

**Äldre patienters, närståendes och läkares erfarenheter av
mötet dem emellan**
En studie inom sjukhusvård med ett sociokulturellt perspektiv

Sandra Pennbrant

Göteborg 2009

COPYRIGHT © Sandra Pennbrant
ISBN: 978-91-628-7848-1

Printed in Sweden by Intellecta Infolog AB, Västra Frölunda 2009

*Till mina barn:
Rickard och Arvid*

ABSTRACT

The aim of this study was to describe elderly patients' and relatives' experience of the meeting with the doctor in a hospital setting, and to describe doctors' experience of meeting patients in a hospital setting.

Complaints to the Swedish Medical Responsibility Board and several government studies show that the health and hospital care services are criticised for their treatment of elderly patients, especially as concerns information about health and medical treatment. Previous research on the meeting between elderly patient, relative and doctor shows that there are shortcomings as regards information and communication, that relatives are uncertain about whom they can get information and support from, and that they are unsure about their role relative to the elderly relative patient and the health and hospital care.

The dissertation's sociocultural perspective was used to explain how the meeting between elderly patient, relative and doctor in a hospital setting takes form. A qualitative approach was used with interviews for data gathering. Twenty elderly patients (>65 years) and 20 relatives were interviewed about experiences from the meeting with the doctor in hospital. In addition, secondary analysis was performed on 18 interviews with doctors. Manifest and latent content analysis was performed and the results were analysed using sociocultural theory.

The result shows that elderly patients' and doctors' perceptions of the meeting are influenced by their demeanour, that collaboration affects the exchange of knowledge, and that power relationships affect the possibility to assume responsibility. Relatives can feel ignored, accepted or dominated. Shortcomings in the hospital care routines also have an effect. The doctor's self-awareness and his or her ability to create a dialogue affect the relationship with the patient. From a sociocultural perspective the core of the meeting is *dialogue*. The nature and shape of the conversation is influenced by *power* and *interaction*. Power, interaction and the form and nature of the conversation are of importance for the ability of all parties to *create meaning* in the meeting.

The main conclusion of the study is that the doctor's position of power makes it difficult for the elderly patient to participate in the meeting. The discrepancy between doctors' intention to individually communicate and dialogue with the elderly patient, and the critical view of patients and relatives as regards doctors' demeanour indicate that doctors' intentions are not achieved in everyday hospital care, despite the fact that 25 years have passed since the new Swedish Health and Medical Services Act was passed. Elderly patients are probably not given sufficient opportunity to participate in the meeting with the doctor.

Key words: Elderly patient, doctor, relatives, experience of meeting, communication, health and hospital care

Förord

Efter en lång resa på öppet hav och okänt vatten har jag nu äntligen seglat i hamn. Under resans gång har det funnits stunder där medvind har gett mig styrfart och tagit mig långt. Andra stunder har det varit motvind där behov av hjälp i navigeringen har behövts. Det har även funnits stunder då det har varit kav lugnt och jag har under dessa stunder haft tid att fundera och tänka över mina val. På min färd har olika personer hjälpt mig att navigera. Jag vill till er framföra ett uppriktigt tack.

Först av allt vill jag tacka framlidna Ullabeth Sätterlund Larsson min examinerare till min c-uppsats som uppmuntrade mig att söka in till forskarutbildningen. Ullabeth blev sedermera min huvudhandledare. Jag kommer ihåg energin, glädjen och utstrålningen och hennes alltid så positiv och uppmuntrande förhållningssätt då vi hade handledning. Ullabeth önskade mig lycka till med avhandlingsarbetet och hennes önskan var att jag skulle fullfölja mina forskarstudier. Nu har denna önskan gått i uppfyllelse och jag hade hoppats att Ullabeth varit här.

Till Ewa Pilhammar Andersson vill jag rikta ett stort tack. Du tog dig an mig och blev min huvudhandledare. Du har gett mig många konstruktiva råd om hur jag skulle lägga upp avhandlingsarbetet. Jag tackar dig för din skarpa blick, kompetens och dina kommentarer. Vid våra möten har du alltid varit positiv vilket jag har uppskattat.

Kerstin Nilsson har funnits med på hela min färd. Från att vara min handledare för min c-uppsats till att vara bihandledare och slutligen huvudhandledare för mitt avhandlingsarbete. Kerstin, vilken resa vi har gjort! När jag ser tillbaka på alla dessa år som vi har arbetat tillsammans på olika sätt och olika intensivt är jag förundrad. Du har gett mig så mycket kraft och energi under stunder då det har känts tungt. Jag tackar dig för ditt otroliga tålamod med att läsa texter, justera och kommentera. Din hjälp och dina råd har varit ovärderliga.

Jag vill även rikta ett tack till flera personer som har granskat och gett konstruktiv kritik på avhandlingsarbetet under resans gång. Till Hans Rydstedt som gjorde en noggrann och trevlig genomgång vid mitt mittseminarium. Likaså vill jag tacka Carina Furåker och Ewa Pilhammar Andersson för era synpunkter i samband med mitt mittseminarium. Till Joakim Öhlén, Carina Furåker och Margret Lepp vill jag rikta ett stort tack för era värdefulla synpunkter och för er konstruktiva diskussion vid mitt slutseminarium.

Tack alla doktorandkollegor för intressanta diskussioner. Jag vill även rikta ett tack till alla kollegor och lärare inom vårpedagogik som har visat intresse och gett stöd i mitt avhandlingsarbete. Ett särskilt tack vill jag rikta till doktorand Anita Lindahl då vi tillsammans kämpade med forskarkurser och gav varandra stöd. Likaså för våra trevliga samtal om allt från forskning till livets alla vardagliga händelser. Doktorand Maria Skyvell Nilsson vill jag tacka för ditt godhjärtliga sätt både som samtalspartner och som kollega. Att ha fått möjlighet att ta del av er vänskap och kunskap har varit mycket givande.

Tack primärområdeschef, vårdenhetschefer samt samordnare som gav era godkännanden till att genomföra studien. Tack även till distriktssköterskor och sjuksköterskor i hemsjukvården som med positiv inställning och välvilja, trots tung arbetsbörda, bidrog till att jag fick kontakt med äldre patienter och närstående. Ett stort tack till alla äldre patienter och närstående för att ni, trots besvärliga situationer i livet, lät mig få ta del av era erfarenheter. Utan er hade denna studie inte varit möjlig.

Att gå en forskarutbildning medför att ekonomin påverkas. Jag riktar därför ett tack till Institutionen för vårdvetenskap och hälsa för finansiering av doktorandanställning. Jag vill även rikta ett tack till Kamratföreningen Sahlgrensringen för ekonomiska bidrag. Utan er hjälp hade det varit svårt att färdas mot rätt riktning. Jag vill även rikta ett tack till Eva Thydén som har hjälpt mig med layouten till avhandlingen.

Nu när båten är i hamn vill jag tacka min allra viktigaste besättning, min man Patrick och mina barn Rickard och Arvid, som har sett till att skapa många trevliga stunder utanför avhandlingsarbetet och tillfört energi och glada skratt på färden. Tack för att ni finns. Särskilt vill jag tacka Patrick för att du har läst, gett kloka synpunkter och översatt abstrakt och summary till engelska.

Paris sommaren 2009
Sandra Pennbrant

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
Avhandlingens disposition	3
2 Bakgrund	5
Juridisk inramning för mötet mellan den äldre patienten, närstående och läkaren	5
Mötet – en plats för interaktion mellan den äldre patienten – närstående – läkaren	6
Hälso- och sjukvård till äldre patienter	7
Den äldre patientens möte med läkaren i vården	9
Närstående som resurs för äldre patient i vården	10
Läkaren i vården	12
3 Tidigare forskning	15
Möjligheter i mötet mellan äldre patient och läkare	17
Hinder i mötet mellan äldre patient och läkare	19
Läkarens förhållningssätt i mötet med äldre patient	20
Närståendes roll i mötet mellan äldre patient och läkare	22
Sammanfattning	24
4 Problemformulering och syfte	27
5 Teoretiskt perspektiv	29
Sociokulturellt perspektiv	29
Sammanfattning	40

6 Metod	43
Kvalitativ ansats	43
Genomförande	46
Etik	54
Analys och tolkning	55
Trovärdighet och tillförlitlighet	59
7 Resultat	63
Äldre patienters erfarenhet av mötet med läkare	64
Förhållningssätt påverkar uppfattning av mötet	64
Samspel påverkar kunskapsutbytet	71
Maktförhållanden påverkar möjlighet till eget ansvar	75
Närståendes erfarenhet av mötet med läkare	79
Mötet med läkaren väcker positiva och negativa känslor hos närstående	79
Närståendes erfarenheter påverkar medverkan	87
Brister i vården förstärker närståendes osäkerhet	90
Läkarnas erfarenhet av mötet med patienter	93
Självisikt påverkar patientrelationen	94
Dialog påverkar informationsutbytet	99
Sociokulturell analys och tolkning av erfarenheterna av mötet	105
Samtal	106
Makt	110
Interaktion	114
Meningsskapande	117
8 Diskussion	121
Ideal kontra kritisk syn på mötet	121
Informationsöverföring eller dialog i mötet	126
Medverkan och självbestämmande i mötet	129
Över- och underordning i mötet	131
Möjliggörande respektive hindrande förutsättningar för mötet	133
Sammanfattande slutord	136

Förslag till framtida forskning	137
9 Summary	139
Background and previous research	139
Aim	141
Theoretical frame	141
Method	144
Results	145
Discussion	152
Referenser	159
Tabellbilaga	185
Bilagor	187

1 Inledning

Inom hälso- och sjukvård i Sverige, liksom övriga europeiska länder, sker dagligen och i stor omfattning möten om diagnos och behandling som grund för ställningstagande och beslut (European Observatory on Demography and the Social Situation – Demography Network, 2008; Socialstyrelsen, 2003a; 2008). I dessa möten mellan patient och läkare har faktorer som respekt, empati och samarbete betydelse för att en god relation ska kunna utvecklas (Sätterlund Larsson, 1989; Bárány & Strandvik, 1995; Cox, 1999; Fuller, 2004). Pilhammar Andersson (2007) menar att det finns ett behov av bland annat information och rådgivning för att patienten ska få möjlighet att vara delaktig i sin vård och behandling. Utan kunskap om sin sjukdom, behandling och vård finns enligt Ottosson (1999) risk att patienten hamnar i en underordnad ställning i mötet med läkaren och vården. Förutom patientens brist på kunskap om vård och behandling kan patientens och läkarens olika kännedom om vårdens genomförande ha betydelse för att känslan av underordning kan finnas. Därför anser Ottosson (1999) att patientens behov av klar och tydlig information är grundläggande för patientens fysiska och psykiska tillfrisknande. I Sverige är patientens rätt till inflytande över vård och behandling inskriven i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 1982:763 uppdaterad 2009:430). I denna lag ligger betoningen på läkarens förmåga att möjliggöra patientens rätt till information och val av behandling.

I Sverige, liksom i övriga Europa, pågår en befolkningsförändring där andelen äldre personer ökar (Saltman, Figureras & Sakellarides, 1998; European Observatory on Demography and the Social Situation – Demography Network, 2008). I Sverige har speciellt de allra äldsta (85 år och äldre) ökat, vilket inneburit att de äldres konsumtion av vård ökat (Sveriges kommuner och landsting, 2007). Denna förändring har medfört problem vad gäller att tillgodose äldre patienters vårdbehov, vilket i sin tur har ökat kraven på närstående att ge stöd och vård vid sjukdom (World Health Organisation, WHO, 1998; Socialstyrelsen, 2007).

Den närståendes ansvar har således ökat de senaste åren och förväntas öka än mer i framtiden på grund av att de flesta patienter sannolikt kommer att vårdas än kortare tid på sjukhus. Kraven på närstående har inneburit att kommunerna ökat sitt stöd till dem. Nästan var fjärde person över 55 år, vilket motsvarar drygt 650 000 personer, hjälper äldre, sjuka och funktionshindrade närstående. Utifrån dessa siffror blir det tydligt att de närstående är många. De kan samtidigt befinna sig i mycket olika situationer och faser i livet. Därför skiljer sig också deras behov av stöd åt, allt från behov av allmän information och stödsamtal till olika former av avlösning (Socialstyrelsen, 2007).

Från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har framkommit att var sjunde anmälan handlar om brister i bemötandet av patienter (SOU 1996:133; Socialstyrelsen, 2000a; Jangland, Gunningberg & Carlsson, 2008). Det kan sättas i relation till Socialstyrelsens (2000b) statistik där det tydligt framgår att det under 1990-talet fanns ett missnöje bland befolkningen vad gällde vårdpersonalens bemötande och förhållningssätt och att även anmälningsfallen ökade kraftigt. Patienterna upplever dåligt bemötande som både oacceptabelt och kränkande (Croona, 2003). I internationella studier framkommer liknande missnöje och brister i hälso- och sjukvården (Pichert et al, 1998; Davis, 2005; Wilby, 2005; Hallowell, 2008; Rogers, Karlsen & Addington-Hall, 2008).

Dagens kortare vårdtider inom den svenska slutna vården understryker värdet av studier där fokus ligger på mötet mellan patient, närstående och läkare (Johanson & Sätterlund Larsson, 1999; Olin Lauritzen, 2000; Socialstyrelsen, 2008). Hur de korta vårdtiderna upplevs av äldre patienter och deras närstående, samt konsekvenserna av dessa, är dåligt känt.

Fokus i denna avhandling är äldre patienters och närståendes erfarenheter av mötet med läkare på sjukhuset liksom läkares erfarenhet av att möta patienter på sjukhus. Studier av dessa erfarenheter kan ge ett vidgat perspektiv på förväntningar och krav på möten mellan äldre patient, närstående och läkare. Denna ökade kunskap om villkor och förhållanden som underlättar respektive försvårar mötet mellan äldre patient, närstående och läkare kan vara av värde för såväl de som har ansvaret för planering och organisation, som för dem som medverkar i mötet.

Syftet med studien är att beskriva äldre patienters och närståendes erfarenhet av mötet med läkaren inom den slutna somatiska sjukhusvården. Därtill syftar studien till att beskriva läkares erfarenhet av att möta patienter på sjukhus inom den somatiska vården.

Avhandlingens disposition

Avhandlingen har följande disposition:

I kapitel 2 beskrivs kortfattat hälso- och sjukvårdslagen samt sjukvårdens organisation. Därefter ges en beskrivning av mötet och den äldre patienten samt hälso- och sjukvård till äldre patienter. Slutligen beskrivs mötet mellan den äldre patienten och läkaren, närståendes roll i relation till den äldre patienten samt läkarens roll i sjukvården.

I kapitel 3 redovisas nationell och internationell tidigare forskning om erfarenheter av mötet mellan äldre patient, närstående och läkare från olika perspektiv och kontext. Därtill redovisas forskning specifikt om mötet mellan äldre patient, närstående och läkare inom slutna somatiska sjukhusvård vid medicinska och geriatriska vårdavdelningar.

I kapitel 4 beskrivs problemområdet och studiens syfte.

I kapitel 5 presenteras den teoretiska utgångspunkten; det sociokulturella perspektivet.

I kapitel 6 redogörs för studiens metod; ansats, undersökningsgrupper, genomförande, etiska ställningstagande, analys av data samt trovärdighet och tillförlitlighet.

I kapitel 7 redovisas resultatet utifrån de tre perspektiven; äldre patient, närstående och läkare samt resultat av den sociokulturella analysen.

I kapitel 8 diskuteras resultatet.

