



LUND UNIVERSITY

Vårdmöten och tillgänglighet

Hansson, Kristofer; Nilsson, Gabriella

Published in:
Health Management

2017

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Hansson, K., & Nilsson, G. (2017). Vårdmöten och tillgänglighet. I L. Nordgren (Red.), *Health Management: att göra hälso- och sjukvård mer tillgänglig* (Vol. 2, s. 63-78). Sanoma Utbildning.

Total number of authors:
2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

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

Take down policy

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

LUND UNIVERSITY

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

VÅRDMÖTEN OCH TILLGÄNGLIGHET

Kristofer Hansson & Gabriella Nilsson

Inledning

I det här kapitlet vill vi visa vårdmötets betydelse för att göra vården tillgänglig. Det ska vi göra genom att följa en familj där ett av barnen nyligen diagnostiserats med diabetes. Vi börjar med en etnografisk beskrivning av detta möte:

Platsen är ett besöksrum på ett sjukhus i södra Sverige. Rummet är litet och fylls snabbt upp när läkaren välkomnar in en familj där ett av barnen, en fem-årig pojke, diagnosticerats med diabetes några dagar tidigare. Pojken och hans storsyster sätter sig på undersökningsbritten medan mamman och pappan sätter sig på varsin besöksstol utmed väggen. Läkaren tar plats vid ett skrivbord som inte rymmer mycket mer än den stationära datorn som används för att titta i barnets journal och avläsa hans olika blodvärden. Pojken undersöker rummet med blicken, går

bort till fönstret och tittar ut. Läkaren vänder sig mot föräldrarna och inleder mötet med frågan: ”Hur är det?”. Föräldrarna svarar med att berätta hur de förhåller sig till sonens barnomsorg. Pojken har efter insjuknandet ännu inte återgått till förskolan. Föräldrarna säger sig vilja ha bättre kontroll över sjukdomen själva innan de vågar ta nästa steg och överlåta ansvaret för den dagliga behandlingen till personalen på den förskola där pojken går. Läkaren bemöter föräldrarnas oro men fördjupar inte samtalet om detta ämne. Istället vänder hon sig till pojken som leker vid fönstret, och frågar: ”Hur går det med sticken?”. Pojken svarar inte på frågan utan fortsätter leken. Istället säger mamman: ”Vi kan ta sticken själva nu”.

Det här exemplet är hämtat från etnografiska observationer av vårdmöten där vi som forskare i etnologi velat undersöka hur familjer där ett barn diagnostiserats med diabetes och vårdpersonal förhåller sig till varandra och till den situation de befinner sig i.¹ Bakgrunden till metodvalet har varit en vilja att som medicinantropologen Carola Skott beskriver det, försätta sig i kontakt med människor på en viss plats och försöka förstå vad som står på spel just där och just då (Skott, 2013, s. 13).

Med exempel från dessa observationer ska vi i det här kapitlet problematisera tillgänglighet i vårdmötet och diskutera vad tillgänglig hälsoservice innebär från ett kulturellt mikroperspektiv.

Personer med diabetes är en grupp kroniskt sjuka som genom hela sina liv vanligen har omfattande kontakter med hälso- och sjukvården för att följa upp sjukdomen och behandla de eventuella komplikationer som uppstår. Då risken för följsjukdomar är stor om sjukdomen missköts, med allvarliga konsekvenser för hälsan som följd, brukar barn som diagnostiseras med diabetes lyftas fram som en sårbar grupp (Sparud Lundin, 2008). Av den här anledningen är tillgänglig-

heten till god hälsoservice för denna grupp extra viktig – både för att främja familjernas möjligheter att hantera den rådande situationen av att leva med diabetes, och för att garantera barnens framtida hälsa.

Vårdmötet är en av de viktigaste vägarna in i hälso- och sjukvården för patienten. Det är i mötet med vårdpersonalen som patienten kan diagnostiseras och erbjudas behandling. Behandlingen kan ges vid själva mötet eller skrivas ut i form av ett recept. Patienten kan också remitteras till en annan vårdinstans och på så sätt ledas vidare i det flöde av hälso- och sjukvård som erbjuds (se vidare i Mats Johnssons kapitel *Ökad tillgänglighet med följsam logistik*). Det är också i mötet som patienten blir en del av de värdeskapande processer som genererar hälsoservice (Nordgren & Åhgren, 2013; Loodin & Nordgren, 2014). Men i vårdmötet förekommer också trösklar som kan försvåra för patienten att få tillgång till önskad behandling (Mol, 2011; Fioretos, Hansson & Nilsson, 2013). I kapitlet argumenterar vi för att vårdmötets utformning är centralt för möjligheten att reducera antalet trösklar och därigenom utforma en hälsoservice som blir tillgänglig. En viktig utgångspunkt är att tillgänglighet kan förstås som något som aktivt skapas i mötet mellan vårdpersonalen och familjen i den givna vårdmötessituationen.

