (elektronisk), <<http://www.vardbarometern.nu/>> (2014-04-09).
- Söderlund, M. (1998) "En mänsklig atmosfär" *Trygghet, samhörighet och gemenskap – God vård ur ett patientperspektiv*. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Sørli, V.; Torjuul, K.; Ross, A. & Kihlgren, M. (2006) Satisfied patients are also vulnerable patients – narratives from an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 10, 1240-1246.
- Tomkins, S. (1991) *Affect, Imagery, Consciousness: Volume 3*: New York: Springer Publishing Company.
- Tracey, I. (2010) Getting the pain you expect: mechanisms of placebo, nocebo and reappraisal effects in humans. *Nature Medicine*, 16, 11, 1277-1283.
- Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. DAVIS COMPANY.
- Turner, R. (2002) "Role Theory". I Turner, J. (2002) *Handbook of Sociological Theory*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Upmark, M.; Borg, K. & Alexanderson, K. (2007) Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare: a study of long-term sickness absentees. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 6, 577-584.
- Vedung, E. (2009, 3:e uppl.) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Waddell, G.; Pilowsky, I. & Bond, M. (1989) Clinical assessment and interpretation of abnormal illness behavior in low back pain. *Pain*, 39, 1, 41-53.
- Waddell, G. & Waddell, H. (2000) "Sociala faktorerers inflytande". I SBU-rapport, *Ont i ryggen, ont i nacken* (sid. 51-116). Stockholm: SBU.
- Walker, J.; Brooksby, A.; McInerney, J. & Taylor, A. (1998) Patient perceptions of hospital care; building confidence, faith and trust. *Journal of Nursing Management*, 6, 4, 193-200.
- Watt, B. (2012) *Patient*. Stockholm. Modernista.
- Widerberg, K. (2002) *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Widmark-Petersson, V. (1998) *Good Caring. Patient Realities and Staff Perceptions*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Zaremba, M. (2013) Patientens pris: Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Stockholm: Weyler Förlag.
- Zayas, L. H. & Dyche, L. (1992) Social Workers Training Primary Care Physicians: Essential Psychosocial Principles. *Social Work*, 37, 3, 247-252.
- Zolnierek, D. C. (2014) An integrative review of knowing the patient. *Journal of nursing scholarship*, 46, 1, 3-10.
- Äldreomsorg, ÄO Arbetsrapport (2003) *Du och jag och Lex Sarah - etik och bemötande i äldreomsorgen: FoU-verkstad hösten 2001*. Arbetsrapport ÄO 2003: 1, ISSN-nr 1651-7784. Äldreomsorg och äldreomsorg. Luppen kunskapscentrum.
- Östlund, G.; Cedersund, E.; Alexanderson, K. & Hensing, G. (2001) "It was really nice to have someone" - Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Social journal of Public Health*, 29, 4, 285-291.

Bilaga 1

Intervjuguide

Namn, personnummer, adress samt telefonnummer på en speciell lista. Där kan jag också skriva det fingerade namnet och i sin tur använda det vidare i utskriften. Börjar med att önska personen välkommen och tackar för att denna vill vara delaktig. Nämner syfte, sekretess, att personen kan få ta del av materialet framöver och avbryta när helst han eller hon önskar. Frågar om jag får spela in intervjun på band och kontrollerar så att bandspelaren går.

Persondata

Ålder

Civilstånd, familj

Socialt nätverk

Boende; var är Du född, uppväxt och var bor Du nu?

Arbete, utbildning

Fritidsintressen

Körkort, bil

Frågor om sjukhusvistelse och bemötande

Varför var Du inlagd på Ortopediska Kliniken?

Hur länge var Du inlagd och var?

Hur tänker Du att en patient ska vara som är inlagd på sjukhuset?

Tänker Du att som patient har man en speciell roll eller är man samma person som annars när man inte är inlagd på sjukhuset?

Om Du tycker man tar en speciell roll, patientrollen eller sjukrollen, vad innebär då den för Dig?

Hur tror Du personalen tänker om hur man ska vara som patient?

Finns det några oskrivna regler eller förväntningar som Du kände av när Du var inlagd och i så fall på vilket sätt?

Tror du Din syn på hur man ska bete sig som patient stämde med personalens?

Vad tycker Du ordet bemötande betyder?

Hur upplevde Du bemötandet på avdelningen?

Vad var bra?

Vad var dåligt?

Vad tror Du detta (Din upplevelse) berodde på?

Upplevde Du någon skillnad i bemötandet från läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kurator?