2 Bakgrund

Avsikten med detta kapitel är att belysa hälso- och sjukvårdens organisation med utgångspunkt från den äldre patientens, närståendes och läkarens perspektiv. En översiktlig bild av hälso- och sjukvårdslagens utgångspunkt och förändring över tid ges. Det åtföljs av en problematisering av begreppet mötet. Därefter följer en redovisning av hälso- och sjukvård till äldre patienter. En närmare redovisning görs av den äldre patientens möte med läkaren, närstående som resurs till den äldre patienten och av läkaren i vården.

Juridisk inramning för mötet mellan den äldre patienten, närstående och läkaren

Den svenska hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 1982:763) är en ramlag och har ändrat perspektiv över tid. Utgångspunkten för sjukvårdslagstiftningen före år 1982 var ”personalens skyldigheter” och kravet på att bota sjukdom betonades (SOU 1997:154 Patientens rätt; SFS 1982:763 uppdaterad 2006:192). Under senare hälften av 1970-talet fokuserade den sjukvårdspolitiska debatten på patienternas situation. Vid den tiden ansågs patientens möjligheter små för att kunna påverka sin vård och behandling. Därför var behovet att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården angelägen. Den vårdsökande skulle ha möjlighet att ”träffa samma läkare och vårdpersonal” för att få kontinuitet i behandlingen och komma ifrån att behöva upprepa sin sjukdomshistoria. Dessa diskussioner fanns med vid utformandet av den nya hälso- och sjukvårdslagen (SOU 1997:154).

År 1983 trädde HSL (SFS 1982:763 uppdaterad 2009:430) i kraft och där betonades patientens rätt till medinflytande i vården. Därmed försköts fokus inom hälso- och sjukvård från ”personalens skyldigheter” till ”patientens rättigheter” (SOU 1997:154; SFS 1982:763 uppdaterad 2006:192). Enligt HSL ska vården bygga på respekten för patientens självbestämmande och integritet.

Vården ska även utformas och genomföras så långt som möjligt i samråd med patienten. Det innebär även information till patienten om dennes hälsotillstånd och tillgängliga behandlingsmetoder. Nuvarande hälso- och sjukvårdslag skiljer sig från den äldre lagstiftningen, det vill säga den före år 1982, i det att den även fokuserar patientens hälsa. Huruvida målsättningarna bakom den nya hälso- och sjukvårdslagen uppfylls i alla delar har varit tveksamt. Det framkommer i SOU:s rapport (1997:51) att det finns brister i vård och omsorg av äldre. Den största andelen klagomål gäller sjukhusvården, framförallt allmän medicin och geriatrik. Den främsta orsaken till att göra en anmälan är missnöje med behandling. Därefter kommer vanligen klagomål på bemötande, information, behovsbedömning och dokumentation.

Mötet – en plats för interaktion mellan den äldre patienten – närstående – läkaren

Som framgår av beskrivningen av hälso- och sjukvårdslagstiftningen ovan finns det ett krav på att patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling. Möjligheten att utöva deltagande sker i mötet med hälso- och sjukvårdens personal. I denna avhandling är det mötet med läkaren som är i fokus. Vad innebär då ett möte? Det kan enligt Eriksson (2003) innebära att människor träffas, talar med och agerar tillsammans, oftast i ett visst syfte. Ett möte mellan människor förutsätter någon form av interaktion och det är av betydelse vilken syn man har på varandra. Hur interaktionen i mötet blir mellan två människor styrs av våra reaktioner, erfarenheter, förväntningar och tolkningar av den specifika situationen.

Mötet utvecklas inom en kultur och är betydelsefullt för att etablera och utveckla förståelse (Zackari & Modigh, 2000). För att uppnå sådan förståelse om den gemensamma problematiken, det vill säga patientens sjukdom och diagnos, använder läkaren och patienten kunskaper om och upplevelser av tidigare möten utifrån en rad kulturella och sociala förväntningar (Sachs & Evengård, 2000).

För att läkaren ska kunna förstå patientens problematik behövs ett konstruktivt möte. Med det menas ett möte som kännetecknas av ömsesidig respekt och samarbete mellan patient och läkare. Detta innebär att kvaliteten kan förbättras på behandling samt att diskussionen mellan patient och läkare kan bli bättre (McGuire, McCullough, Weller & Whitney, 2005). Därmed kan mötet bidra till

att stärka patientens ställning i vården, vilket ytterst skulle kunna medföra att kvaliteten i vården säkras (Saltman, Figureras & Sakellarides, 1998; Socialstyrelsen, 2008).

Jag – Du relation är en kvalitet i mötet som skiljer sig från uppgifts- och produktivitetsscenterade synsätt där människor behandlas som objekt (McIntyre, 2003). För att läkaren ska kunna utföra sina medicinska uppgifter i mötet med patienten behöver läkaren upprätta och upprätthålla en relation. I den ingår att kunna hantera förmågan till empatisk inlevelse och empatiskt beteende (d'Elia, 1999). Denna relation handlar om att ha ett personligt förhållningssätt i mötet med patienten. Läkarens och patientens personliga hållning, flexibilitet och förmåga att kommunicera formar det unika mötet. Den personliga hållningen skapar ett tryggt professionellt möte med intresse och empati för patienten (Carlander, Eriksson, Hansson-Pourtaheri & Wikander, 2001).

Människor är olika rustade för att möta andra människor och för att hantera frustrationer och oro. Det medför att mötet mellan läkaren och patienten kanske inte blir som det är tänkt. Det medför att mötet kan bli otryggt och väcka känslor som rädsla och uppgivenhet. För att vara rustad för att klara av otrygga möten behöver läkaren kunskaper om kommunikation och goda rutiner för att kunna ta emot patientens reaktioner (Eriksson, 2003).

I litteratur om begreppet möte framkommer likheter i både betydelse och innehållet i mötet mellan patient, närstående och läkare. Oavsett vilka som deltar i mötet handlar det om att mötet inbegriper aspekter av interaktion och erfarenheter samt kulturella, sociala och institutionella aspekter. I mötet har även kommunikation en avgörande betydelse där dialog och kroppsspråk ingår. I denna avhandling avgränsas mötet mellan äldre patient, närstående och läkare till att gälla möten i den slutna somatiska sjukhusvården.

Hälso- och sjukvård till äldre patienter

Ju äldre individen blir desto större behov av sjukvård har han eller hon (Sveriges Kommuner och Landsting, 2007). Den sjukvård som den äldre patienten behöver tillgodoses i huvudsak i Sverige av den offentliga sektorn. Målen för hälso- och sjukvården bestäms genom lagar och förordningar stiftade av riksdag och regering och som i väsentliga avseenden sätter ramarna.

Landsting och kommuner har utifrån dessa ramar ansvaret att tillgodose behov och tillhandahålla god och säker sjukvård till befolkningen. Den offentliga sektorn kan varken som helhet eller i sina delar ses isolerad från den allmänna utvecklingen i samhället. Hälso- och sjukvården ingår därmed i det politiska systemet (SFS 1982:763 uppdaterad SFS 2009:430).

Under 1980- och 1990- talen har hälso- och sjukvårdens struktur i Sverige förändrats till följd bland annat av ekonomiska åtstramningar (Carlström, 2005). Ädelreformen som genomfördes 1992 utgjorde en väsentlig del av denna förändring. Strukturuomvandlingen har resulterat i att en stor del av vården nu är förlagd utanför sjukhusen. Nya vårdformer har utvecklats som till exempel den kommunala vården, vilket innebär att patienterna i större utsträckning återfinns där (Dahlgren, 1994; Socialstyrelsen, 2008). Trots den förändrade strukturen av vården ges fortfarande en stor del av vården av äldre personer på sjukhus. Vårdkonsumtionen ökar med stigande ålder och äldre har längre vårdtid än yngre. Antalet äldre ökar, inte bara i vårt samhälle men även i de flesta europeiska länder (European Observatory on Demography and the Social Situation – Demography Network, 2008).

Beräkningar visar att mellan år 1950 och år 2000 har antalet personer över 65 år ökat från 200 till 600 miljoner i världen. Det innebär att denna åldersgrupp idag omfattar 10% av världens befolkning. I Sverige var närmare 17% av befolkningen år 2000 över 65 år och andelen personer över 65 år förväntas att öka till närmare 25% fram till år 2035 (Svenska Kommunförbundet, 2000a). Gruppen äldreäldre, det vill säga 85 år och äldre, utnyttjar nästan sex gånger fler vård dagar än befolkningen i allmänhet (Sveriges Kommuner och Landsting, 2007). Äldre personer har ofta flera och sammansatta sjukdomar, vilket ofta leder till nedsatt rörlighet och prestationsförmåga. De har också behov av vård på flera vårdnivåer och i olika vårdorganisationer. Det innebär att den äldre patienten möter läkare i flera sammanhang inte minst på sjukhus (Garner & Thorslund, 2001).

Samhället och sjukvården kommer således att behöva ge vård till allt fler äldre vars sjukdomar och hälsoproblem ofta är av kronisk natur. Det är därför av stor vikt att utveckla forskning, undervisning och planering av hälso- och sjukvårdens organisation för att kunna möta framtida behov (Svenska Kommunförbundet, 2000b). Det ökade antalet äldre gör att möten mellan denna grupp av patienter och läkare på sjukhus också ökar. Som tidigare angivits är bemötande av patienter en källa till anmälningar till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. I dessa anmälningsfall framträder dock inte den äldre patienten.

Även om äldre patienter uttrycker tacksamhet och inte kritik mot vården betyder det inte att kritik inte finns. Det finns ännu inga svar på vad, hur och varför äldre patienter inte är kritiska i relation till mötet med läkaren (Anell, 1990). I denna studie är det mötet med läkaren på sjukhuset som är i fokus.

Som en följd av strukturomvandlingen har en platsreduktion inom den specialiserade somatiska sjukhusvården skett, i synnerhet inom geriatrisk vård. Det innebär att äldre patienter med kroniska och allvarliga sjukdomar ofta skrivs ut från dessa verksamheter när de kan ha omfattande och kvarstående behov av vård och omsorg, vilken i ökande utsträckning måste tillgodoses av primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården (Svenska Kommunförbundet, 2000b; Steen, 2001). Den slutna vården har inte resurser eller möjlighet att bidra till att denna grupp av patienter är färdigbehandlade och rehabiliterade i nämnvärd utsträckning. Många äldre får således allt svårare att få möjlighet till fysisk och psykisk återhämtning innan det är dags att lämna sjukhuset (Garner & Thorslund, 2001).

Äldre kvinnor och män ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande och därför behöver den människosyn, de värderingar och de förhållningssätt som ska gälla i äldreomsorgen såväl som i sjukvården tydliggöras, värderas och diskuteras (Gallagher & Seedhouse, 2002; Nordenfelt, 2003; Birrell, Thomas & Jones, 2006; Tracy & Skillings, 2007). Därmed understryks att det är värdefullt med studier där fokus är mötet i vården (Johanson & Sätterlund Larsson, 1999; Olin Lauritzen, 2000).

Den äldre patientens möte med läkaren i vården

I mötet mellan patient och läkare ska information och beslut fattas om såväl sjukdom som behandling (Socialstyrelsen, 2003b). Läkarna ska således ge patienterna tillfälle att ta en aktiv roll i sin vård och vara med och besluta om behandling. Därför behöver läkaren ge tydlig information till patienten (Faller, 2003).

En tillfredsställande, förtroendefull, öppen och tillåtande relation kan dock försvåras eftersom patienten kan uppleva utsatthet och underläge i relation till läkaren (Johnsson, 2002; Socialstyrelsen, 2008). Känslan av utsatthet och underläge i relationen kommer framförallt till uttryck då patienten har bristande kunskap om sin sjukdomssituation (Wensing & Grol, 1998; Ottosson, 1999;

Belcher, Fried, Agostini & Tinetti, 2006). Läkarens medvetande om denna ojämlikhet har betydelse för att patienten ska behandlas på ett sätt som inger förtroende och gör patienten positivt inställd till vården (Johnsson, 2002; Socialstyrelsen, 2008).

Om informationen i mötet mellan patient och läkare individanpassas, det vill säga att den utgår ifrån patientens hälsa och kunskapsnivå, har patienten större möjlighet att välja bland tillgängliga vårdalternativ och behandlingsformer (Sätterlund Larsson, 1989; 1991; Kraetschmer, Sharpe, Urowitz & Deber, 2004; Clark, Hudak, Hawker, Coyte, Mahomed, Kreder & Wright, 2004). Patientens valmöjligheter är särskilt angelägna för de patienter som har kroniska sjukdomar och hälsoproblem. Överenskommelsen mellan läkare och patient borgar för att patienten fått tillräcklig information och därmed också rimliga förväntningar på behandlingens effekter. Det kan också bidra till att tydliggöra patientens roll och ansvar i sin vård och behandling (Eldh, 2006; Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006; Socialstyrelsen, 2008).

För patienter som engagerar sig i sin situation är möjligheten att tillfriskna eller få ökad livskvalitet trots bestående sjukdom större (Temaserie Vård och omsorg, 2007). Patienten kan lättare ta ställning till de åtgärder som föreslås när adekvat information lämnats. Patientens upplevelse av personlig kontakt, bemötande och förståelse blir mest påtaglig i själva mötet då bedömning görs eller behandling diskuteras (Johnsson, 2002). Hur mötet mellan patient och läkare gestaltas har således betydelse inte bara för patienten utan också för vårdorganisationen och samhället.

Närstående som resurs för äldre patient i vården

För att patienten ska kunna hantera sin sjukdom och behandling både på sjukhuset och i hemmet har han eller hon ofta behov av stöd från närstående. Begreppen anhörig och närstående används ibland synonymt och ibland med olika betydelser. Anhörig ges i Svenska Akademiens ordbok betydelsen ”släkting, anförvant på ett annat sätt hörande till ngn. ngt, som betraktas såsom hufvudperson i hufvudsak” eller som ”tillhörig om person; blodsband, släktskap förenad med (ngn), hörande till släkten, närskyld”. Närstående ges betydelsen den som ”i ett eller annat avseende står någon eller något nära, intimt hör samman med någon eller något, närbesläktad, om person: som är nära anförvant eller vän till någon” (Svenska Akademiens Ordbok, sökdatum

2009-02-07). Idag används närstående mer frekvent både inom forskning och samhällspolitiska diskussioner, i vilka det har blivit ett vedertaget begrepp. I denna avhandling används därför benämningen närstående och ges betydelsen en person som kan vara till exempel en släkting, granne eller vän, som patienten har valt ut och bedömer sig ha en nära relation till.

Närstående är en viktig tillgång och resurs för patienten (Paul, Hendry & Cabrelli, 2004); framförallt äldre patienter (Hertzberg, Ekman & Axelsson, 2003). Att vara vårdande närstående kan innebära en tung arbetsbörda särskilt när det egna livet förändras. Den närstående kan känna sig överbelastad och rädd. En känsla av maktlöshet, skuld och utanförskap kan utgöra ett problem som är svårt att hantera för både patient och närstående. När närstående behöver tillhandahålla vård, kanske till och med mer avancerad vård, under lång tid som vid långt framskriden demenssjukdom och allmän ålderssvaghet kan påfrestningarna på honom eller henne bli mycket stora (Levenstein, McCracken, McWhinney, Stewart & Brown, 1986; Mossberg-Sand, 2000; Nordberg, 2007). Det medför att närstående kan behöva utveckla ett samspel och en tillitsfull relation med vårdpersonal, till exempel läkare, för att få stöd med att vårda den äldre patienten vilket Andershed och Ternstedt (2001) beskriver som ”involvering i ljus”. De skriver att ”involvering i ljus” karaktäriseras av en tillitsfull relation.