1 Kapitlet bygger på etnografiska observationer av en implementeringsprocess vars syfte var att främja en mer tillgänglig vård för familjer där ett barn nyligen diagnostiserats med diabetes. Med en ny evidensbaserad vårdmodell eftersträvades ett annat sätt att introducera familjerna till hur de bäst sköter barnets diabetes. Projektet beskrivs mer ingående längre fram i denna antologi (se vidare i Kristofer Hansson och Gabriella Nilssons kapitel *Att implementera tillgänglighet i vården*).

Två begrepp för vårdmötet

Vi ska nu återvända till det inledande exemplet för att med hjälp av detta synliggöra två aspekter som vi menar är grundläggande för vad som utgör ett vårdmöte – talet om sjukdomen och närvaron av personer som har skilda roller i relation till denna sjukdom. Vårdmötet är alltså både en språklig och en kroppslig situation. Genom att lyfta fram två teoretiska begrepp som beskriver dessa parallella aspekter – *språkhandling* och *interaktion ansikte mot ansikte* – vill vi beskriva de möjligheter och hinder för tillgänglighet som vårdmötet står inför på en kulturell mikronivå.

Språkhandling

Som vi såg ovan inledde läkaren mötet med att fråga: ”Hur är det?”. Detta är en fråga som vi alla känner igen från det dagliga samspelet människor emellan, men som vanligen inte har någon särskild betydelse. Frågan sägs slentrianmässigt och svaret förväntas inte bli något annat än: ”Det är bra, hur är det själv?” – detta helt oberoende av hur det faktiskt är. Men ställd av läkaren i den situation som ett vårdmöte utgör fyller frågan en funktion. Den blir en öppningsfras som markerar startpunkten för vårdmötet, samtidigt som den har en potential av att bjuda in till ett fördjupat samtal om hur det verkligen är. Frågans öppna karaktär gör det möjligt för patienten eller dennes anhöriga att genom sina svar styra mötet mot ämnen som de upplever som relevanta. Detta sker också i exemplet ovan där föräldrarna börjar prata om sitt förhållningssätt till barnomsorgen. Vi menar att den här frågan, liksom en mängd andra fraser som yttras i vårdmötet, kan förstås som en *språkhandling*.

Den amerikanska filosofen Judith Butler menar att det är de ord och fraser som yttras med det vardagliga språket som skapar sociala fakta. Det här sker inte minst genom att de som talar i en given situation positioneras i förhållande till varandra och därigenom blir till

som kategoriserbara personer. Som exempel lyfter Butler fram den språkhandling som en barnmorska utför efter en förlossning när hon tittar på barnet och säger: "Det är en flicka!" eller "Det är en pojke!". Det är, skriver Butler, genom denna benämningsspråkhandling – att med hjälp av språket kategorisera barnet i termer av kön – som barnets kön blir till som ett socialt faktum (Butler, 1993). På liknande sätt kan frasen "Hur är det?" sägas skapa både läkaren och patienten i den specifika situationen. Som språkhandling betraktad definierar frasen mötet – det handlar om ett vårdmöte – och tydliggör (begränsar) vilka möjligheter det finns för de närvarande personerna i rummet att positionera sig i relation till varandra. Läkaren blir till som läkare, och patienten som patient. Läkaren är den som ställer frågan och antar därigenom positionen som en aktör som, under den avgränsade tid som mötet utgör, är intresserad av att lyssna och förstå det som patienten, eller i vårt fall patientens föräldrar berättar, men också som en professionell aktör som sitter inne med svar som kan komma att efterfrågas. Genom att inte besvara läkarens fråga med ett slentrianmässigt: "Det är bra, hur är det själv?", utan börja berätta om sina upplevelser av att vårda ett barn med diabetes, visar föräldrarna att de förstår situationen som ett vårdmöte och accepterar den position som föräldrar till en patient som de tillskrivs. Av personer i denna position förväntas att de ska svara på ett sätt som ger läkaren inblick i deras privatliv, medan det omvända inte hade varit tänkbart om föräldrarna inlett mötet med att ställa samma fråga till läkaren. Det är alltså inte frasen i sig som avgör dess funktion som språkhandling, utan hur, i detta fall, föräldrarna bemöter den. Det är först i det specifika mötet mellan människor som språkhandlingen blir till och får en mening för de inblandade (Butler, 1990 & 1997; Hornscheidt & Landqvist, 2014; Landqvist, 2015).