Vad tänker Du i så fall om detta?

Vad kan det bero på?

Upplevde Du någon skillnad i bemötandet från personalen under dygnet? (Morgon, förmiddag, lunch, eftermiddag, kväll, natt och helg.)

Vad tänker Du i så fall om detta?

Vad tror Du det beror på?

Upplevde Du någon förändring i bemötandet om Du tänker på hela vistelsen?

Var det skillnad i början, under tiden eller i slutet av inläggningstiden?
Kände Du Dig delaktig i alla "faserna"?
Om Du hade Samordnad Vårdplanering, hur upplevde Du den?
Om Du varit inlagd på avdelningen tidigare, ser Du då någon skillnad i bemötandet och i så fall på vilket sätt?
Vad tycker Du är ett bra bemötande?
Vad tycker Du är ett dåligt bemötande?
Vilka faktorer, mekanismer, tror Du påverkar bemötandet på avdelningen?
Tror Du att det finns faktorer utanför avdelningen? (Kliniken/sjukhuset som påverkar och vilka i så fall?)
Tror Du samarbetet med andra myndigheter som t.ex. kommun påverkar och i så fall på vilket sätt?
Tror Du organisation, struktur och rutiner på avdelningen påverkar hur Du kände Dig bemött?
Vad tror Du det i så fall beror på?
Tror Du stämningen mellan personalen på avdelningen påverkar och hur i så fall?
Tycker Du att stämningen egentligen får påverka hur patienten känner sig bemött?
Är det skillnad på Din upplevelse nu om Du jämför hur Du upplevde det under tiden Du var inlagd på avdelningen?
Kunde Du påverka Din upplevelse under sjukhusvistelsen på avdelningen?
Hur gjorde Du då?
Är det något idag Du önskar Du kunde gjort annorlunda för att uppleva ett bättre bemötande från personalen?
Tror Du patientens eget bemötande påverkar relationen med personalen och ska det egentligen få göra det?
Vad är viktigt att tänka på för att patienten ska känna av ett gott bemötande?
Vad vill Du förmedla till personalen?
Vad kan vi/personalen lära oss av Dig?
Om det varit ombytta roller, vad skulle Du tycka var viktigast för att försöka få patienten att uppleva att han/hon blir bra bemött?

Preciserade frågor att ha till hjälp om det behövs

Fick Du information?
Hur gick det till när Du fick informationen?
Var fick Du den? (På salen eller i ett annat enskilt rum?)
Kände Du att Du hade möjlighet att ställa frågor, förstod Du allt?
Tror Du det har betydelse om man har enkelrum eller delat rum?
Vilket hade Du och vad tycker Du om det?
Kände Du delaktighet?
På vilket sätt?
Varför inte?
Kände Du att personalen lyssnade?
Vad var det som gjorde att Du kände det så eller inte kände det så?
Hade de tid? Satt de ner eller stod de upp? Reflekterade Du över detta?
Var det någon speciell tid på dygnet som Du reflekterar över när det gäller det här?
Hur kommunicerade personalen?
Vad tänkte Du om personalens kroppsspråk? (Hållning, gester, mimik, tonfall, språk, rörelsemönster.)

Vad tror Du det är som påverkar hur man upplever det när man kommunicerar med varandra i synnerhet patient-personal?
Hur upplevde Du kommunikationen med personalen?
Kunde Du känna av hur personalen hade det, hur de mådde, om de t.ex. var stressade?
Vad tycker Du är viktigast i ett bra bemötande?

Avrundning, summering

Är det något Du vill berätta för mig som Du tycker att jag inte har frågat om?
Något som Du vill tillägga eller förtydliga?
Är det något som Du har förväntat Dig eller trott att vi skulle prata om som vi inte har berört?

Att använda under hela intervjun för att utforska mer:

Kan Du utveckla detta?
Du får gärna berätta mer om detta.
Menar Du att...?
Kan Du berätta lite mer om det?
Hur tänker Du?
Hur menar Du?
Har jag uppfattat detta rätt...?

Avslutar med att tacka för intervjun.

Kompletterande frågor till patienterna som jag intervjuat enskilt. Dessa ställdes i slutet av arbetsprocessen efter att ha intervjuat personal.

Är relationen viktig? På vilket sätt?
Vad är den ideala patienten?
Vad är den ideala personalen?

Bilaga 2

Intervjufrågor till personal

Yrke

Ålder

Hur lång erfarenhet

Avdelning

Anser Du att patienten får en patientroll vid inläggning på avdelning?