I en kartläggning av patientvårdens omfattning och närståendes behov av stöd framkom att ungefär var tionde närstående ville ha avlastningsplats, det vill säga en plats i särskild boendeform, för patienten (Karlsson, 2001). Mörkertalet är konstaterat stort och delar av den vård som närstående utför är ännu okänd (Karlsson, 2001; Socialstyrelsen, 2003b). Den stora andelen närstående som önskar avlastningsplats ger ytterligare bevis för att arbetsbördan som vilar på den närstående kan vara mycket stor.

Den omsorg som familj och andra närstående bistår med har sannolikt ökat i betydelse i takt med att äldreomsorgen minskat, vilket skett under de senaste 10 åren (Karlsson, 2001; Sundström, Johansson & Hassing, 2002; Olsson, Svedberg & Jeppsson Grassman, 2005; Nordberg, 2007). Att kommunal äldreomsorg minskat beror på neddragningar av resurser till offentlig verksamhet (Johansson, Sätterlund Larsson, Säljö & Svärdsudd, 1998; Olsson, Svedberg & Jeppsson Grassman, 2005).

Närstående har en avgörande roll när det gäller att beskriva och bedöma den sjukes situation. Deras samspel med patienten har betydelse för patientens förmåga att hantera situationen. För att läkarens bemötande och förhållningssätt ska motsvara närståendes förväntningar behöver närståendes synpunkter och erfarenheter komma fram och beaktas (Schilling et al, 2002; Schweitzer et al, 2005). Om det finns en diskrepans mellan föreställningarna och det genomförda mötet kan missförstånd och tvetydigheter lätt uppstå (Sätterlund Larsson, 1991; Levine & Zuckermann, 1999; Walker & Dewars, 2001).

Enligt samhälleliga uppfattningar borde äldre patienter och närstående bli behandlade så att deras rätt till integritet, säkerhet och värdighet upprätthålls (SOU 1997:170; Regeringens proposition, 2005/2006; SFS 1982:763 uppdaterad 2007:403). Trots det finns det brister i hälso- och sjukvårdens organisation. De gäller information, dialog och samarbete med patienter och deras närstående (Bolund, 1999; Delvaux et al, 2005). Hur närstående erfar mötet med läkaren i samband med att patienten vårdas på sjukhus kan ha betydelse för hur de kan vara en resurs för patienten.

Läkaren i vården

Patienter och närstående möter olika personalgrupper inom vården där mötet med läkaren har en central funktion. Hälso- och sjukvården är en del av samhället och dess värderingar. Därför påverkas patient – läkarrelationen av idé- och kunskapsströmningar i samhället, av internationella avtal och nationell lagstiftning (Grewin, 2004; Pelkonen, 2006). Enligt HLS behövs ett professionellt engagemang och bemötande av patienten (SFS 1982:763 uppdaterad SFS 2009:430). Det innebär att läkarens engagemang till exempel kan vara att uppmärksamma vad som kan göras för att öka patientens livskvalitet vid olika sjukdomstillstånd.

En av läkarnas uppgifter är att i mötet med patienten ge information om medicinska bedömningar och råd i det enskilda fallet. Andra uppgifter är att vara en lyhörd och engagerad lyssnare, vilket ger möjlighet att hjälpa patienten berätta om sin sjukdom och sin livssituation. I läkarens yrkesutövning ingår det att ha ett förhållningssätt som bland annat skapar trygghet och förtroende, visar ödmjukhet och ser till hela patienten (Eliasson & Werkö, 2005; Roberts & Perryman, 2007). Det första mötet mellan patient och läkare är av betydelse för den fortsatta vården där patienten fritt och obehindrat även bör kunna delge

sina symptom utan att läkaren ifrågasätter patientens berättelse (Jonsson, 1999). Det är därför angeläget att studera inte bara äldre patienters och närståendes erfarenhet av mötet utan också läkarnas erfarenhet av mötet med patienten.

I Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) finns bestämmelser om läkarens skyldighet att informera patienten eller någon närstående till patienten, vilket beskrivs i lagen på följande sätt:

Skyldigheten att informera är ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal, men det är i första hand en uppgift för den som har det direkta ansvaret för vården. Ytterst är det verksamhetschefen vid enheten som svarar för att det finns rutiner och lokala instruktioner (a.a.s. 42).

I delbetänkandet ”Patienten har rätt” (SOU 1997:154) framhålls bland annat att de medicinska åtgärderna inte får utformas så att patienten riskerar att behöva ta ställning till förslag om vård eller behandling med bristande kunskap om vad det innebär. Patienten ska informeras av läkaren om de behandlingsalternativ som finns tillgängliga och även få hjälp att värdera dem. Det innebär att läkaren ska ge patienten vägledning och försäkras sig om att patienten har tillräckligt underlag för att kunna ta ställning till vård och behandling. I situationer där läkaren inte samarbetar med patienten framkommer att patienten känner sig utlämnad och otrygg. I sådana fall upplever patienterna att informationen från läkaren brister när det gäller beslut som tas för vård och behandling (Socialstyrelsen, 2003b).

I vårdrelationen mellan patient, närstående och läkare kan gott bemötande och värdig behandling utgöra grunden för att etablera en förtroendefull relation. I den ingår även att ge och få en fullgod information om sjukdom och behandlingsmöjligheter (Nilsson, 1999; Eliasson & Werkö, 2005). Läkarna kan ibland uppleva det svårt att tillsammans med patienten nå fram till ett gemensamt ställningstagande inför en behandling men att olika strategier kan användas för att förbättra ställningstagande om vård och behandling (Shepherd, Tattersall & Butow, 2008).

De patienter som har kunskap om sin hälsa är mer kapabla att i mötet med läkaren ta till sig information (Siminoff, Ravdin, Colabianchi & Saunders Sturm, 2000). Reflektion, samtal och motivation i en ömsesidig relation mellan patient och läkare behövs för att patient och läkare tillsammans ska kunna

utveckla insatser i vård och behandling i den riktning patienten önskar och känner sig nöjd med. I relationen ingår att läkaren svarar på patientens frågor, delger sin professionella kunskap och är öppen för patientens val och respekterar det (Bottorf et al, 2000; Hedberg, 2005).

3 Tidigare forskning

Nationella såväl som internationella studier som relaterar till denna avhandlings syfte återfinns i detta kapitel. Ett urval av tidigare forskning har gjorts för att kunna belysa den kunskap som finns om erfarenheter av mötet mellan den äldre patienten, närstående och läkaren. Eftersom denna avhandlings fokus är möten på sjukhus lämnas endast en kort redogörelse av studier om mötet mellan äldre patient, närstående och läkare ur olika perspektiv och kontext än de för avhandlingen aktuella. Därefter redovisas forskning med specifikt fokus på möten inom slutna somatiska sjukhusvård, det vill säga medicinsk och geriatrisk vårdavdelning. Forskning inom det aktuella området har framförallt genomförts i USA och Kanada. Några få studier har genomförts i Storbritannien, Italien, Sverige, Australien, Spanien, Tyskland och Österrike.

Forskning som behandlar mötet mellan äldre patient och läkare har ur ett läkarperspektiv studerats i olika sammanhang. Till exempel berör flera studier primärvårdens kontext och läkarens strategier och förhållningssätt (Epstein et al, 1998; Knox & Britt, 2002; Daghighi et al, 2003; Fromme & Billings, 2003; Schillinger et al, 2003; Ory, Peck, Browning & Forjuoh, 2007; Rosenberg, Kirmayer, Xenocostas, Dao & Loignon, 2007), likaså finns exempel på studier av i vilken utsträckning läkare involverar den äldre patienten inom cancervård (Charles, Gafni & Whelan, 2004).

Exempel på studier som behandlar mötet mellan äldre patient och läkare ur ett patientperspektiv har också genomförts (Luck, 2006). Ytterligare exempel på forskning utifrån patientperspektiv är studier av kvinnliga patienters allmänna förväntningar på läkaren (Weitzman, Chang & Reynoso, 2004), äldre patientens uppfattning om närståendes deltagande i mötet med läkaren (Prohaska & Glasser, 1996), liksom äldre patienters möten med läkaren, vårdmiljön och vårdteamet inom palliativ vård (Gordon, 2002; Boström, Sandh, Lundberg & Fridlund, 2004a; 2004b; Rabow, Dibble, Pantilat & McPhee, 2004; Friberg & Öhlén, 2007; Jakobsson, Bergh & Öhlén, 2007).

När såväl den äldre patientens som läkarens perspektiv är i fokus berör flera studier kommunikation relaterat till tillfredsställelse med mötet. Exempelvis har specialisläkarens kommunikation och äldre patientens förväntningar på kommunikation och tillfredsställelse med mötet belysts av Ruiz-Moral, Pérez Rodriguez, Pérula de Torres och de la Torre (2006). Äldre patienters och läkares erfarenhet av att ge och få information (Lukoschek, Fazzari & Marantz, 2003) och sociala faktorer påverkan i diskussionen i mötet mellan äldre patient och läkare (Ory, Yuma, Wade, Kaunas & Bramson, 2008) är andra exempel på studier om kommunikation. Dessutom har äldre patienters och läkares önskemål om vad som ska ingå i vårdbeslutet vid det medicinska mötet genomförts (Müller-Engelmann, Krones, Keller & Donner-Banzhoff, 2008).

Det finns flera studier där närstående är i fokus i mötet med läkaren inom primärvårdens kontext. Det finns exempelvis studier om hur närstående tolkar sin roll i mötet med primärvårdsläkaren (Rosenberg, Seller & Leanza, 2008) och om interaktion och konflikter mellan primärvårdsläkare, äldre patient och närstående (Shields et al, 2005), vård i livets slutskede (Steinhauser et al, 2001; Exley, Field, Jones & Stokes, 2005; Heyland et al, 2006; Biola et al, 2007) och äldre patienter med demenssjukdomar (Glasser & Miller, 1998; Fortinsky, 2001; Gilmour, 2002; Hertzberg & Ekman, 2008). Närståendes inflytande i mötet mellan primärvårdsläkare och äldre patient (Clayman, Roter, Wissow & Bandeen-Roche, 2005), likaså relationen och kommunikationen mellan läkare, närstående och äldre patient vid cancervård (Delvaux et al, 2005; Libert et al, 2006) har studerats.

De ovan redovisade studierna berör öppen och sluten hälso- och sjukvårdskontext och har handlat om läkarens strategier och förhållningssätt, äldre patienters och närståendes förväntningar och uppfattningar om mötet liksom om kommunikation, interaktion och inflytande i mötet från parternas olika perspektiv. Däremot har inga studier som berör mötet mellan äldre patient, närstående och läkare inom den kommunala hälso- och sjukvården återfunnits. Att så inte är fallet kan bero på att hälso- och sjukvård organiseras olika i de länder där studierna genomförts. Det finns således ett flertal studier inom andra sammanhang än det som är i fokus i denna avhandling. I den aktuella avhandlingen avgränsas mötet mellan äldre patient, närstående och läkare till somatisk sjukhusvård, det vill säga medicinsk och geriatrisk vårdavdelning. I de följande avsnitten redovisas därför tidigare forskning relaterat till denna avhandlings fokus.

Möjligheter i mötet mellan äldre patient och läkare

Mötet mellan äldre patient och läkare kan underlättas av både läkarens kompetens och attityd men även av patientens kunskap och vilja att delta. I en amerikansk studie (David, Dugdale, Epstein & Pantilat, 1999) framkom att läkaren utöver sina medicinska kunskaper även förväntas ha medmänsklig och empatisk kompetens i mötet med den äldre patienten. Medmänsklighet och empati kan vara en bidragande orsak till om relationen mellan den äldre patienten och läkaren kan bli tillitsfull, vilket i sin tur har betydelse för utfallet av mötet. Scotti och Stinerock (2003) fann i sin amerikanska studie att ju mer tillit de äldre patienterna har till läkaren desto mer tillfredsställande upplever de mötet. Andra aspekter som har betydelse för upplevelsen av ett tillfredsställande möte är när läkaren ger den äldre patienten tillfälle att aktivt delta i sin vård och vara med och besluta om behandling, vilket framkom i en amerikansk studie av Leard, Savides och Ganiats (1997). I samma studie framkom också att tydlig information från läkaren bidrar till möjligheten att mötet ska upplevas som tillfredsställande. När läkare och äldre patient samarbetar kan kvaliteten på behandlingen förbättras men även diskussionen fram till beslutet kan bli bättre enligt Maly, Umezawa, Leake och Silliman (2004). Say, Murtagh och Thomsons (2006) fann i en litteraturstudie bland annat att patientens erfarenheter av sjukdom och sjukvård, kunskap om diagnos och hälsa samt inställning till deltagande i vården har betydelse för vilken roll patienterna föredrar när beslut ska fattas.

Hur kommunikation mellan äldre patient och läkare utvecklas under mötet har betydelse för om mötet uppfattas positivt eller inte. Flera aspekter av patient – läkarkommunikationen och dess betydelse för upplevelsen av mötet framkom i Teutschs studie (2003). För att den äldre patienten ska uppfatta mötet positivt och framgångsrikt behöver dennes frågor besvaras och åtgärdas. Likaså behövs en förståelse för hans eller hennes perspektiv. I situationer då den äldre patienten är orolig och till exempel uttrycker rädsla för döden, stympning, funktionshinder, smärta eller om han eller hon har en misstro mot läkaryrket ställs särskilda krav på läkaren att vara noga med att inte vara dömande utan istället bejaka patientens känslor. Den äldre patienten kan då få en möjlighet att diskutera sin oro i mötet med läkaren. Om läkaren använder en strukturerad handlingsplan kan det gagna mötet på så sätt att miljön kan upplevas trygg (Teutsch, 2003). Äldre patienter inom en medicinsk rehabiliteringsavdelning i USA visade sig önska information om ett brett spektrum av medicinska ämnen, men de vill inte själva engagera sig i att söka information i mötet med läkaren. De önskar information och betraktar läkaren som den som kan informera och ta

medicinska beslut. Konsultationens längd, diagnos och orsak till besök har större betydelse för om den äldre patienten vill söka information själv än deras egna attityder och sociodemografiska aspekter (Beisecker & Beisecker, 1990). Läkaren kan således inte alltid förvänta sig att patienten vill engagera sig i vården utan måste istället anpassa sig till patientens önskemål.

Förutom kvalitén i patient – läkarrelationen kan mötet mellan äldre patient och läkare enligt Beisecker (1996) underlättas av mötets innehåll och form. Graden av tillfredsställelse är beroende på vilka frågor som ges utrymme att diskuteras och om patienten förstår det som läkaren sagt. Liknande resultat framkommer i Greene, Adelman, Friedmann och Sharons (1994) amerikanska studie där resultatet visar att äldre patienters tillfredsställelse med läkarmötet har samband med läkarens intresse för den äldre patientens frågor, läkarbesökets längd och patientens och läkarens möjlighet att ha trevligt och skratta under mötet.

Ju mer kunskap läkaren har om den äldre patientens sjukdom och livshistoria, desto bättre fungerar kommunikation och information till honom eller henne. Det framkom i en studie av McKinlay, Lin, Freund och Moskowitz (2002) som genomfördes med videoinspelning av mötet mellan äldre patient med polymyalgia rheumatica och depression och deras läkare. Patientens ålder, ras, kön och socioekonomisk status hade inte någon betydelse för upplevelsen av mötet. Däremot hade läkarens medicinska specialitet, ras och ålder betydelse. Resultatet visar även att läkarens medicinska kompetens påverkar interaktionen i mötet med den äldre patienten.