Föräldrarnas sätt att agera genom att förlika sig med den position som tillskrivs dem i den sociala ordning som reglerar vårdmötet, beror på kännedom om hur ett vårdmöte bör utspela sig för att vården

ska göras tillgänglig, en kännedom som både föräldrarna och läkaren har med sig in i rummet. Att sonen inte svarar när läkaren lite senare under mötet frågar honom hur det går med sticken, synliggör emellertid att språkhandlingen inte fungerar på ett sätt som gör att pojken antar den tillskrivna positionen som patient. I själva verket är det vanligt förekommande att barn, när läkaren frågar: "Hur är det?", ger det i andra sociala sammanhang accepterade svaret: "Det är bra" (Hansson, 2007). I det här exemplet ersätter mamman pojkens svar, varför frågan ändå kommer att fylla avsedd funktion, men det är alltså inte självklart att en språkhandling skapar en öppning för den professionella att få inblick i familjens eller patientens vardag. Vi kan tala om att de enskilda orden antingen får en konventionaliserad betydelse – att språkhandlingen fungerar på det sätt som den är tänkt – eller avviker från den ursprungliga betydelsen och genererar en reaktion som inte går att förutse (Levinson, 2000). Exemplet synliggör att språkhandlingar aldrig är identiska, utan alltid ska betraktas i den kontextuella och språkliga situation som det specifika vårdmötet är.

Med begreppet språkhandling har vi velat visa hur tillgängligheten i vårdmötet i stor utsträckning är beroende av språket. Även i andra former av interaktion mellan patienter och vårdpersonal är språket centralt, såsom när patienten ringer upp personalen per telefon, skriver brev eller e-post för att kommunicera, eller delges skriftlig information som riktar sig till en grupp av patienter (jämför Catharina Wingner Leiflands diskussion i kapitlet *Den digitala vägen in i vårdsystemet*).

Men tillgängligheten i vårdmötet främjas även genom den fysiska närvaron av olika personer och den interaktion dem emellan som sker *ansikte mot ansikte* (Goffman, 1993; Levinas, 2003). Att interagera ansikte mot ansikte innebär, precis som det låter, att aktörerna både befinner sig i samma tid och i samma rum, och där använder sig av olika symboliska signaler för att både överlämna och tolka budskap (Thompson, 2001). I nästa avsnitt kommer vi att utveckla den här beskrivningen.

Ansikte mot ansikte

När läkaren ställer frågan ”Hur är det?”, åtföljs denna av att läkaren vänder sig mot föräldrarna och med sitt ansiktsuttryck signalerar det intresse av att lyssna som får föräldrarna att berätta hur det verkliga är. Språkhandlingen kan därför säga förstärkas genom den mer kroppsliga interaktionen mellan personerna. Det är den här formen av interaktion som läkaren använder sig av när hon försöker få kontakt med pojken. Förutom att hon ställer en fråga vänder hon sig bort från föräldrarna och riktar sig aktivt mot barnet. Hon söker barnets blick för att på så sätt möjliggöra för honom att ta del av vårdmötet och berätta om sina erfarenheter. I det här exemplet visar det sig emellertid att barnet är upptaget med en lek och därför inte tillgängligt för interaktion. Då barnet inte vänder ansiktet mot läkaren blir det svårt att i denna situation skapa kontakt med barnet och i förlängningen göra hälsoservicen tillgänglig direkt för honom. Istället blir det genom föräldrarna som servicen tillgängliggörs och som den värdeskapande processen genereras (jfr Nordgren & Åhgren, 2013). När pojken inte svarar på frågan hur han tycker det går med sticken, väljer föräldrarna att istället berätta hur de upplever sin vardag med att sticka barnet när de mäter blodvärde och ger insulin. Läkaren väljer då att vända sig bort från barnet och återigen rikta sitt ansikte mot föräldrarnas. Det är i denna interaktion ansikte mot ansikte som vårdmötet därefter fortskrider.