Vilka förväntningar tycker Du i så fall finns på denna roll utifrån personalens perspektiv?

Tror Du det stämmer med patientens syn på sin patientroll?

Vad utmärker den ideale patienten?

Vad utmärker den ideale personalen?

Vad är lika och vad skiljer?

Vad är ett bra bemötande?

Vad är ett dåligt bemötande?

Vad är det som gör att ett bemötande känns dåligt efteråt?

Vad är det som gör att ett bemötande känns bra efteråt?

Vilka faktorer tror Du påverkar bemötandet på avdelningen?

Vad påverkar på individnivån?

Påverkar organisationen?

Andra myndigheter och samhället i stort?

Hur ser Du på närhet och distans?

Din roll i relation till arbetsgruppen?

Din roll till patienten?

Är det svårt att ibland uppfylla Din rolls förväntningar och vad beror det i så fall på?

Är stämningen och gruppsolidaritet i arbetsgruppen viktigt på avdelningen?

Om Du tittar på denna figur, som jag själv utformat, vilka reflektioner får Du?

	Patient som står på sig	Patient som är underdånig
Personal som har en jämlik, samtalande attityd och visar aktning för den andres själv	Patienten känner sig delaktig, får information på ett förståeligt sätt och vågar fråga. Patienten upplever att han/hon är delaktig och upplever respekt, ett bra bemötande.	Kan vi hjälpa patienten att känna sig mer delaktig? Hur kommunicerar man om detta? När patienten upplever delaktighet och att han eller hon får utrymme kan det personliga värdet som individ höjas och man har lättare att säga sina tankar samt åsikter.
Personal som har en auktoritär hållning och har svårt att visa aktning för den andres själv	Spänning i relationen påverkar bemötandet och patientens upplevelse av det. Patienten känner sig osedd samt "överkörd", maktlös och o-respekterad.	Patienten kan känna institutionens makt och att det inte är någon jämlik nivå. Om patienten upplever detta normalt kan relationen fungera. Men patienten kan må mer eller mindre bra av detta. Personalen ger inte patienten tillfälle att få säga sin åsikt och visar inte den aktning för individen som egentligen förväntas. Det blir en variant av aktning på ytan genom att acceptera patienten som underdånig om detta är ett normalt beteende för honom eller henne.

Vad är bäst, en patient som står på sig eller en patient som är underdånig?

Vad tänker Du om personalens hållning?

Svårigheter, skyldigheter?

Tycker Du att relationen med patienten är viktig och varför det i så fall?

Vem tycker Du har ansvar för att relationen fungerar? (Patient, personal eller någon/något annat?)

Bilaga 3

Brev till Verksamhetschef

2013-01-30

Till Verksamhetschef xxxxx, Ortopediska Kliniken,
XXXXX.

Jag går nu, vårterminen 2013, min Masterutbildning på Socialhögskolan i Lund och planerar att genomföra en undersökning genom att skriva min uppsats. I mitt arbete som kurator på Ortopediska Kliniken i xxxxx träffar jag många patienter. Jag arbetar i nuläget i huvudsak på avdelning x och x men när min kollega inte är i tjänst så finns jag även på avdelning x samt x. En av mina huvudarbetsuppgifter är att prata med patienter om de önskar. Det kan handla om information, råd, stöd, bearbetande samtal samt krissamtal. Både patienter, anhöriga samt personal kan ge mig uppdrag.

Det händer relativt regelbundet att patienter inte är nöjda med bemötandet på avdelningarna. Jag får då gärna uppdraget att prata med dem och försöka utforska samt förstå deras upplevelser för att se om vi på avdelningen göra något för att förbättra patientens upplevelse av bemötandet? Ibland pratar jag även med personalen om hur de ser på det patienterna framfört, hur personalen själva ser på situationen och vad man kan göra åt det? Bemötande kan handla om många olika saker och ofta ser patienterna att sammanhanget de befinner sig i (kontexten) på-

verkar men ibland har de svårt att förstå hur exempelvis rutinerna ser ut. Många gånger har de smärtor, tar stark smärtstillande medicin och kanske är chockade av vad som hänt och händer. Ibland glömmer vi som arbetar hur det kan kännas att vara patient, vara i någon form av ”underläge” och beroende av hjälp. När patient och personal möts uppstår en interaktion samt en relation och det är patientens upplevelse av bemötandet i denna situation jag vill undersöka. Givetvis träffar jag nöjda patienter också och de som tycker bemötandet är utmärkt så jag vill ha en neutral inställning när jag träffar de som jag tänker intervjua.