I en schweizisk intervjustudie (Schmid Mast, 2007) undersöktes betydelsen av läkarens kroppsspråk i mötet med den äldre patienten då beslut om vård och behandling skulle tas. Det visade sig att det hade betydelse för patientens tillfredsställelse med mötet. Om läkaren i samtalet använde sig av till exempel ögonkontakt och närhet var patienten mer tillfreds. Men det är inte bara läkarnas kroppsspråk som har betydelse i mötet utan även de verbala signaler som den äldre patienten sänder. Hall, Roter, Milburn och Daltroy (1996) fann i sin amerikanska studie att den äldre patientens hälsostatus påverkas av den icke verbala kommunikationen mellan den äldre patienten och läkaren. Ju sjukare den äldre patienten är desto mer uppmärksam är läkaren på den äldre patienten. Då använder läkaren sitt professionella förhållningssätt, genom att lyssna och visa ökad uppmärksamhet på patientens beteende, och på så sätt kan möjligheten att ställa diagnos förbättras och missförstånd undvikas.

Tidigare forskning visar således att det finns en rad möjligheter som kan bidra till att utveckla mötet mellan äldre patient och läkare så att det uppfattas positivt. Trots detta handlar som tidigare angivits en stor del av de fall som anmälts till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd om brister i bemötandet. I det följande avsnittet följer en redogörelse för vad som i forskningen framkommit som hinder för att utveckla ett positivt möte.

Hinder i mötet mellan äldre patient och läkare

Bristande uppmärksamhet på den äldre patientens frågor resulterar i låg kvalitet i patient – läkarkommunikationen. Det leder till att både läkaren och den äldre patienten blir mindre tillfredsställda med mötet visar Sator, Gstnetter och Hladschik-Kermer (2008) i en studie genomförd vid en onkologisk avdelning i Österrike. Det mesta av talutrymmet vid mötet med den äldre patienten används till att tala om kemoterapi och mindre tid åt att diskutera sjukdomens stadier och hopp om tillfrisknande. Resultatet visar även att äldre patienter som försöker ta upp frågor som är relevanta för dem gör det subtielt och indirekt till exempel genom förändring av röstläge, talmönster eller användning av metaforer. Liknande resultat framkommer i Öhlén, Carling Elofsson, Hydén och Fribergs (2008) studie.

Även andra studier tar upp betydelsen av kommunikation. Coe och Miller (2000) kommer i sin litteraturgenomgång fram till att utfallet av mötet mellan äldre patient och läkare beror på hur läkaren kommunicerar med den äldre patienten. Därtill finner de att läkarens beteende, psykosociala faktorer och det sociala sammanhanget för mötet har betydelse. Waitzkin, Britt och Williams (1994) visar även att sociala strukturer och problem inverkar på diskussionen om den äldre patientens sociala problem. Kommunikationen mellan äldre patient och läkare påverkas således av den miljö som mötet äger rum i.

Förutom bristande kommunikation är brist på tid en faktor som hindrar ett positivt möte mellan äldre patient och läkare. Att äldre patienter behöver mer tid för att ge och ta emot information och för att förstå den visar Radecki, Kane, Solomon, Mendenhall och Beck (1988) i en studie genomförd i USA. Liknande resultat framkommer i Keeler, Solomon, Beck, Mendenhall och Kanes (1982) studie. Även i Adelman, Greene och Orys (2000) översiktsstudie framkom att tiden för information från läkaren är begränsad och att det upplevs negativt. Dessutom visar denna studie att läkare har svårt att precisera vad äldre patienter önskar för information och i vilken mån de vill bli involverade. Vid

konsultation med äldre patienter menar forskarna att det uppstår ytterligare problem på grund av att patienterna kan ha kognitiv försvagning, funktionella begränsningar eller att de inte alltid vet vilka frågeställningar som de ska ta upp med läkaren.

Bristande uppmärksamhet, kommunikation och tid utgör således hinder för upplevelsen av ett positivt möte mellan den äldre patienten och läkaren. Därtill har läkarens kunskap om den äldre patienten och hans eller hennes specialisttillhörighet betydelse för mötet, likaså den äldre patientens kunskap om sin sjukdomssituation, men också hans eller hennes sociodemografiska förhållande.

Läkarens förhållningssätt i mötet med äldre patient

I en nederländsk studie av Zandbelt, Smets, Oort och de Haes (2006) framkom att läkarna i mötet med den äldre patienten skiljer sig åt i sitt kommunikativa beteende. I situationer där den äldre patienten har flera fysiska symtom och då hälsotillståndet är allvarligt uppvisar läkarna ett mera återhållsamt kommunikativt beteende än annars. Kvinnliga läkare har jämfört med manliga kollegor ett förhållningssätt som den äldre patienten uppfattar mera lättillgängligt. Samma forskargrupp (Zandbelt, Smets, Oort & de Haes, 2005; 2007) betonar att läkarnas förhållningssätt, till exempel att vara lättsamma och lyhörda för den äldre patientens behov, underlättar för äldre patienter att medverka i mötet med läkaren. De är mer nöjda med mötet då läkaren uppvisar detta positiva förhållningssätt.

Den äldre patientens involvering kan gradvis öka om denne och läkaren lyckas skapa en öppen relation präglad av samarbetsvilja och där etiska aspekter i mötet värdesätts. Oavsett vad äldre patienter känner inför behandlingen, och om de har en aktiv eller en passiv roll, anser de att det de känner inför en behandling beror på hur läkaren förhåller sig till dem och ger dem informationen. De anser att läkaren bör ge tydliga förklaringar, i lugn takt och med ett öppet förhållningssätt (Salkeld, Solomon, Short & Butow, 2003). Patienterna i dessa studier ger således uttryck för en lång rad förväntningar på läkaren.

Att makt och kunskap är sammanlänkade påvisades i en svensk enkätstudie riktad till patienter (Sandén, Linell, Starkhammar & Sätterlund Larsson, 2001). Läkarens makt dominerar förhållandet mellan patient och läkare genom att läkaren dominerar talrummet och kontrollerar samtalets turordning. Generellt är det läkaren som ställer flest frågor under patientmötet och patienten tar sällan några egna initiativ. Då patienten ställer frågor till läkaren, berör det oftast fastställande av diagnos. Båda dessa studier visar att läkarens förhållningssätt i relation till patienten kan påverka utfallet av mötet.

Sleath, Callahan, DeVellis och Sloanes (2005) amerikanska enkätundersökning visade att det brister i kommunikationen i mötet mellan äldre patient och läkare eftersom de inte förstår varandra. Forskarna menar att det är nödvändigt med en klar patient – läkarkommunikation och att det finns upprepad möjlighet till kommunikation. Läkaren behöver använda en öppen attityd gentemot den äldre patienten eftersom det innebär att han eller hon i större utsträckning talar om sin hälsa och hur den upprätthålls. Därtill framkom det i studien att läkaren behöver ta hänsyn till den äldre patientens behov för att öka kvaliteten i kommunikationen. Om läkaren styr konversationen upplever den äldre patienten det negativt och otillfredsställande. Att man inte förstår varandra i mötet kan förstås med resultat i en annan studie (Sandén, Linell, Starkhammar & Sätterlund Larsson, 2001) som lyfter fram läkarens maktposition som förklaring till brister i kommunikationen. Om det därtill är så att den äldre patienten önskar mer information men inte kan uttrycka det ökar kravet än mer (Bulfone, Giavon, Cedolin & Bresadola, 2006).

Att information och förståelse för den äldre patientens sjukdomssituation är viktiga faktorer att ta hänsyn till i patient – läkarmötet framkom i en italiensk studie (Bulfone, Giavon, Cedolin & Bresadola, 2006) liksom i en amerikansk studie (Tang, Newcomb, Gorden & Kreider, 1997). Dessa visar att äldre patienter vill ha mer information om sin hälsa än vad de ansåg att de hade fått under mötet med läkaren. Därtill framkom det att de önskar ett ökat ansvar i sin vård för att kunna hantera sin sjukdomssituation och hälsa.

Inom akutvård råder det korta, splittrade möten mellan patient och läkare och kraven är stora på snabb behandling och effektivitet (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2008). Det ställer också särskilda krav på att läkaren i sitt förhållningssätt inte visar på bristande tid utan visar förståelse då äldre patienter i denna särskilda situation har behov av att behålla sin identitet. I ovan nämnda studie framkom det att de äldre patienterna vill att det ska finnas tid för

dem att berätta sin version av sin sjukdomssituation i det första mötet med läkaren.

Läkarna upplever att känslor och självuppfattning i liten omfattning påverkar dem när de ska fatta beslut om behandling. De äldre patienterna däremot upplever att känslor och självuppfattning har betydelse i mötet med läkaren (Brown, 2004). Ford, Schofield och Hope (2003) har i en enkätstudie funnit att det inte finns någon överensstämmelse mellan de äldre patienternas förväntningar på den roll som de ville ha och den roll de hade i mötet med läkaren. För att tillgodose äldre patienters behov i mötet med läkaren behöver, enligt Sayers och Bethell (2004), varje äldre patient individuell information om tillgängliga behandlingsalternativ. Skäl till det är, menar de, att äldre patienters hälsa och kunskapsnivå varierar.

Läkarens förhållningssätt påverkar således mötet mellan äldre patient och läkare. Den maktobalans som finns i mötet kan mildras genom att läkaren har ett öppet förhållningssätt, men läkarens förhållningssätt varierar beroende av situation. En utvecklad kommunikativ kompetens kan antas öka äldre patienters möjlighet att få information men också ge information om sig själv. Flertalet av dessa studier är genomförda i andra kulturella sammanhang än det svenska och visar snarare hur förhållningssättet ter sig än hur det uppfattas.

Närståendes roll i mötet mellan äldre patient och läkare

Studier som beskriver närståendes roll och den relation som utvecklas vid ett trepartsmöte mellan äldre patient, läkare och närstående inom slutna somatiska sjukhusvård förekommer i liten omfattning. Den följande texten om trepartsmöten är hämtad från olika sammanhang inom sjukvård.

Många äldre patienter är beroende av att få hjälp av en familjemedlem (Silliman, 2000). Beroende på den äldre patientens sjukdom varierar behovet av stöd från närstående. Oavsett den äldre patientens sjukdomstillstånd medverkar närstående i att ge läkaren och andra vårdgivare korrekt information om symtom. Dessutom medverkar närstående i arrangemang runt läkarbesök och transport till och från besöket liksom i förberedelser inför och återhämtning efter läkarbesök. Därtill medverkar närstående vid övervakning av medicinhantering, de hjälper till med personlig omvårdnad och hushåll,

planering och att fatta beslut om framtida vård- och omsorgsbehov samt medicinska insatser. Slutsatserna från denna litteraturstudie är att närstående behöver stöd och hjälp med dessa uppgifter av vården för att klara allt detta engagemang.

Vilken inverkan närstående har i mötet mellan äldre patient och läkare har undersökts av Brown, Brett, Stewart och Marshall (1998) som fann att läkarna uppfattar att närstående har en positiv inverkan på både den äldre patienten och det medicinska mötet. Ho (2008) diskuterar närståendes roll i beslutsfattande i relation till den äldre patienten. Det finns en oro för att familjens engagemang i medicinskt beslutsfattande ska innebära att deras medverkan och värderingar ska ha negativ inverkan på den äldre patientens åsikter och prioriteringar. Blir inflytandet för stort finns risk att den äldre patientens självbestämmande kan inskränkas. Om närstående ska medverka i den äldre patientens vård och behandling är det viktigt att dennes intressen, önskemål och autonomi tillvaratas.

I en amerikansk studie (Greene, Majerovitz, Adelman & Rizzo, 1994) som jämförde kommunikation i triad och dyad fann man att läkaren inte påverkas av närvaron av en tredje person. Den äldre patienten däremot diskuterar i mindre omfattning det som rör mediciner, personliga vanor, psykosociala faktorer. De äldre patienterna var även mindre lyhörda på vad läkaren informerade om vilket märktes på frågornas kvalitet och att informationen till läkaren var sämre. Det framkom även att de äldre patienterna upplevde sig själva som mindre säkra, de hade svårt att uttrycka sig och de föreföll vara utanför gemenskapen. De äldre patienterna uteslöts ofta från konversationer då en tredje person var närvarande. Slutsatserna är att närvaron av en tredje person i det medicinska mötet ändrar dynamiken mellan den äldre patienten och läkaren. Enligt Adelman, Greene och Charon (1987) är det av intresse att utveckla en agenda för mötet i läkare – äldre patient – närstående triaden.

Andra studier påvisar motsatta resultat nämligen att närståendes närvaro inte leder till mindre hänsyn till den äldre patienten och dennes oro i mötet med läkaren. Läkaren diskuterade problem med den äldre patienten mer än med den närstående. Närståendes roll är beroende på den äldre patientens hälsotillstånd och vilken roll som han eller hon vill att närstående ska ha (Beisecker, 1989; Labrecque, Blanchard, Ruckdeschel & Blanchard, 1991; Shields et al, 2005). Sannolik kan även den äldre patientens sjukdom ha betydelse för vilken inblandning och stöd denne vill ha. Till exempel ville majoriteten av de äldre patienterna vid en psykiatrisk klinik i Kanada att deras närstående skulle delta i

deras behandling. De vill till och med ha mer hjälp än vad de fick (Perreault, Paquin, Kennedy, Desmarais & Tardif, 1999). Även i Glasser, Prohaska och Gravdals (2001) samt Beisecker, Brecheisen, Ashworth och Hayes (1996) amerikanska studier uppfattas närstående ha en viktig stödjande funktion för att bland annat öka de äldre patienternas förståelse för sin situation. De båda senare studierna var genomförda i medicinsk respektive onkologisk kontext.

Det finns således ingen entydig bild av hur närstående påverkar mötet mellan äldre patient och läkare. Det finns studier som visar att den äldre patientens roll kan förminska såväl som det motsatta. En förklaring till de olika resultaten skulle kunna vara att närståendes roll är beroende av situation, relation till den närstående och den äldre patientens hälsotillstånd, men kanske också av läkarens förhållningssätt till både äldre patient och närstående.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan sägas att kvaliteten i kommunikationen och dess betydelse i äldre patient – läkarmötet har studerats tidigare. Det har också påvisats att såväl läkarens som den äldre patientens medicinska och medmänskliga kompetens har betydelse för resultatet av äldre patient – läkarmötet. Studier som beskriver ett positivt möte mellan äldre patient och läkare har fokuserat på tillit, tillfredsställelse, den äldre patientens aktiva deltagande, läkarbesökets längd samt tydliggörande av information från läkaren. Likaså har betydelsen av läkarens kroppsspråk i mötet med den äldre patienten varit i fokus.

Flera studier tar upp brister i mötet mellan äldre patient och läkare. I dessa har faktorer som bristande kommunikation och uppmärksamhet på den äldre patientens frågor diskuterats. Läkarens beteende gentemot den äldre patienten har även varit fokus i tidigare forskning. Studier med fokus på närståendes erfarenheter av mötet med läkare har varit mest riktade till situationer där den äldre familjemedlemmen har demens samt vilken roll och funktion närstående har i mötet med den äldre patienten och läkaren.