I detta ansikte mot ansikte möte skapas, menar filosofen Emmanuel Levinas, ett möte mellan ”Den Andre” och ”Det Egna” (Levinas, 2003). Från läkarens perspektiv blir föräldrarna ”De Andra” som hon på olika sätt måste förhålla sig till, exempelvis genom att relatera till sina tidigare erfarenheter av att möta föräldrar med barn som har diabetes. Men också föräldrarna möter ”Den Andre” i form av läkaren och de kunskaper och synsätt som denna läkarroll för med sig. På ett liknande sätt som språkhandlingen skapar kategoriseringar inom den

sociala ordning som vårdmötet är, skapar också interaktionen ansikte mot ansikte kategoriseringar av den andra parten, medvetna såväl som omedvetna. ”Det Egna” speglas på detta sätt genom ”Den Andra” och det blir i denna interaktion som det tillgängliga vårdmötet skapas.

Språkhandling och denna interaktion är två teoretiska ingångar till att förstå ett givet vårdmöte från ett kulturellt mikroperspektiv som problematiserar hur professionella skapar vägar och överbryggar trösklar till en tillgänglig hälsoservice. Det är också ett perspektiv som i förlängningen möjliggör en förståelse av de värdeskapande processer som genererar denna hälsoservice, och som blir till i de många vårdmöten som sker i hälso- och sjukvårdens vardag (Nordgren & Åhgren, 2013). Vi vill argumentera för att vårdmötet ska betraktas som en viktig del av hur hälsoservice skapas.

Att möta patienten och familjen

Vi ska fortsätta att utveckla perspektivet att vårdmötet i hög grad handlar om hur sjukvårdspersonalen möter patienten eller, som i vårt exempel, hela familjen. Teoretiskt utgår diskussionen även fortsättningsvis från resonemanget om ”Den Andre” som introducerats ovan, men här intresserar vi oss specifikt för den professionellas förmåga att förstå och förhålla sig till de upplevelser och erfarenheter som patienten presenterar och vill ha hjälp med. Vi ska återvända till samma vårdmöte som beskrivits ovan, men nu rikta fokus mot den rädsla som föräldrarna gav uttryck för inför ansvaret för sonens behandling; att de ville känna kontroll över sonens diabetes innan han började på dagis och ansvaret överläts till förskolepersonalen. En liknande rädsla uttrycks även senare under mötet, men då i relation till svårigheten att som förälder känna kontroll över barnets blodsockernivå under nattens sömn. Detta är en rädsla som vi sett återkommande exempel på i de vårdmöten vi observerat, men där svaret från sjukvårdspersonalens

sida ofta är det samma: med dagens läkemedel behöver man inte vara orolig under natten eftersom blodsockernivåerna vid god medicinering håller sig på en jämn nivå (Nilsson & Hansson, 2016). Men som vi ska se i exemplet nedan kan det vara svårt för föräldrar att acceptera detta när ens barn nyligen diagnostiserats.

Pappan berättar att föräldrarna börjat experimentera med insulindoseringen, enligt läkarens tidigare instruktioner. ”Vi har vågat prova utanför ramarna. En kväll höjde vi dosen”, säger han. Läkaren berömmar föräldrarna för detta, men när pappan fortsätter berätta framgår det att ändringen varit en engångsföreteelse. Föräldrarna vågade trots allt inte lita på att de gjorde rätt, utan kommande nätter återgick de till de insulindoser som provats ut på sjukhuset. När läkaren får höra detta vänder hon sig mot föräldrarna och berömmar dem återigen för tillfället när de vågat experimentera ”Ni har teorin nu, prova er fram!” uppmanar hon.