Mitt syfte i undersökningen är alltså att utforska hur patienter upplever bemötandet på avdelning x samt x i xxxxx samt avdelning x samt x i xxxxx och undersöka vilka generativa mekanismer som påverkar upplevelsen samt bemötandet. Jag kommer att göra en kvalitativ undersökning med semistrukturerade intervjuer och träffa 8-10 personer. Jag börjar med en pilot (försöks-) intervju för att se om mina frågor från intervjuguiden är tillfredsställande. Uppdelning gör jag i män, kvinnor, äldre samt yngre patienter. Med äldre gör jag en gräns på dem som är över 40 år. Vad gäller yngre så blir intervallet 20-40 år. Jag kommer att exkludera patienter jag själv haft kontakt med och dementa personer. Eventuellt kommer jag att träffa samma patienter i fokusgrupper för att vidare samtala om bemötandet. Det kan också hända att jag kommer träffa 2 fokusgrupper till med ”nya” patienter. Detta beroende på hur mycket material/empiri jag anser jag kommer att behöva.

Jag vill också försöka analysera empirin utifrån teorin kritisk realism och då titta på vilka generativa mekanismer som påverkar bemötandet. Jag tror mig kunna se sådana både på makro-, meso-, samt mikronivå. Både struktur, organisation, gruppdynamik, rutiner, resurser, tidsaspekter och samhället i övrigt (då inberäknat andra myndigheter) tror jag själv påverkar bemötandet och det är intressant om patienterna ser detta eller endast utgår från sitt eget individuella perspektiv. Jag menar inte att lägga några värderingar i hur patienten upplever bemötandet men har för avsikt att belysa patienternas upplevelser och reflektioner och själv se vad som kan orsaka detta. Jag kommer att ta ut beläggningslistor från de nämnda avdelningarna och därefter göra ett slumpmässigt urval genom att dra lott. Jag kommer också att informera avdelningarna att jag ska göra undersökningen.

Patienterna kommer att få ett brev där jag informerar om undersökningen, att det är frivilligt att delta, att man kan hoppa av när man vill och att det råder sekretess. Jag bifogar då även en samtyckesblankett som de måste skriva under om de önskar delta. De kommer att erbjudas att få utskriften av sin intervju samt även få ta del av uppsatsen.

Det går bra att kontakta min handledare Thomas Brante på Socialhögskolan i Lund. Han kommer handleda mig när jag gör undersökningen och skriver min uppsats. Jag önskar få Ditt godkännande att få göra denna undersökning så fort som möjligt så jag kan kalla patienter för intervju.

Vänliga Hälsningar

Charlotte Jeppsson
Kurator
Ortopediska Kliniken, xxxxx
Tel: xxxxx
Mailadress: xxxxx

Handledare:

Thomas Brante
Socialhögskolan, Lund
Bredgatan 13
221 21 LUND
Tel: xxxxx
Mailadress: xxxxx

Bilaga 4

Intervjuförfrågan samt svarsblankett

Hej

Jag heter Charlotte Jeppsson och arbetar som kurator på Ortopediska Kliniken, xxxxx. Jag läser också Masterkursen på Socialhögskolan, Lunds Universitet och då skriver man uppsats. Genom mitt arbete träffar jag ganska många patienter och ibland anhöriga. Det kan vara information, råd, stöd samt kris och bearbetande samtal som jag då erbjuder. Ibland upplever sig patienter inte bra bemötta och ibland är de nöjda med bemötandet. Jag är intresserad av detta och vad det är som gör att patienter upplever bemötande som bra eller dåligt och vill därför genomföra denna kvalitativa undersökning. Jag tror det är viktigt att utgå från patienters upplevelser för att se vad och hur man kan arbeta med bemötande.

Planeringen är att intervjua 8-10 patienter som varit inlagda på Ortopediska Kliniken, xxxxx och det är därför jag skriver till Dig och frågar om Du skulle vilja delta i denna intervju. Din eventuella insats att delta i intervjun och att förmedla Dina tankar till mig kommer att vara mycket värd i både mitt och resten av personalens arbete på Ortopediska Kliniken, xxxxx. Jag har tagit ut listor från avdelning x samt x i xxxxx och x samt x i xxxxx och på så sätt kunnat leta fram Din adress. De avdelningar som jag själv arbetar på i xxxxx, avdelning x samt x har jag inte med i undersökningen eftersom jag då kanske redan träffat Dig (patienten) i egenskap av kurator.