Det som framkommer i litteraturgenomgången är att den tidigare forskningen inte undersökt de äldre patienter som inte vill, inte önskar eller inte är kapabla att involveras i mötet med läkaren. Risker som eventuellt kan uppstå om läkaren låter äldre patienter besluta om behandling, det vill säga att läkaren

överlämnar det medicinska valet till äldre patienten, har inte heller beskrivits. Betydelsen av organisatoriska förhållanden har inte beskrivits i relation till möten mellan äldre patient, närstående och läkare, samt inte heller betydelsen av att veta när, var och hur läkaren i mötet med äldre patient informerar och om det påverkar mötets utfall. Läkarnas erfarenhet av mötet med äldre patient är knappast alls beskrivet. Därmed kan den föreliggande avhandlingens forskningsområde, det vill säga mötet mellan äldre patient, närstående och läkare inom somatisk sjukhusvård bidra till att tillföra kunskap inom detta område.

4 Problemformulering och syfte

Sjukvården kritiseras inte sällan för bemötandet av äldre, framförallt gäller det informationen om hälsotillstånd och olika behandlingsformer. Detta trots att det i svensk lag fastställts att ”vård och behandling ska så långt det är möjligt utformas och genomföras tillsammans med patienten” (SFS 1982:763 uppdaterad SFS 2009:430). Det har framkommit i studier att närstående är osäkra på sin roll och vem de ska vända sig till för att få information och stöd. Läkarens uppgift är bland annat att i mötet med patienten ge information om medicinska bedömningar och att vara en lyhörd och engagerad lyssnare. Trots detta är det huvudsakliga resultaten i tidigare forskning om mötet mellan äldre patient, närstående och läkare att informationen och kommunikationen brister gällande bland annat delaktighet i diskussioner om provtagningar och undersökningar samt att flertalet äldre patienter vill vara kvar längre på sjukhus än de ges möjlighet till. Den äldre patienten som deltar i denna studie söker läkarvård på grund av att de vill få experthjälp för en kroppslig åkomma. Det gör att man inte kan säga att mötet med läkaren är frivilligt (Hall, 2001). Fokus i avhandlingsarbetet är mötet, det vill säga möten som pågår dagligen mellan äldre patienter, närstående och läkare, i den svenska hälso- och sjukvården. Hur betydelsefulla dessa möten är finns det inget entydigt svar på. Omfattningen av ovan nämnda svårigheter och vilka konsekvenser de får är dåligt känt.

På sikt torde en ökad kunskap om villkor och förhållanden som underlättar respektive försvårar ett möte mellan äldre patienter, närstående och läkare vara av värde för såväl de som har ansvaret för planering och organisation, som de som medverkar aktivt i möten inom somatisk sjukhusvård. Det är därför av intresse att se om den samhälleliga strävan med mål att ha patientens rättigheter i förgrunden har vunnit mark inom sjukvården. Det är också av intresse att uppmärksamma närståendes situation i vården, då närstående har en stor del i omsorgen och omvårdnaden för den äldre familjemedlemmen.

Med hjälp av sociokulturellt perspektiv förklaras erfarenheterna av mötet mellan äldre patient, närstående och läkare. Utifrån detta perspektiv ses mötet som en aktivitet som formas beroende på det historiska, kulturella, sociala och institutionella sammanhanget.

Syftet med studien är att beskriva äldre patienters och närståendes erfarenhet av mötet med läkaren på sjukhus. Därtill syftar studien till att beskriva läkares erfarenhet av att möta patienter på sjukhus.

Följande frågeställningar har använts i studien:

- Vad har betydelse för upplevelse av mötet?
- Hur upplevs mötet av den äldre patienten, närstående och läkaren?

5 Teoretiskt perspektiv

I detta kapitel presenteras det sociokulturella perspektivet i relation till mötet mellan äldre patient, närstående och läkare inom den slutna somatiska hälso- och sjukvården.

Sociokulturellt perspektiv

Det sociokulturella perspektivet används i denna studie för att förklara på vilket sätt mötet mellan äldre patient, närstående och läkare inom slutna sjukhusvård tar gestalt. Utifrån detta perspektiv ses mötet som en aktivitet som formas beroende på det historiska, kulturella, sociala och institutionella sammanhanget.

Institutionen som system

Det institutionella systemet symboliseras av det sociala och institutionella livet och interagerar med det historiska, politiska och kulturella tillståndet som råder i ett speciellt sammanhang. I denna situation ingår socialt etablerade verksamheter som till exempel sjukvård med aktivt medverkande deltagare (Rogoff, 1990; Wertsch, 1998). I den här specifika situationen menar Rogoff (1990) att det väsentligaste är den sociokulturella aktivitetsprocessen och inte individens egenskaper. Andersson (2005) betonar att hälso- och sjukvårdssektorn tillhör ett område som möter stark efterfrågan på förbättrade tjänster och höjd servicenivå. Detta hänger bland annat samman med den åldrande befolkningen i samhället. Ambitioner har funnits för att förbättra arbetsförhållandena samt att ta hänsyn till kvalitetsaspekter och vårdtagarnas individuella behov. Eftersom ingen organisation är konstant, är förändringar som sker en del i ett samhällssystem (Palmberg, 2003). Hälso- och sjukvårdssektorn är hierarkiskt organiserad, där läkaren med den längsta utbildningen och ett positivistiskt vetenskapligt problemorienterat synsätt står

högst upp i hierarkin (Bjelvehammar & Olsson, 1983; Gustafsson, 1987). Det innebär att i institutionella sammanhang där det finns en makt- respektive beroenderelation är vanligtvis relationen mellan lekmän (till exempel patient och närstående) och professionella (till exempel läkare) ojämn, vilket framkommer i Johanson, Sätterlund Larsson, Säljö och Svärsudds (1998) studie om interaktionen mellan patient och läkare. Ojämnheten i relationen mellan äldre patient, närstående och läkare kan påverka mötet dem emellan då det råder en ordning som reglerar vad som får sägas och vad som inte får sägas. Det innebär att hur äldre patienter och närstående ges möjlighet att medverka i mötet med läkaren beror på de förutsättningar som organisationen och tillika läkaren erbjuder.

Institutionell tradition

Vygotsky (1978) utgick ifrån att individen med sin medvetenhet om samhället och den sociala omvärldens kultur lär sig att uppmärksamma, beskriva och agera på det sätt som omgivningen tillåter, uppmuntrar och tillhandahåller. För att kunna hantera omvärlden och fungera i den krävs kreativitet och individen är den som kan vara och är kreativ för att utveckla aktiviteten. Det här resonemanget kan sättas i relation till den institutionella traditionen som hälso- och sjukvården utgör. Den institutionella traditionen och miljön definierar därmed sin egen verklighet (Bruner, 1986; Vygotsky, 1987; Sätterlund Larsson, 1989; Cole, 1996; Waern, 1999; Säljö, 2000; Junefelt, 2001). Det kan jämföras med Sebrant (2000) som anser att hälso- och sjukvården som institution då kan förstås som en mängd praktiker som samverkar. Sebrant lyfter även fram att den institutionella verksamheten struktureras av olika dominansförhållanden. Den medicinska hierarkin kan därmed utgöra ett starkt socialiserande inslag i vårdorganisationen och för professionernas utveckling. Enligt Lindström-Myrgård (1990) kan minskade möjligheter till förändring i förhållningssättet bero på den snabba tekniska utvecklingen som har fört med sig krav på nya kunskaper, färdigheter och rutiner, vilket innebär nya förhållningssätt. För många läkare kan det vara svårt att följa med i dessa förändringar, vilket kan inverka på mötet med den äldre patienten där behov av ett gott bemötande och tillit är lika viktigt som medicinska kunskaper för den äldre patienten.

Kultur i organisationen är en process som skapas, hanteras, förändras och utvecklas till en institutionell tradition (Schein 1985/1992). Den institutionella hierarkin kan därmed utgöra konkurrerande inslag i organiserandet mellan yrkesgruppernas arbetsuppgifter och orsaka revirstrid. Hälso- och sjukvårdens

ekonomi är en faktor som kan skapa avstånd mellan yrkesgrupper. Sjukvården finansieras med offentliga medel och har därmed ett starkt beroendeförhållande till statens ekonomi och förhållandena i hälso- och sjukvården. Därmed bestäms de ekonomiska förutsättningarna av den samhällsekonomiska utvecklingen (Sebrant, 2000).

Utgångspunkten i avhandlingsarbetet är erfarenheter av mötet mellan äldre patient, närstående och läkare inom sjukhusvården. Det handlar om möten som pågår dagligen. Institutionaliserings- och kommunikativa processer har betydelse för hur mötet uppfattas av de inblandade parterna. I den föreliggande studien används Douglas (1986) och Cedersund och Säljö (1991) definition av institution: ”de stora och varaktiga system som byggs upp i det moderna välfärdssamhället inom såväl offentlig som privat sektor och som utövar makt och förvaltar och fördelar ekonomiska och andra resurser” (i Säljö, 1991, s.18). I vilken mån det institutionella mötet mellan äldre patient och läkare respektive närstående och läkare kan utfalla väl beror på hur och vilka verktyg och metoder läkaren använder som stöd i sitt arbete.

Institutionell miljö

Organisatoriska förhållanden kan påverka individen och miljön, därför kan människans problem och reaktioner vara symtom på strukturella problem. Problem som kan uppstå är att individen blir låst i sin arbetssituation och känner på så sätt att hans förmåga inte tas till vara (Nilsson, 2005). Hälso- och sjukvården är en komplex multiprofessionell organisation där det är betydelsefullt att de professionella grupperna (till exempel läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster) bidrar till att skapa utveckling och förbättring. De behöver också bidra till att identifiera arbetssätt för att tillsammans hitta balans mellan resurser, ekonomi och genomförande i organisationen. I detta ingår även att ta vara på professionernas kunskap och kompetens i en fungerande social ordning (Söderström, 1983; Nilsson, Hertting, Petterson & Theorell, 2005). I den sociala ordningen kan professionella inom hälso- och sjukvården lära av patienterna och se till att de medverkar i olika processer (Normann, 2001). Det innebär att om professionella inom sjukvården lyssnar på patientens sjukdomsberättelse och respekterar hans eller hennes kunskap och beskrivning av sin situation skulle det kunna utgöra ett bra underlag för att bättre förstå patienten i mötet (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006; 2008). I en kreativ organisation, såsom sjukvården, kan därmed utrymme skapas för att den sociala miljön i mötet mellan läkare, äldre patient och närstående blir

konstruktiv och positiv. Det är därför angeläget att analysera och försöka klarlägga hur mötet uppfattas av berörda parter för att skapa mening. Den sociala miljön och möjligheterna till behovstillfredsställelse påverkas av fysiska så väl som av organisatoriska aspekter av arbetsmiljön för den arbetande individen (Lenneer-Axelsson & Thylefors, 1989). Hälso- och sjukvården som organisation kan utgöra ett instrument som styr och påverkar interaktionen mellan aktörerna (Morén, 1996). Hälso- och sjukvårdsorganisationen kan därmed ha funktionen som ett medierande verktyg för att kunna skapa interaktion och förståelse mellan olika professioner i organisationen men även i mötet mellan professionell (läkare) och lekman (patient och närstående). Detta resonemang kan sättas i relation till Gustafssons (1987) rapport om sjukhusets vård- och arbetsorganisation.

Kulturella spelregler

Den administrativa organisationen inom sjukvården har skapats efter förebild från de företagsekonomiska organisationsmodeller som utvecklats inom industrin för att skapa lönsam produktion av materiella ting. I sjukvårdens organisation har det politiska systemet till uppgift att sätta upp mål för organisationen och ange olika uppgifter i systemet och formulera utgångspunkter för att bedöma dess effektivitet. Det gör att det kan upplevas svårt för äldre patienter och närstående att påverka sin situation samt att det kan få negativa effekter i mötet med läkaren. På vilket sätt som individen lär och tar del av kunskaper är beroende av i vilka kulturella omständigheter individen befinner sig i samt tidigare erfarenheter i liknande situationer.

Enligt Palmberg (2003) kan en organisation ses som ett verktyg som är i ständig förändring där kulturen kan uttryckas som en framväxt av de spelregler som gäller. Spelreglerna finns inte alltid nedtecknade utan är en del av kulturen. Här krävs en förmåga att tolka, argumentera och att med hjälp av språket omforma relevanta begrepp till konkreta händelser i omvärlden (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). Det innebär enligt Habermas (1990) att kultur medverkar till gemenskap och engagemang. När läkaren kommunicerar med omvärlden, det vill säga äldre patienter och närstående, skapas gemenskap, vilket utgör sjukvårdssystemets kultur. I den sociala interaktionen i den specifika kulturen tolkar aktörerna mötet med hjälp av sin sociala och kulturella erfarenhet. Sjukhusorganisationens hierarkiska uppbyggnad har betydelse för den äldre patientens, närståendes och läkarens upplevelse av mötet. I jämförelse med andra arbetsorganisationer i samhället är hälso- och

sjukvården ovanligt strikt och den bygger i hög grad på traditioner som sträcker sig flera hundra år tillbaka i tiden (Gustafsson, 1987). Företeelser och aktiviteter som sker inom sjukhuset formas således av den kultur som finns och det system som aktiviteten ingår i på sjukhuset och i samhället. Risken finns att det kan skapas en asymmetri i samspelet mellan samhällets krav och förväntningar på sjukvården och de förutsättningar som råder.

Läkaryrkets maktposition

Enligt Gustafsson (1987) har läkarna, historiskt sett, alltid stått nära samhällets makt- och förvaltningssystem. Vårdens interna kultur beskriven av sjuksköterskor och läkare kännetecknas av ovanligt starkt engagemang för verksamheten. Förtroendevalda och administratörer däremot lyfter fram hierarkier och professionens starka tradition och att det är svårt att engagera läkare i förändringsarbete beroende på deras kollektiva makt. De professionella, framför allt läkarna, menar att för mycket styrs ”uppifrån” och att det saknas förståelse för verksamheten. Den medicinska professionen styrs av normer, hur läkaren ska uppträda, vad som ska göras, hur det ska göras och varför det ska göras (Cederquist & Hjortendal Hellman, 2005). Den medicinska professionen har genom sin förmåga att formulera och diagnostisera medicinska problem inte enbart organisationsmakt utan även makt över patienten. Läkarens maktutövande kan resultera i att äldre patienters och närståendes kunskaper och intressen inte synliggörs eftersom läkaren bestämmer villkoren i mötet. Att så är fallet styrks av Dent (1993) som betonar att läkarna mer än de flesta professioner har lyckats definiera sitt förhållande till samhället och därmed fått en hög grad av självständighet i sitt yrkesutövande. Exempel på det här är att läkaren tar talrummet i anspråk, ställer frågor eller avbryter den som talar, samt att läkaren bidrar med de strategiskt viktiga inläggen för att kunna förklara olika medicinska fenomen. Läkarens övertag kan påverka relationen och mötet med den äldre patienten och närstående negativt (Sätterlund Larsson, 1989).

Individuellt sökande av yrkesidentitet

I det sociokulturella perspektivet är kulturen central och innebär att gemensamma normer, värderingar och verklighetsuppfattningar råder (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). Kultur kan också kopplas till individen och är då en del i bilden av individen själv. I det perspektivet är kultur ett

identitetssökande gentemot andra, och kan sägas vara en samling resurser såsom idéer, värderingar, kunskaper samt fysiska redskap som vår vardag är fylld med och som vi hämtar in med hjälp av vår omvärld (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). Läkarens sökande efter yrkesidentitet startar under utbildning och utvecklas inom den eller de institutionella praktiker som han eller hon verkar i. På så sätt internaliseras rådande normer, värderingar och verklighetsuppfattningar som finns inom institutionen. Mötet mellan äldre patient, närstående och läkare äger rum i den specifika institutionella verksamhet och kultur som ett sjukhus utgör. Med hjälp av den rådande kulturen får läkaren en struktur att arbeta efter i mötet med äldre patienter och närstående.