Lite senare under mötet framkommer det att nätterna är jobbiga för föräldrarna, speciellt för mamman som oroar sig över pojkens blodvärde när han sover. När detta kommer på tal väljer pappan att berätta om en specifik natt när mamman inte kunnat sova alls utan istället kontrollerat pojkens blodvärde en gång i timmen. ”Den natten sov du inte”, säger han, riktad till mamman. ”Nej, jag var uppe en gång i timmen och kollade”, bekräftar mamman. Läkaren bemöter pappans berättelse med att förklara hur det långtidsverkande insulinet som används på natten fungerar, något både hon och sköterskan redan tidigare har förklarat för föräldrarna. Läkaren poängterar nu extra noggrant att på det sätt som det långtidsverkande insulinet verkar behöver föräldrarna inte kontrollera pojkens blodvärde en gång i timmen. Båda föräldrarna verkar nöjda med detta svar och läkaren övergår is-

tället till att diskutera hur många enheter av läkemedlet de ska ge pojken på kvällen.

I denna situation genereras tillgängligheten i vårdmötet genom att läkaren ger föräldrarna information som är tänkt att möjliggöra en god hälsoservice. När läkaren berättar hur föräldrarna ska förhålla sig till blodvärdena innebär det ett bemötande som handlar mer om hur behandlingen fungerar och mindre om föräldrarnas känslor, vilket från ett organisationsperspektiv kan beskrivas som en värdeskapande process som genererar en specifik form av sjukvårdsservice. I en tidigare studie har vi skilt mellan vad som kan benämnas instrumentella respektive moraliska berättelser vid vårdmöten, där det förra begreppet avser de berättelser som inriktar sig på behandlingens olika moment och det senare de berättelser som fokuserar på vilken hälsa patienten bör eftersträva (Hansson, 2007; Lindh, 2015). Läkaren tar i exemplet ovan utgångspunkt i den instrumentella berättelsen om hur diabetesen konkret ska behandlas i vardagen.

Men läkaren kommer inte långt i sin redogörelse, då tjänstetelefonen ringer. Läkaren besvarar samtalet och säger kort att hon har en patient. När hon lagt på behöver hon emellertid göra en anteckning och ber därför föräldrarna att tänka på någon fråga medan de väntar. När läkaren är klar återgår hon inte till sin redogörelse för hur behandlingen av diabetes bör ske, utan återknyter till de olika känslor som föräldrarna uttryckt under mötet. Läkaren riktar sig nu främst till mamman, som ser tagen och gråtfärdig ut av diskussionen, och säger: ”Jag förstår din känsla, även om det inte är jag som sitter där med mina barn. Du måste sova för att inte bli utsliten”. Läkaren avslutar sedan ämnet genom att säga att ”Ni får prata om det”. Därefter övergår hon till ett annat tema som berör vården av barnet. Vi kommer i nästa avsnitt att diskutera de trösklar för tillgänglighet som detta exempel synliggör.

Hinder för tillgänglighet

I exemplet ovan framträder olika trösklar för möjligheten att främja tillgänglighet. En uppenbar tröskel är telefonsamtalet som avbryter dialogen, vilket vi ska återkomma till längre fram. Först vill vi emellertid diskutera en annan tröskel, nämligen den oro som mamman känner och som leder till att föräldrarna inte agerar på ett sätt som läkaren önskar, närmare bestämt tar eget ansvar för att experimentera med dosen långtidsverkande insulin. Från läkarens perspektiv står denna oro i vägen för föräldrarnas möjlighet att vårda barnet på ett fullgott sett. För att erbjuda en god hälsoservice är det därför centralt att läkaren bemöter denna oro och vägleder mamman i hur hon kan överbygga den. Under mötet gör läkaren detta på olika sätt, t.ex. genom att vända sig mot föräldrarna och möta dem ansikte mot ansikte; att hon ser mammans förtvivlan. Inte minst blir det tydligt när hon poängterar att hon själv har barn och att hon förmodligen skulle ha haft samma känslor om det var hennes son eller dotter som sovit där i sängen: "Jag förstår din känsla, även om det inte är jag som sitter där med mina barn". Även det faktum att hon poängterar att det är viktigt att mamman är utvilad för att kunna ta hand om sonens diabetes, kan ses som ett exempel på att hon ser mamman och tar hennes känslor på allvar. Förutom att möta föräldrarna ansikte mot ansikte utför hon ett antal språkhandlingar som riktar in sig på hur föräldrarna på ett konkret sätt ska sköta medicineringen. Ett sådant exempel är när läkaren förklarar hur det långtidsverkande insulinet fungerar på kvällen och natten – en instrumentell berättelse som är tänkt att på ett handfast sätt vägleda föräldrarna i deras vård av barnet.