Det är helt frivilligt att delta i undersökningen och Du får avbryta Ditt deltagande när Du vill. Jag har sekretess och det kommer inte att vara möjligt att identifiera Dig i min undersökning, uppsats. Jag kommer alltså inte att skriva ut Dina personuppgifter och Du får gärna ta del av uppsatsen och materialet framöver, om Du önskar. Intervjun beräknas ta 45-60 minuter och det utgår ingen ersättning för Ditt deltagande, inte heller kostnader för resor. Har Du svårt att åka med allmänna kommunikationer kan jag bevilja Dig sjukresa. Jag bifogar en svarsblankett med min adress och om Du önskar vara med i denna undersökning ber jag Dig fylla i

denna samt skicka den tillbaka till mig. Jag ber Dig också skicka blanketten till mig om det är så att Du inte vill delta. Jag kommer därefter att kontakta Dig så vi närmare kan bestämma var och när vi ska träffas. Har Du frågor om undersökningen är Du välkommen att kontakta mig innan Du bestämmer Dig så berättar jag mer. Du får också gärna kontakta xxxxx, verksamhetschef på Ortopediska Kliniken, xxxxx. Jag har också en handledare som heter Thomas Brante som kommer att handleda mig under undersökningens, uppsatsens gång så att allt går rätt till och att det blir så bra som det kan. Jag skriver hans kontaktuppgifter här nedan. Det skulle vara mycket värdefullt och intressant att träffa Dig och få ta del av Dina tankar och funderingar om hur Du har upplevt bemötandet på avdelningen där Du var inlagd. Ditt deltagande är viktigt och jag ser fram emot att få prata med, intervjua Dig.

Hoppas Du önskar delta.

Helst vill jag träffa Dig men om det inte går kan vi kanske göra intervjun per telefon eller per mail. Jag är tacksam för svar snarast.

Vänliga Hälsningar

Charlotte Jeppsson

xxxxx

xxxxx

xxxxx

Tel: xxxxx

Mailadress: xxxxx

Verksamhetschef xxxxx

xxxxx

xxxxx

xxxxx

Mailadress: xxxxx

- Ja, jag vill delta i undersökningen, intervjun och är informerad om sekretessen och att jag kan välja att avbryta mitt deltagande när jag vill.
- Nej, jag vill inte delta i undersökningen, intervjun.

Namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Tel. nummer _____

Mailadress _____

Inlagd på Ortopediska Kliniken när och var? _____

Ensamstående, gift eller sammanboende _____

Underskrift _____

Underskrift av målsman _____

Bilaga 5

Förfrågan om att delta i fokusgrupp (samtalsgrupp) samt svarsblankett

Hej

Jag heter Charlotte Jeppsson och arbetar som kurator på Ortopediska Kliniken, xxxxx. Jag läser också Masterkursen på Socialhögskolan, Lunds Universitet och då skriver man uppsats. Genom mitt arbete träffar jag ganska många patienter samt ibland anhöriga. Det kan vara information, råd, stöd samt kris och bearbetande samtal som jag då erbjuder. Ibland upplever sig patienter inte bra bemötta och ibland är de nöjda med bemötandet. Jag är intresserad av detta och vad det är som gör att patienter upplever bemötande som bra eller dåligt och vill därför genomföra denna kvalitativa undersökning. Jag tror det är viktigt att utgå från patienters upplevelser för att se vad och hur man kan arbeta med bemötande.

Planeringen är att intervjua 8-10 patienter som varit inlagda på Ortopediska kliniken, xxxxx och att anordna fokusgrupper (samtalsgrupper) med cirka 4-6 personer i varje grupp. Det är därför jag skriver till Dig och frågar om Du skulle vilja delta i en fokusgrupp (samtalsgrupp). Din eventuella insats att delta och att förmedla Dina tankar till mig kommer att vara mycket värd i både mitt och resten av personalens arbete på den ortopediska kliniken, xxxxx. Jag har tagit ut listor från avdelning x samt x i xxxxx och x samt x i xxxxx och på så sätt kunnat leta fram Din adress. De avdelningar som jag själv arbetar på i xxxxx, avdelning x samt x har jag inte med i undersökningen eftersom jag då kanske redan träffat Dig (patienten) i egenskap av kurator.