Mötet mellan lekmän och professionella

I hälso- och sjukvårdsorganisationen utgår all verksamhet från mötet mellan lekmän, det vill säga patient och närstående, och professionella. Betecknande för mötet är lekmannens och den professionelles olika utgångspunkter. Lekmannen utgår från egna upplevelser eller personliga och unika erfarenheter, så kallad vardagskunskap, medan den professionelle utgår från sin expertkunskap som har utvecklats inom den specifika institutionens verksamhet. För att möjliggöra att patientens behov blir tillgodosedda måste vården organiseras effektivt och styrsystem såsom professionella, ekonomiska och administrativa beslut samt politiska systembeslut, måste fungera interaktivt (Palmberg, 2003). I mötet mellan äldre patient, närstående och läkare är det därmed väsentligt att anpassa den sociala aktiviteten – mötet – utifrån rådande organisationsform med dess möjligheter och hinder. Det är således ingen slump att mötet formas som det gör. Det finns en rad företeelser i historien, kulturen och institutionen som bidrar. Det sociokulturella perspektivet kan bidra till att förstå denna utvecklingsprocess.

I ett sociokulturellt perspektiv har språk och tänkande liksom andra medierande verktyg, till exempel böcker, pennor eller papper, betydelse för individers förmåga att förstå omvärlden och att agera i den. Det medierande verktyget, vilket det än är, har därmed funktionen att sända någon form av budskap. Att lära sig använda dessa redskap gör det möjligt för individen att förstå den specifika situationen (Vygotsky, 1978; 1987; Wertsch, 1998). Äldre patient, närstående och läkare kan ha olika uppfattningar om och erfarenheter av mötet dem emellan.

Institutionella medierande verktyg

Mediering är ett centralt begrepp inom sociokulturellt perspektiv. Vygotsky (1987) och Säljö (2000) beskriver mediering som redskap som kan vara fysiska eller tekniska artefakter såsom verktyg och instrument eller diskursiva intellektuella, språkliga eller psykologiska redskap. Till de senare räknas språk eller tänkande. Diskursiva redskap beskrivs av Vygotsky (1987) som "psychological tools" eller "signs" och kan översättas med psykologiska redskap eller symboler och inkluderar en variation av olika system såsom teknik, matematik, skrift, schema, kartor det vill säga alla sedvanliga symboler. Inom hälso- och sjukvården kan dess redskap och symboler till exempel utgöras av inredning, den utrustning läkaren använder, de broschyrer som ligger i väntrummet, skyltar och det språk personalen i vården använder. Enligt Säljö (2000) är det rimligt att beteckna dessa som språkliga eller kommunikativa redskap då de psykologiska redskapen uttrycks i språklig dräkt och förs vidare genom kommunikation. Därför föreslår Säljö att man inom det sociokulturella perspektivet använder samlingsnamnet diskursiva redskap istället för att benämna dem intellektuella, språkliga eller psykologiska redskap.

Kärnan i medierad handling innebär att relationen mellan människan, sammanhanget, kulturen och språket är i centrum och att lärandet utvecklas tillsammans med andra. Vi lär oss helt enkelt att agera inom ramen för de tolkningar och tankemönster som omgivningen använder och tillhandahåller i en specifik konkret handling (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000).

Varje tillfälle av medierad handlande innehåller en viss grad av upprepning till följd av inkludering av medierande verktyg i handlingen. I mötet mellan äldre patient, närstående och läkare är språket som används i samtalet ett exempel på ett medierande verktyg.

Tänkande och kommunikation

Sättet som individen betar sig, tänker, kommunicerar och uppfattar omvärlden formas av de sociala och kulturella erfarenheter som individen har (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). Det sociokulturella perspektivet utgår ifrån det rådande historiska, kulturella, sociala och institutionella sammanhanget, där handlingen är en del av miljön (Vygotsky, 1987; Wertsch, 1998; Junefelt, 2001). Mötet mellan dem som denna avhandling berör i det specifika sjukvårdssammanhanget formas således inte enbart av det som sker här och nu

i mötet utan också av de föreställningar som präglat individen historiskt, kulturellt och institutionellt.

Inom sociokulturell teoribildning betonas relationen mellan tänkande och kommunikation. Det är genom kommunikation som individen möter och kan ta till sig nya sätt att tänka, resonera och handla. Tänkande kan liknas vid ett inre samtal som personen för med sig själv med hjälp av språket. Samtidigt betonas att tänkandet och språklig kommunikation inte kan jämföras med varandra och inte är identiska. Det vi säger är inte en direkt reflektion av vad vi tänker och det vi tänker återger inte nödvändigtvis det vi säger. Länken mellan individ och omvärld förutsätter kommunikation mellan individer och bygger på tänkandet (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000).

Den kunskap som utvecklas är inte en avbildning av verkligheten utan verkligheten uppfattas genom medvetenhet och ett reflektivt tänkande och tolkas tillsammans med andra människor. Det medför att varje social praktik innefattas av olika sociala och fysiska faktorer. Den fysiska faktorn är sjukhuset och den plats vari mötet äger rum. I mötet deltar individer som ingår i sociala relationer med varandra, i detta sammanhang äldre patient, närstående och läkare. Dessa individer har speciella kunskaper och erfarenheter och utövar handlingar specifika för aktiviteten – mötet.

Vygotsky tillhörde den sovjetiska interaktionismen som betonade individens lärande i såväl undervisningssammanhang som relation med andra individer. Den ifrågasättande dialogen var en viktig metod för utveckling. Vygotsky baserade sin utgångspunkt på dialektiken, som markerar att det traditionella alltid måste utmanas och det manuella alltid integreras med det intellektuella. Detta sätt att se på omvärlden överensstämmer väl med det kulturpsykologiska perspektivet som är en del av det sociokulturella perspektivet. Här betonas hur individen betar sig, formas och använder de redskap som kulturen har till förfogande i olika kulturella aktiviteter (Bruner, 1986; Vygotsky, 1987; Cole, 1996; Junefelt, 2001). De redskap som hälso- och sjukvårdskulturen förfogar över är bland annat de samtal som sker i mötet mellan äldre patient, närstående och läkare. Miljön där mötet sker påverkas också av alla andra medierande verktyg som finns i sammanhanget till exempel möbler, konst, arkitektur och klädsel. Omständigheter i sammanhanget utgör således grund för mötet. Att så är fallet har Berg, Skott och Danielsson (2007) visat i en studie av omvårdnadsrelationen. Kultur är en dynamisk företeelse som utvecklas ständigt i olika verksamheter, såsom sjukvårdens, och samverkar med andra personer i omvärlden; samhället. Det unika med människan är att hon är en aktör som kan

förändra sin omgivning och därmed kulturen (Vygotsky, 1978; 1987; Säljö, 2000). Hur läkaren definierar sin verklighet beror på den kultur som råder i den institutionella verksamheten han finns i.

Institutionella samtal

Mötet mellan äldre patient, närstående och läkare sker således i en institutionell miljö formad av kultur, historia och människors sociala aktiviteter. De samtal som sker i mötet skapas därför utifrån den institution de äger rum i. I dessa samtal ingår olika faser, vilka är likartade inom respektive institutionell miljö. Faserna följer ett specifikt fråga – svarsmönster där det finns en markerad ordningsföljd i samtalet (Agar, 1985; Sätterlund Larsson, 1989; Linell 1990). Denna ordningsföljd kan liknas vid en ”hidden agenda” (se Mishler, 1984; Johanson, 1994). Den institutionella traditionen inom hälso- och sjukvården är en hierarkisk värderande tradition mellan å ena sidan patient och närstående och å andra sidan läkaren som följer sin ”hidden agenda”, vilket gör samtalsämnen förutbestämda (Mishler, 1984).

Inom hälso- och sjukvårdens institutionella samtal är det vanligt att den professionelle ger råd till lekmannen. De kan ges i flera steg och bestå av ett eller flera alternativa förslag som kan innehålla både medicinska och pedagogiska aspekter. Det medicinska handlar om diagnoser och olika behandlingsformer och det pedagogiska rör informationen från läkare till patient och närstående till exempel om hur sjukdom och symptom ska hanteras. Hur detta formas beror på vilken kommunikativ relation parterna upprättar sinsemellan (Fiske, 1990; Selander, 1991; Silverman, 2001). Därmed tolkar mottagaren given information utifrån sitt perspektiv, sina erfarenheter och förväntningar (Fiske, 1990; Silverman, 2001). Därför är det enligt Selander (1991) viktigt att läkaren är medveten om när, vad och hur något ska meddelas. Likaså vilket syfte eller mål informationen har.

Innebörden av en erfarenhet är situationsbunden och sprungen ur det mänskliga språket, vilket är en kulturell grundval. Här tillåts individer att dela erfarenheter med andra individer och att utveckla kunskaper. Med hjälp av språket som medierat redskap skapar och utvecklar individer kunskap i de sociala praktiker de deltar i. Det medför att vår omvärldsuppfattning, våra referensramar samt vårt medvetande formas genom kommunikationen. Genom att delta i interaktiva processer bidrar vi själva till att förnya och utveckla kunskapen i sociala praktiker. När den sociala praktiken finns inom ett institutionellt

sammanhang där kunskapstraditionen och dess begreppsvärld inte är vedertagen i vardagligt liv utanför institutionen kan det uppstå problem. Det finns risk för att förståelsen för det som sker i denna specifika sociala praktik inte blir tillgänglig för alla deltagande parter. Den institutionella traditionen i sjukvården medför att äldre patient och närstående kan få en passiv funktion, istället för aktivt deltagande. Därför är det viktigt att samtalet mellan professionell och lekman ständigt pågår, då det är i interaktionen mellan individer som kunskaper och färdigheter utvecklas (Säljö, 2000).

Läkarens roll är att återskapa informationens innehåll och placera den i patientens specifika sammanhang så att den äldre patienten och dennes närstående har möjlighet att förstå budskapet. Att kommunicera ”bra” kan betyda dels att ha en förmåga att tolka en annan individ, dels att förstå den sociala inramningens betydelse (Selander, 1991).

Mishler (1984) framhåller värdet av att ”the voice of the lifeworld” blir hörd, vilket innebär att patientens livsvärldsröst fångas upp och att vårdgivaren utgår från detta perspektiv istället för att använda ”the voice of medicine” som utgångspunkt. Forskare hävdar att ”the voice of medicine”, den medicinska eller teknologiska rösten, oftast företräds av vårdgivarna. Läkaren ger ”the voice of medicine” utifrån sitt yrkesmässiga perspektiv där beskrivningar av objektiv och fysisk terminologi är det som gäller (jmf. Sätterlund Larsson, 1989; Barry, Stevenson, Britten, Barber & Bradley, 2001). Kommunikationen pågår kontinuerligt, där parternas ord och handlingar bidrar till ömsesidigt fortskridande, vilket är en av förutsättningarna för att anta motpartens perspektiv och för att förstå varandra (Thornquist, 1994).

Rudebeck (1992) betonar att meningsutbyte och informationsutväxlingar i samtalet mellan äldre patient och läkare inom ramen för det institutionella sammanhanget är sammanflätat och oskiljbart från innehållet. Det kan vara strikt biomedicinskt till sin karaktär men också omfatta allmänmänskliga eller existentiella problem. När kommunikation betraktas utifrån ett sociokulturellt perspektiv inom hälso- och sjukvården är kommunikation en aktiv skapelseprocess där det råder ett samspel mellan den äldre patienten, närstående och läkaren och ett utbyte av innebörder och betydelser. Fokus befinner sig i själva meningsskapandet där ett meddelandes betydelse fås med hjälp av språket. Vid tolkningen använder den äldre patienten, närstående och läkaren sin sociala och kulturella erfarenhet. Genom att kommunicera med varandra under mötet blir det lättare för dem att kunna beskriva problem och ge förklaringar.

Vid ett samtal mellan två aktörer inom en institution har oftast någon av dem mer kontroll över samtalets dimensioner: turtagning, tolkningsföreträdare och orkestrering (Aronsson & Sundström, 1988). Enligt Säljö (1991) behöver inte alltid samtalets innehållsliga utgångspunkt vara densamma för aktörerna. Läkaren kan utgå från en biomedicinsk utgångspunkt, till exempel medicin och/eller sjukdomar, medan patienten kan utgå från psykosociala faktorer, till exempel hans eller hennes livssituation (Aronsson, Sätterlund Larsson & Säljö, 1995).

Det framkommer i tidigare studier (Aronsson & Sundström, 1988; Sätterlund Larsson, 1989; Linell, 1990; 1999) att läkaren har tolkningsföreträdare i den institutionella praktiken, det vill säga det medicinska sammanhanget, eftersom läkaren har auktoritet genom sin professionella yrkesfunktion och sin specifika kunskap där samtalet är en del av yrkesutövningen.

Hälso- och sjukvården är en komplex och kunskapsintensiv verksamhet där språket konkretiseras för att parternas ord och handlingar under samtalet ska förstås i sitt sammanhang. Här eftersträvas ömsesidighet mellan äldre patient, närstående och läkare. Genom abstrahering och generalisering av läkarens budskap förväntas patienten och närstående på ett subjektivt och individuellt sätt rekonstruera innebörden av den information som finns i mötet (Wyndhamn, 1999). Här uppstår en tolkningsprocess som sätts i relation till individens kulturella och professionella perspektiv och ger därmed orden olika betydelse (Artman & Waern, 1998; Artman, 1999). Mötet mellan äldre patient, närstående och läkare sker på olika sätt i olika situationer inom den institutionella ramen. Dessa möten är ingen statisk företeelse utan är i ständig förändring, där tidigare erfarenheter påverkar nuvarande.

Samspel mellan kollektivet och individen

Ur ett sociokulturellt perspektiv fungerar världen i många fall olika i olika miljöer. Det innebär att ett enhetligt tänkande och lärande är orimligt ju fler språk, kulturer och sociala faktorer som finns i ett samhälle. Därför kan mänsklig utveckling ses som oändlig, då samhället förändras liksom de redskap som människor använder. Människors kunskaper och intellektuella förmågor utvecklas och förändras, då vi lär oss att behärska intellektuella redskap. Det finns ingen bestämd gräns för människans förmåga att lära och utvecklas, vare sig det gäller kollektivet eller individen (Vygotsky, 1978; Säljö, 2000).

Vygotsky (1987) framhöll att samspelet mellan det kollektiva och det individuella var centralt i den sociokulturella utvecklingen. Det innebär att det individuella medvetandet skapas genom relationer med andra. Utifrån ett sociokulturellt perspektiv ligger därmed betoningen på att omvärlden erfars och tolkas tillsammans med andra. Översatt till mötet mellan äldre patient, närstående och läkaren i sjukvården, anpassar sig individen till den specifika situationen utifrån sin erfarenhet och de anpassningsprocesser individen varit med om tidigare i livet.