Ett konkret hinder för tillgänglighet som nämnts ovan är när läkarens telefon ringer och hon måste svara. Härigenom avbyts den pågående dialogen mellan henne och föräldrarna på ett abrupt sätt och även om telefonsamtalet inte varar mer än några sekunder, verkar det vara tillräckligt för att läkaren, när samtalet återupptas, delvis har

ändrat fokus. Det är tänkbart att hon under det korta avbrottet insåg att det var kvinnans oro som behövde fokuseras och inte behandlingen, och att hon därför medvetet ändrade inriktning på samtalet, men det kan likväl tänkas att telefonsamtalet distraherade henne så att hon glömde bort vad det var hon ville förmedla till föräldrarna vad gäller barnets behandling. Liknande hinder som inträffar under våra observationer är när annan personal kommer in i rummen för att fråga läkaren något och därmed stör samtalet. Även vid dessa tillfällen avbryts konversationen och när den tas upp på nytt kan det vara svårt att hitta tillbaka till det ämne man pratade om.

Ett annat konkret hinder som ofta återkommer i dessa vårdmöten är teknik som inte omedelbart fungerar så som läkaren eller sjuksköterskan tänkt sig. Istället för att få upp patientens värden på datorns skärm, starta en apparat eller avläsa ett testresultat, flyttas den professionellas fokus från familjen till apparaten. När till exempel en blodsockermätare inte gör som läkaren önskar i en av våra observationer måste hon kalla på en tekniskt kunnig sjuksköterska som då kommer in i rummet och under en stund hjälper till för att få mätarens resultat överförda till datorn. Istället för att det skapas tillgänglighet mellan läkaren och familjen, så uppslukas de professionella under denna stund helt av teknologin.

Men också barnen, som egentligen är anledningen till att föräldrarna sitter i ett vårdmöte, kan skapa hinder genom att de vill ha uppmärksamhet eller är allt för stimmiga. I det vårdmöte som beskrivs ovan finns en sådan sekvens när pojken och hans äldre syster inte längre nöjer sig med att sitta vid fönstret och titta ut:

Istället har de två börjat busa med varandra i patientsängen. Föräldrarna har som en konsekvens av detta svårt att koncentrera sig på vad som sägs i mötet med läkaren, och mamman vänder sig om och säger till dem i vänlig ton: "Nu slutar ni bråka!". Pojken blir ledsen och menar att systemen har tagit hans plats i sängen.

Mamman vänder sig till dottern och säger att brodern också får plats i sängen. Även läkaren försöker hjälpa till så att föräldrarna ska kunna koncentrera sig och vänder sig till pojken och säger till honom att hon ska visa ett datorspel. Pojken visar dock inget tecken på att vilja prata med läkaren, varför samtalet mellan de vuxna fortsätter. En stund senare blir barnen återigen stimmiga. Denna gång är det pappan som säger till dem att lugna sig.

Föräldrarnas växlan mellan att försöka fokusera på det läkaren säger och att hålla koll på barnen fortsätter under hela mötet och kan därför betraktas som något som försvårar för deras möjlighet att vara aktiva i samtalet. I vårdmötet finns det en mängd liknande konkreta hinder som på olika sätt försvårar tillgängligheten till hälsoservice. Att synliggöra dessa hinder på en kulturell mikronivå som vårdmötet utgör, är viktigt för att möjliggöra nödvändiga förändringar.²

Avslutning

Vårdmötet som beskrivits ovan börjar närma sig sitt slut. Läkaren tar fram sin almanacka för att boka en ny tid och efter en stund lyckas parterna enas om ett datum. När familjen packar ihop för att åka hem går läkaren vidare till ett annat möte på sjukhuset. Så har ett av många

² Utgångspunkten i detta kapitel har varit att lyfta fram ett exempel på en läkare som anstränger sig för att möta familjen och deras son, och diskussionen ovan har poängterat några centrala perspektiv för att förstå hur tillgängligheten skapas i vårdmötet. Samtidigt finns det vårdmöten där den professionella inte har kunskapen eller viljan att skapa ett sådant möte eller där patienten försvårar ett sådant möte. I detta kapitel lämnas dessa komplexa vårdmöten utanför och istället hänvisas läsaren till våra tidigare böcker (Fioretos, 2009; Fioretos, Hansson & Nilsson, 2013).