Det är helt frivilligt att delta i undersökningen och Du får avbryta Ditt deltagande när Du vill. Jag har sekretess och det kommer inte att vara möjligt att identifiera Dig i min undersökning, uppsats. Jag kommer alltså inte att skriva ut Dina personuppgifter och Du får gärna ta del av uppsatsen och materialet framöver, om Du önskar. Dessutom kommer jag också att informera om att hela gruppen har sekretess när vi träffas. Gruppsamtalet beräknas ta 60-90 minuter och det utgår

ingen ersättning för Ditt deltagande, inte heller kostnader för resor. Har Du svårt att åka med allmänna kommunikationer kan jag bevilja Dig sjukresa.

Jag bifogar en svarsblankett och om Du önskar vara med i denna undersökning ber jag Dig fylla i denna samt skicka den tillbaka till mig eller lämna den när vi ses om Du vill komma. Jag ber Dig också skicka blanketten till mig eller ringa om det är så att Du inte vill delta. Jag kommer därefter att kontakta Dig så vi närmare kan bestämma var och när vi ska träffas. Har Du frågor om undersökningen är Du välkommen att kontakta mig innan Du bestämmer Dig så berättar jag mer.

Du får också gärna kontakta xxxxx, verksamhetschef på Ortopediska Kliniken, xxxxx. Jag har också en handledare som heter Thomas Brante och som kommer att handleda mig under undersökningens, uppsatsens gång så att allt går rätt till och att det blir så bra som det kan. Jag skriver hans kontaktuppgifter här nedan. Det skulle vara mycket värdefullt och intressant att träffa Dig och få ta del av Dina tankar och funderingar om hur Du upplevt bemötandet på avdelningen där Du var inlagd. Ditt deltagande är viktigt och jag ser fram emot att få prata med Dig.

Hoppas Du önskar delta.

Jag är tacksam för svar snarast

Vänliga Hälsningar

Charlotte Jeppsson

xxxxx

xxxxx

xxxxx

Tel: xxxxx

Mailadress: xxxxx

Verksamhetschef xxxxx

xxxxx

xxxxx

xxxxx

Mailadress: xxxxx

- Ja, jag vill delta i undersökningen (fokusgruppen, samtalsgruppen) och är informerad om sekretessen och att jag kan välja att avbryta mitt deltagande när jag vill.
- Nej, jag vill inte delta i undersökningen, (fokusgruppen, samtalsgruppen).

Namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Tel. nummer _____

Mailadress _____

Inlagd på Ortopediska Kliniken när och var? _____

Ensamstående, gift eller sammanboende _____

Underskrift _____

Underskrift av målsman _____

Bilaga 6

Antal ärenden som anmälts till den aktuella sjukvårdsregionen och hur många av dem som handlar om bemötande-kommunikation

År	Antal ärenden i den aktuella sjukvårdsregionen	Bemötande-kommunikation
2003	2373	338
2004	2845	459
2005	2950	466
2006	3068	572
2007	3131	543
2008	3387	546
2009	3379	522
2010	3296	508
2011	3815	616
2012	4033	633
2013	5058	811

(Patientnämnden, 2014-02-07)

Antal ärenden på den aktuella ortopediska kliniken och hur många av dem som handlar om bemötande-kommunikation

År	Antal ärenden på den aktuella ortopediska kliniken	Bemötande kommunikation
2010	108	7
2011	92	9
2012	97	9
2013	126	21

(Patientnämnden, 2013- 05-13)

Bilaga 7

Forskning som stödjer konsultation/handledning

Zayas och Dyche (1992) har undersökt fördelar med att diskutera psykosociala perspektiv med läkare i primärvården i USA och använt sig av olika fall för lärandet. Csikai (2004) har gjort en kvantitativ undersökning genom att 110 kuratorer på hospice (hospice social workers) i sex stater i USA, fått svara på en enkät. Kuratorerna har inte haft någon direkt koppling till någon etikkommittee men har bl.a. fått svara på hur delaktiga de varit i etiska beslut. Resultatet visar att de inte varit så delaktiga utan mest involverade när det gäller traditionellt socialt arbete. Studien betonar betydelsen av "social workers" deltagande vid etiska dilemman. Sandström och Terres (2010) har i sitt examensarbete gjort fyra kvalitativa semistrukturerade intervjuer och intervjuat personal inom öppenvården i två olika verksamheter inom en kommun. I dessa verksamheter arbetar man utifrån ett psykosocialt perspektiv med barn och ungdomar som befinner sig i en hjälpsökande situation. Resultatet visar att grupphandledning ger ett yrkesmässigt stöd, en personlig och professionell utveckling samt ökar personalens välbefinnande.