Inom varje social praktik (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000) försiggår oavbrutet samspel mellan individer. I det mellanmännliga samspelet som sker här och nu i en specifik social verklighet skapas kunskap mellan individer. I denna avhandling utgör mötet den sociala praktiken och äldre patient, närstående och läkare samspekar med varandra i denna praktik. Intersubjektivitet innebär en uppfattning som delas av de inblandade personerna i mötet. Intersubjektivitet är dels en förutsättning för kunskapsutveckling, dels intimt förbunden med de involverade personerna för att i möjligaste mån ordna en lärsituation. I mötet mellan äldre patient och läkare kan till exempel lärandet handla om att den äldre patienten ska förstå grunder för bedömning eller hur behandling ska genomföras. I en sådan situation bör hänsyn tas till de krav och möjligheter som finns i omvärlden (Rommetveit, 1974; Säljö, 1992).

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdssektorn är ett institutionellt system som symboliseras av det sociala och institutionella livet, vilket interagerar med dess historiska, politiska och kulturella tillstånd som råder i ett speciellt sammanhang. Även om hälso- och sjukvårdsorganisationer är stabila organisationer är de inte konstanta och de förändringar som sker i dem är en del i ett samhällssystem.

Inom varje social praktik försiggår oavbrutet samspel mellan individer. I det mellanmännliga samspelet som sker här och nu i en specifik social verklighet skapas kunskap mellan individer med hjälp av språket. Det medför att vår omvärldsuppfattning, våra referensramar samt vårt medvetande formas genom kommunikationen. Den institutionella traditionen påverkar relationen mellan patient, närstående och läkare. Det innebär att den medicinska hierarkin kan utgöra ett starkt socialiserande inslag för professionernas utveckling. Det finns en relation mellan möjligheten att utveckla individens förhållningssätt i mötet

med patienten och till exempel teknisk utveckling. Teknisk utveckling kan kräva nya kunskaper, färdigheter och rutiner, vilket kan innebära att nya förhållningssätt kan behöva utvecklas. I sjukvårdens organisation har det politiska systemet till uppgift att uppsätta mål för organisationens verksamhet och ange olika uppgifter i systemet, det vill säga, organisatoriska spelregler. Hur dessa spelregler styr äldre patienters och närståendes möjlighet att påverka sin situation är osäkert, men de kan ha betydelse för mötet med läkaren.

Institutionell miljö kan ha inverkan på organisatoriska förhållanden och individens upplevelse av miljön. Problem som kan uppstå är att individen blir låst i sin arbetssituation och känner på så sätt att hans eller hennes förmåga inte tas till vara. Den institutionella miljön påverkas även av att det råder asymmetri i samspelet mellan samhällets krav och förväntningar på sjukvårdens förutsättningar och behov. I en kreativ sjukvårdsorganisation kan utrymme skapas för att den sociala miljön i mötet mellan lekmän och professionella blir konstruktiv och positiv. Hur individer förstår och tolkar sina egna och varandras handlingar är sprunget ur en sociokulturell situation och har betydelse för vad som sker. Varje möte mellan individer styrs och påverkas av sociala och kulturella förhållanden. Kärnpunkterna inom det sociokulturella perspektivet är att relationen mellan tänkande, kommunikation och fysisk handling är situerad där det centrala är förståelsen mellan sammanhang och individuella handlingar.

6 Metod

I detta kapitel beskrivs den metodologi som används i avhandlingen. Inledningsvis beskrivs den kvalitativa ansatsen. Därefter följer en redogörelse för datainsamlingsmetoden som i denna avhandling utgörs av intervjuer. Vidare beskrivs informanterna, nämligen äldre patienter, närstående och läkare. Detta följs av en redogörelse för de etiska ställningstaganden som gjordes för genomförandet av studien. Vidare görs en närmare beskrivning av analys och tolkning av datainsamlingsmaterialet. Slutligen redovisas studiens trovärdighet och tillförlitlighet.

Kvalitativ ansats

Val av forskningsansats är relaterat till studiens syfte, vilken är att beskriva äldre patienters och närståendes erfarenhet av mötet med läkaren på sjukhus liksom läkares erfarenhet av att möta patienter på sjukhus. Då kunskapsanspråket är beskrivande är den kvalitativa ansatsen lämplig.

Mötet mellan de berörda parterna sker inom sjukhuset, det vill säga i en institutionell verksamhet som påverkar utformningen av det samtal som sker i mötet. Det finns ett förutbestämt syfte och mål med mötet inom en institutionell verksamhet. En del i läkares arbetsuppgifter är att möta och samtala med patienter och närstående. Från ett sociokulturellt perspektiv finns det således klara utgångspunkter för hur mötena kommer att gestalta sig (Vygotsky, 1987; Wertsch, 1998; Junefelt, 2001). Det är olika erfarenheter från denna form av möten som är denna studies fokus.

Ytterligare en aspekt är att den institutionella verksamheten är läkares arbetsfält, vilket innebär att läkaren känner miljön, men för patient och närstående ses den institutionella verksamheten ur lekmannens perspektiv. Det medför att det finns obalans i att känna till och att ha erfarenhet av den

institutionella miljön för äldre patient, närstående och läkare. För att kunna beskriva äldre patienters och närståendes erfarenheter av mötet med läkare i det institutionella sammanhanget, har den kvalitativa ansatsen valts då den möjliggör studier av sociala och kulturella fenomen (Mishler, 1986).

Den kvalitativa ansatsen syftar till att förstå det sociala och kulturella sammanhang som människan lever i. Det handlar om egenskaper hos ett fenomen eller innebörder som människor lägger i fenomenet. En kvalitativ ansats ger möjligheter att studera människors uppfattningar och erfarenheter genom att deltagarna själva får sätta ord på dem. Därför ger den kvalitativa ansatsen möjlighet till att relativt förutsättningslöst utforska ett ämne med utgångspunkten i vad som är relevant för deltagarna själva. Med en kvalitativ ansats kan deltagarnas utsagor sättas i ett sammanhang och på så sätt ge förståelse för vad de säger om något samt hur och varför de säger som de gör (Wibeck, 2002).

I den kvalitativa ansatsen samspelar forskaren interaktivt med de beforskade och tolkar aktivt för att skapa bilder för sig själv och för andra om till exempel förhållanden, upplevelser, situationer, relationer och hur de kan förstås (Wibeck, 2002). Forskarens uppgift är att ordna och skapa en helhet av informanternas erfarenheter om ett specifikt fenomen. I den aktuella studien är därför uppgiften att förmedla äldre patienters och närståendes erfarenhet av mötet med läkaren, likaså hur läkare erfar mötet med patienten.

Den empiriska studien ligger således till grund för att undersöka innebörden i erfarenhet av mötet utifrån respektive informants synvinkel.

I studiens design ingår förförståelse av det specifika området varför litteratur om hälso- och sjukvårdens organisation och sjukvårdslagens utgångspunkt och förändring över tid granskats. Det har gjorts i relation till äldre patienters, närståendes och läkarens perspektiv. Då denna avhandlings fokus är mötet, har detta problematiserats. Den teoretiska ansatsen är sociokulturell; ett val som bygger på att mötet är ett fenomen som förekommer i en kulturell och institutionell kontext. Detta innebär att hur mötet erfars är såväl situationsberoende som kulturellt betingat. Det sociokulturella perspektivet utgår från att mänskliga verksamheter och handlingar förstås och förklaras i det sammanhang som de äger rum. Mötet mellan äldre patient, närstående och läkare inom somatisk sjukhusvård har ett specifikt syfte och mål och utgör en medveten handling. Därför anses det sociokulturella perspektivet relevant.

Intervjun som datainsamlingsmetod

För att kunna identifiera ännu inte kända eller otillfredsställande kända företeelser är enligt Silverman (2001) intervjun en lämplig datainsamlingsmetod. I den aktuella studien innebär det att få kunskap om äldre patienters och närståendes erfarenheter av mötet med läkaren, samt om läkares erfarenhet av mötet med patient. För att få djup och bredd i den information som informanterna lämnar om sina erfarenheter behöver de ges möjlighet att så fritt som möjligt få berätta om sina erfarenheter av mötet mellan äldre patient, närstående och läkare. Det innebär att intervjustudien är explorativ med avsikten att få så mycket information som möjligt inom detta specifika problemområde (Silverman, 2001).

Utgångspunkten i den kvalitativa forskningsintervjun är verbal interaktion med språkligt utbyte ansikte mot ansikte, där forskaren försöker att få fram intervjupersonens erfarenheter, antaganden och känslor om ett visst fenomen såsom det erfars (Mishler, 1986; Silverman, 2001). Det innebär att intervjun är ett professionellt samtal och inte en utfrågning eller ett vardagligt samtal och att intresset är fokuserat på vad intervjupersonen säger. Intervjuaren och den intervjuade är alltid aktivt engagerade vid konstruktion av mening och innebörd i intervjun. Det är dock viktigt att påpeka att det är innehållet i intervjun som är denna studies fokus (Edwards, 1997), men att interaktionen bidrar till att forma innehållet. Nedanstående citat är ett exempel på dialog/interaktion från intervju med en äldre patient som visar hur följdfrågor ställs för att fördjupa informantens beskrivning av sina erfarenheter.

(I): Kan du beskriva hur du upplevde mötet med läkaren när du skulle hem efter sjukhusvistelsen?

(P): Läkaren var bra, satt ner bredvid mig i sängen och pratade

(I): Hmm...pratade

(P): brydde sig/.../verkar så enkla, inga krusiduller, på samma våglängd/.../En del läkare är som en pappa, pappaaktig/.../Det är ju det man vill, ha en läkare som man kan prata med precis som med vem som helst, få information, känna sig delaktig, inte komplicerat

(I): Läkaren lyssnade?

(P): Läkaren lyssnade när jag försökte säga hur jag ville ha det. Vad jag kände är viktigt för läkaren att veta (I 20).

I den kvalitativa forskningsintervjun försöker forskaren förstå världen ur de intervjuades synvinkel och utveckla innebörden av de erfarenheter som informanten berättar om (Silverman, 2001).

I denna studie är enskilda intervjuer med äldre patienter, närstående och läkare det språkliga redskapet för att få ta del av hur mötet dem emellan erfars. Enligt Nationalencyklopedins ordbok (2003) har erfarenhet olika innebörder. I vardagligt tal innebär erfarenhet en kunskap eller färdighet som har utvecklats och skapats antingen i en verksamhet eller via en sinnesiakttagelse. Erfarenhet sett ur ett sociokulturellt perspektiv inbegriper uppbyggnad av erfarenheter som vi gör genom interaktion med andra människor i sociala sammanhang (Säljö, 2000). Erfarenhet kan sammanfattas som människans upplevelser, vilka påverkas av den miljö som man befinner sig i. Det innebär att erfarenhet är en process där människan genomgår en förflyttning som inte går spårlöst förbi utan som innebär någonting för människan, en slags utveckling och är därmed personberoende (Hesslefors Arktoft, 1996).

Genomförande

Urval och beskrivning av intervjupersoner

I den aktuella studien finns tre grupper av informanter: äldre patienter, närstående och läkare. Samtliga informanter bor eller arbetar i ett storstadsområde i Sverige. Hur kontakt erhållits med informanterna beskrivs under respektive avsnitt om äldre patient, närstående och läkarintervjuer.

Enligt WHO (World Health Organisation) är definitionen på ”äldre personer”, de personer som är 65 år och äldre. Då denna grupp kan vara spridd åldersmässigt, förekommer det ibland i folkhälsobeskrivningar att gruppen delas in i tre grupper. Dessa grupper är: 65 – 74 år, 75 – 84 år och 85 år och äldre (Socialstyrelsen, 2004; Hammarström, 2007). I den aktuella studien har tjugo äldre patienter intervjuats. För att kunna delta i studien användes följande kriterier: 65 år och äldre, svensktalande, möjlighet att kunna delta i intervjun och nyligen utskriven från geriatrisk eller medicinsk sjukhusvård till hemsjukvård. Skälet till att de nyligen skulle vara utskrivna från sjukhuset beror på att det endast var möjligt att nå äldre patienter via hemsjukvårdsteamet i den aktuella kommunen. Initialt i studiens

genomförande togs även kontakt med verksamhetschefer på tre kliniker vid tre olika sjukhus för att även nå äldre patienter och närstående via dessa kliniker. Det visades sig inte genomförbart därför att det fanns en trötthet relaterat till att flera studier pågick på klinikerna samtidigt som arbetsbördan hade ökat. Av de 20 intervjuade äldre patienterna var 11 kvinnor och nio män och åldrarna sträckte sig från 68 till 92 år. Medelåldern var 80 år; för kvinnor 82 år och för män 79 år (se tabell 1 i tabellbilagan). De äldre patienterna hade en eller flera av följande åkommor: urinvägsinfektion, lunginflammation, yrsel, respiratoriska problem, bröstsmärtor och cancer.

Tjugo närstående har intervjuats. Utav de 20 närstående, var 12 närstående till äldre patienter som ingår i studien. De övriga åtta närstående har inte haft någon äldre familjemedlem som ingår i studien. Under patientintervjuerna framkom det att inte alla äldre patienter hade någon närstående med sig i mötet med läkaren. Därför togs ytterligare kontakter för att nå fler närstående som hade erfarenheter av möte med läkare. För att få delta i studien användes följande kriterier: svensktalande, möjlighet att kunna delta i intervjun, ha en familjemedlem som nyligen hade blivit utskriven från geriatrisk eller medicinsk sjukhusvård till hemsjukvård. Det sista kriteriet har föranletts av samma skäl som angivits för patientintervjuerna. Av de 20 närstående var det 14 närstående till äldre patienter som hade vistats inom medicinsk sjukhusvård. De övriga sex närstående hade en familjemedlem som vistats inom geriatrisk sjukhusvård. Av de 20 deltagande närstående var nio makar (60–89 år), tre makor (65–74 år), fyra döttrar (40–64 år), två söner (35–44 år) och två systrar (50–54 år) (se tabell 2 i tabellbilagan). Två av de 20 närstående var sjuksköterskor och två var undersköterskor.

För att få ytterligare kunskaper om äldre patienters och närståendes möte med läkaren var det av intresse att ta reda på hur läkare erfar mötet med patienter på sjukhus. Därför har en sekundäranalys genomförts av intervjuer med läkare i projektet *Läkares erfarenhetsbaserade kunskap* (Skyvell Nilsson, Knutsson, Samuelsson, Lönnroth & Pilhammar Andersson, 2006). I det projektet ingick sammanlagt 22 läkare som arbetade inom internmedicin. Av de tillfrågade läkarna avböjde fyra läkare att delta på grund av arbetsbelastning, varför totalt 18 läkare (fyra kvinnor och 14 män), mellan åldrarna 30–70 år, deltog. Nio av läkarna var disputerade med titel professor eller docent och var överläkare inom respektive medicinskt specialområde. Fyra av läkarna hade under det senaste året blivit specialister inom internmedicin medan fem var under specialisttjänstgöring (se tabell 3, 4 och 5 i tabellbilagan). Deras arbetslivserfarenhet var från 1 år till mer än 30 år.

Provintervjuer

Under våren 2002 genomfördes provintervjuer. I provintervjuerna ingick två patienter och två närstående som intervjuades vid olika tillfällen. Syftet med provintervjuerna var att träna intervjumetodiken och att kontrollera att intervjuerna fungerade tekniskt. Även test av intervjufrågorna ingick för att vara säker på att de inte innefattade svåra ord eller negationer (Silverman, 2001). För att få en bild över äldre patienter och närståendes bakgrund ställdes frågor om ålder, civilstånd och boendeform. Därefter följde huvudfrågorna som handlade om hur beslutet gick till vid mötet innan hemgång, deras förväntan och krav på information från läkaren och medverkan i mötet samt vad kunde ha gjorts annorlunda i mötet med läkaren. Vid analysen av provintervjuerna framkom att den äldre patientens sjukdomstillstånd i allt för stor utsträckning blivit fokus under intervjun och att mötet med läkaren fick för litet utrymme. Därför gjordes justeringar inför de kommande intervjuerna. Den äldre patienten ombads initialt att kort beskriva varför de hade varit inneliggande på sjukhus. I övrigt ändrades inte intervjuguiderna. Provintervjuerna visade att intervjuerna fungerade väl tekniskt och äldre patienter och närstående kunde väl förstå de frågor som ställdes. Provintervjuerna gav inte någon indikation om att de äldre patienternas erfarenheter skulle ha fallit i glömska.