vårdmöten avslutats. Familjen går hem för att med hjälp av det samtal som utspelats under dagens möte ge sonen en god vård i hemmet. Vårdmötet, menar vi, kan därmed betraktas som en hälsoskapande situation som syftar till att familjen ska bli bättre på att använda sig av de resurser som leder till god hälsa. Det kan handla om förmågan att på egen hand justera mängden insulin i förhållande till vad pojken ätit eller hur han har rört sig under dagen. Det kan handla om kunskap om hur olika kost påverkar pojkens diabetes, liksom om motionens fördelar. Det kan också handla om trygghet att våga lita på läkemedlet under natten istället för att vara vaken av oro. Därmed kan ett vårdmöte också betraktas som en hälsoskapande situation för föräldrarna, inte bara barnet. Läkarens råd i vårdmötet gör det möjligt för mamman och pappan att sova på natten och därigenom återhämta sig och på sikt skapa god hälsa också för sig själv.

Det finns dimensioner av vården som vi uteslutit i det här kapitlet men som är centrala för möjligheten att skapa tillgänglighet. En sådan dimension är hur tillgängligheten till hälsoservice främjas på en organisationsnivå. Inte minst handlar detta om tillgänglighet till professionella som är kompetenta inom området barndiabetes liksom tillgänglighet till de läkemedel och andra tekniska hjälpmedel som barnet behöver. Vad vi vill argumentera för är att hälsoservice måste förstås utifrån hur den görs tillgänglig av de professionella i sin relation till patienterna och deras familjer genom en given praktik i själva vårdmötet.

Referenser

- Butler, J. (1990). *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. New York & London: Routledge.
- Butler, J. (1993). *Bodies That Matter. On the discursive limits of "sex"*. New York & London: Routledge.
- Butler, J. (1997). *Excitable Speech. A Politics of the Performative*. New York & London: Routledge.
- Fioretos, I. (2009). *Möten med motstånd. Kultur, klass, kropp på vårdcentralen*. Doktorsavhandling. Lund: Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet.
- Fioretos, I., Hansson, K. & Nilsson, G. (2013). *Vårdmöten. Kulturanalytiska perspektiv på möten inom vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Goffman, E. (1991). *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Hansson, K. (2007). *I ett andetag. En kulturanalys av astma som begränsning och möjlighet*. Doktorsavhandling. Stockholm: Critical Ethnography Press.
- Hornscheidt, L. & Landqvist, M. (2014). *Språk och diskriminering*. Lund: Studentlitteratur.
- Landqvist, M. (2015). Vad är språklig diskriminering? En analytisk prövning av några pejoriserings teorier. I M. Landqvist (red.). *Från social kategorisering till diskriminering. Fyra studier av språk och diskriminering och ett modellförslag*. Huddinge: Södertörns högskola.
- Levinas, E. (2003). *Humanism of the Other*. University of Illinois Press. Urbana & Chicago.
- Levinson, S. (2000). *Presumptive Meanings*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Lindh, K. (2015). *Breathing life into a standard. The configuration of resuscitation in practices of informing*. Doktorsavhandling. Lund: Lund Studies in Arts and Cultural Sciences 6.
- Mol, A. (2011). *Omsorgens logik. Aktiva patienter och valfrihetens gränser*. Lund: Arkiv Förlag.
- Nilsson, G. & Hansson, K. (2016). Berättade fantasier om förr, nu och i framtiden i vården av barn med diabetes. *Socialmedicinsk tidskrift*, 93(3), 261–270.
- Nordgren, L. & Åhgren, B. (2013). The value creation-concept in hospitals. Health values from the patients' perspective. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 3(2), 105–116

- Loodin, H. & Nordgren, L. (2014). Inledning. I H. Loodin & L. Nordgren (red.) *Health Management. Att leda hälsoverksamheter med service i fokus*. Stockholm: Sanoma Utbildning.
- Skott, C. (2013). Etnografins uppdrag i vård och drama. I C. Skott, L. Dellenborg, M. Lepp & K. Nässén (red.). *Människan i vården. Etnografi, vård och drama*. Stockholm: Carlsson.
- Sparud Lundin, C. (2008). *Living with diabetes during transition to adult life – Relationships, support of self-management, diabetes control and diabetes care*. Doktorsavhandling. Göteborg: Inst of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy.
- Thompson, J. B. (2001). *Medierna och moderniteten*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.