Intervjuer med äldre patienter

För att komma i kontakt med äldre patienter togs kontakt med primärområdeschefen inom regionen för att få information om vilka kontaktpersoner, det vill säga vårdenhetschefer samt samordnare, som fanns inom det aktuella hälso- och sjukhusvårdsområdet. Såväl primärområdeschefen som senare vårdenhetschefer gav sina godkännanden till att genomföra studien. Därtill har ett nära samarbete med hemsjukvård i området bidragit till att få kontakt med äldre patienter och närstående.

För att få information om äldre patienter som berörts av mötet med läkaren innan hemgång från sjukhus beslutades att studiens forskare och hemsjukvårdens personal (distriktssköterskor och sjuksköterskor) skulle träffas en gång per vecka, fredagar, i hemsjukvårdens lokaler. Att träffas på fredagar ansågs lämpligt då flertalet av äldre patienter blir utskrivna från sjukhus till hemmet under veckan. Det innebar att möjligheten var större för att få kontakt med fler lämpliga informanter för att eventuellt delta i studien varje vecka. Hemsjukvårdssjuksköterskorna valde konsekutivt ut de äldre patienterna och informerade dem om studien. Därefter skickades ett missivbrev (Bilaga 1) till

de valda äldre patienterna med information om studiens syfte, genomförande, frivilliga deltagande och konfidentiella behandling. Därefter kontaktades den äldre patienten telefonledes, då denne gavs ytterligare muntlig information om studien. Om han eller hon då visade intresse för att delta bestämdes tid och plats för intervjun. Vid intervjutillfället gavs återigen information muntligt och skriftligt och frågan om önskemål om deltagande ställdes. Skriftligt informerat samtycke erhöles från samtliga intervjuade som även fick skriftlig garanti på konfidentiell behandling av den information de lämnade.

Intervjuer genomfördes med stöd av en semistrukturerad intervjumall (Bilaga 2). Intervjumallen fokuserade på frågor om den äldre patientens erfarenheter och innehöll tre frågeområden: 1) mötet med läkaren, 2) informationsgivning och 3) medverkan. Intervjuerna hade således fokus på de äldre patienternas erfarenhet av mötet med läkaren på sjukhuset, men genomfördes i hemmet. Frågeområdena inleddes med en öppen fråga. De hade ingen speciell ordningsföljd, utan intervjuaren lyssnade aktivt genom hela intervjun för att upptäcka när den intervjuade själv pratade om sådant som berörde de olika ämnesområdena. Följdfrågor som till exempel: Hur menar du då? Har jag förstått dig rätt när jag säger...? Menar du att...? ställdes inom frågeområdena (Silverman, 2001).

Intervjuerna med de äldre patienterna gjordes en vecka efter utskrivning från sjukhus och pågick under hösten 2003. Intervjuerna bandinspelades och varade mellan 30 och 90 minuter. Alla intervjuer utfördes i de äldre patienternas bostäder för att säkerställa en lugn och trygg miljö. De välkomnade mig, men var till en början nervösa över att bli intervjuade. Därför samtalade vi en liten stund om någonting allmänt som till exempel om hur trevligt området var eller huset/lägenheten, om deras husdjur om de hade något, eller något liknande innan själva intervjun påbörjades. På så sätt blev mötet mer avslappnat.

Intervjuerna skedde antingen i vardagsrummet eller i köket, beroende på vad den äldre patienten ville att vi skulle sitta. Under tiden som jag förberedde iordningställandet av mikrofon, bandspelare och anteckningsblock, småpratade vi för att inte fokusera för mycket på förberedelserna.

Intervjuernas genomförande var olika beroende av i vilken mån informanterna kunde uppfatta frågorna. Det varierade beroende på dels hörselnedsättning, dels på åldersvaghet. När det gäller de patienter i det nedre åldersspannet där funktionsnedsättningarna var lägre hade intervjuerna ett normalt flöde. Däremot krävde intervjuer med de allra äldsta patienterna som i högre grad

hade funktionsnedsättningar att samtalstonen behövde höjas, talet vara långsammare och att frågorna behövde förtydligas eller omformuleras.

De äldre patienterna såg mig som en del av hälso- och sjukvården, vilket sannolikt hade betydelse för deras förhållningssätt till mig som forskare. Det märktes genom att de äldre patienter som hade erfarenheter och vana från arbete inom sjukvården var mer avslappnade och pratade mer obehindrat än de äldre patienter som inte hade någon direkt sjukhusvana.

Merparten av de kvinnliga äldre patienterna var ensamboende (8 kvinnor) och tillhörde åldersgrupperna, 65–74 år (1 kvinna), 75–84 år (4 kvinnor) och 85 år och äldre (3 kvinnor). De kvinnliga äldre patienterna som var gifta (3 kvinnor) ingick i åldersgrupperna, 65–74 år (2 kvinnor) och 75–84 år (1 kvinna). De manliga äldre patienterna var oftare sammanboende/gifta (6 män) och fanns i åldersgrupperna, 65–74 år (2 män), 75–84 år (2 män) och 85 år och äldre (2 män).

Merparten av de äldre patienterna (16 patienter) bodde i lägenhet, medan fyra bodde i villa/radhus.

Intervjuer med närstående

För att få kontakt med närstående kontaktades i första hand de äldre patienter som nyligen hade blivit utskrivna från sjukhus och som tidigare identifierats för patientintervjuerna (se beskrivning i ovanstående avsnitt). Av de tjugo äldre patienter som hade blivit intervjuade, var det tolv som hade haft en närstående med sig vid sista samtalet med läkaren före utskrivning. Det innebar att ytterligare åtta närstående behövde kontaktas för att få lika många informanter till närståendeintervjuerna som till patientintervjuerna. Därför togs åter kontakt med distriktssjuksköterskor och sjuksköterskor inom hemsjukvården för att få namn och telefonnummer på ytterligare äldre patienter som nyligen hade blivit utskrivna från sjukhus. För att uppnå det önskade antalet (20) närstående för studien, så behövdes sammanlagt tio äldre patienter kontaktas. Även i den andra omgången valde hemsjukvårdssjuksköterskorna konsekutivt ut de äldre patienterna.

Således skickades missivbrev (Bilaga 1) till äldre patienter med information om studiens syfte, genomförande, frivilliga deltagande samt konfidentiell behandling. Därefter ringde forskaren varje äldre patient för förfrågan om det

fanns någon närstående som hade hjälpt den äldre patienten vid mötet med läkaren. Om en närstående varit inblandad, tillfrågades den äldre patienten om tillåtelse att skicka missivbrev till denne med information om studiens syfte. Det krävdes kontakt med 30 äldre patienter för att nå 20 närstående. De äldre patienterna lämnade namn och telefonnummer på närstående. En vecka efter att missivbreven skickats ut till de närstående, kontaktades de på telefon för att tillfrågas om de ville delta i studien. Informationen till dem gavs således först skriftligt och därefter muntligt vid telefonkontakten. Samtliga 20 närstående accepterade att bli intervjuade och de bestämde tid och plats för intervjun. Vid intervjutillfället fick de återigen information muntligt och skriftligt samt frågan om de ville delta. Skriftligt informerat samtycke erhöles från samtliga intervjuade som även fick skriftlig garanti på konfidentiell behandling av den information de lämnade. Intervjuerna med äldre patienter och närstående har skett var för sig.

Intervjuer med närstående genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjumall (Bilaga 3) hösten 2003. Intervjuguiden bestod av följande 3 frågeområden relaterade till närståendes erfarenhet från mötet med läkaren på sjukhuset: 1) erfarenheter och förväntningar av mötet med läkaren, 2) tillgång till information och 3) möjlighet till medverkan. Intervjuerna med närstående genomfördes på samma sätt som intervjuerna med äldre patienter genomfördes, det vill säga i hemmet, men fokus i intervjun var deras erfarenhet från sjukhuset.

De bandinspelade intervjuerna med närstående, varade mellan 30 och 90 minuter och genomfördes samma vecka eller veckan efter det att de äldre patienterna hade blivit utskrivna från sjukhus.

Tolv av intervjuerna med närstående skedde i hemmet hos de äldre patienterna som deltog i studien. De närstående ansåg att det var viktigt att den äldre familjemedlemmen var med och lyssnade på intervjun då de ansåg att det även berörde den äldre familjemedlemmen. De övriga åtta intervjuerna genomfördes även de i hemmet även i de fall där den närståendes äldre familjemedlem inte deltog i studien.

De närstående välkomnade mig och var nyfikna och intresserade inför den kommande intervjun. Det framkom genom att de närstående betonade vikten av att hur de upplever sjukvårdssituationen och mötet med läkaren blev kända. Konversation om denna fråga öppnade upp till en avslappnad intervju.

Intervjuerna med närstående genomfördes antingen i vardagsrummet eller i köket, beroende på var den äldre familjemedlemmen (patienten) ansåg det lämpligt att sitta. Däremot ansåg närstående som inte hade någon familjemedlem som deltog i studien att jag skulle bestämma var som var lämpligast att sitta. Vid förberedelserna med mikrofon, bandspelare och anteckningsblock, småpratade vi om mitt yrke och varför jag intresserade mig för det aktuella området.

Åldersspridningen (39–87 år) bland de närstående innebar att intervjuernas genomförande skiljde sig åt. Vid intervjuer med dem som var mellan 39 år och 80 år behövdes inga justeringar göras. Däremot behövde tonläget höjas, samtalstakten bli långsammare och förtydligande eller omformulering av frågorna göras vid intervjuerna med dem som var de allra äldsta (>81 år). Det berodde på att några i den gruppen hade nedsatt hörsel och ibland hade svårt att förstå frågorna.

Samtliga närstående såg mig som en resurs för att få fram sina erfarenheter av mötet med läkare. Oavsett vana vid sjukhus, läkarkontakter eller kontakt med vårdpersonal, pratade de närstående obehindrat om sina erfarenheter. Den skillnad som fanns mellan dem med vana från sjukhus och de som inte hade det var att de med sjukhusvana använde facktermer, det vill säga, språk och uttryck som överensstämmer med hälso- och sjukvårdens miljö och kontext. De hade också mer kännedom om rutiner på en vårdavdelning och kunde på så sätt uttala sig om läkare utförde sina arbetsuppgifter på ett korrekt sätt.

Samtliga närstående var gifta eller sammanboende och tio av dem bodde i lägenhet och tio bodde i villa eller radhus.

Intervjuer med läkare

Som tidigare angivits har intervjuer med läkare som blivit intervjuade i projektet *Läkares erfarenhetsbaserade kunskap* (Skyvell Nilsson et al, 2006) använts för att få kunskap om läkares erfarenhet av att möta patienter under sjukhusvistelse.

I projektet *Läkares erfarenhetsbaserade kunskap* (Skyvell Nilsson et al, 2006), som genomfördes vid ett storsjukhus i Sverige, var syftet att beskriva den erfarenhetsbaserade kunskapens professionella uttryck hos yngre och äldre läkare. Med detta menas den erfarenhetsbaserade kunskap som utvecklats i

läkarnas professionella arbete och som kommer till uttryck i handling. Genom att både äldre- och yngre läkare deltog gavs möjlighet att beskriva variationer i kunskapens professionella uttryck som kan hänföras till erfarenhet. För att kunna beskriva den erfarenhetsbaserade kunskapen sattes den i relation till det professionella arbetet och det förhållningssätt som framkom i deras utsagor. Intervjuerna handlade om händelser och handlingar som läkarna ansåg gav uttryck för det professionella arbetet. Därtill fokuserade intervjuerna på läkarnas förhållningssätt och kunskapsinnehåll i det kliniska arbetet (Skyvell Nilsson et al, 2006).

Att använda detta intervjumaterial bedömdes möjligt för att få kunskap om läkares erfarenhet av att möta patienter. Relevansen i att använda projektets material i den aktuella studien ligger i deras beskrivning av den erfarenhetsbaserade kunskapen i kliniskt arbete, det vill säga det professionella arbetet och förhållningssättet, vilket kommer till uttryck i mötet med patient och närstående. Då läkarna i projektet var verksamma inom medicinavdelning, akutmottagning och medicinmottagning, har de erfarenheter från vårdformer där andel äldre patienter är hög. Därmed ansågs data från projektet kunna bidra till svar på syftet i den nu aktuella studien.

I denna avhandling har fokus bland annat varit att beskriva läkares erfarenheter av mötet med patient. Det innebär att studien inte har för avsikt att analysera variationer av mötet varför det inte varit relevant att dela upp intervjugruppen i yngre och äldre läkare utan se gruppen som en entitet.

Användning av intervjumaterial i ovan nämnda studie har gjorts efter vederbörligt tillstånd från projektägaren. I det aktuella projektet kontaktades studierektorer på sjukhuset för att nå yngre läkare och erfarna läkare. De valdes strategiskt inom en medicinklinik av en tidigare chef med god kännedom om kliniken. De utvalda läkarna informerades såväl muntligt via telefon som skriftligt och efter att ha inhämtat samtycke avtalades tid på respektive klinik för intervju av två av forskarna i studien.

Läkarintervjuerna var också enskilda och utgick från en semistrukturerad intervjuguide som fokuserade läkarnas professionella erfarenhet inom internmedicinsk verksamhet. Följande frågeställningar ingick i studien: 1) hur beskriver yngre respektive äldre läkare sitt kliniska arbete och handlande, 2) hur uttrycks den professionella erfarenhetsbaserade kunskapen i det kliniska arbetet av yngre och äldre läkare och vad innehåller den. Frågorna ställdes inte i någon speciell ordningsföljd, utan intervjuaren lyssnade aktivt på läkaren och

försökte upptäcka nyanser och ställde passande följdfrågor. De bandinspelade intervjuerna med läkarna genomfördes år 2004 på lämplig plats inom sjukhuset och varade mellan 45 och 70 minuter (Skyvell Nilsson et al, 2006).

Läkarna var nyfikna på projektet, framförallt var de äldre intresserade över att få klarhet i vad deras erfarenhetsbaserade kunskap innehöll och dess nytta för vården. De yngre läkarna kunde med lätthet finna situationer som stack ut och de berättade om sitt handlande och hur de tänkte. De äldre läkarna hade däremot initialt svårt att få fram situationer som de ansåg viktiga och gav beskrivningar i mera generella ordalag.

Några av läkarna var initialt skeptiska till bandinspelning, men det avtog snabbt och de berättade med entusiasm, förstod frågorna och svarade obehindrat på alla typer av frågor.

Läkarnas ålder varierade; den yngste var 30 år och den äldste 70 år. Samtliga äldre läkare (65–70 år) var disputerade medan ingen av de yngre läkarna hade disputerat.

Etik

Den del av studien som berör patienter och närstående har granskats och godkänts av forskningsetiskkommitté (2002–05–13. Dnr Ö 080–02). För intervjuer med läkarna som gjordes 2004 har Etiska riktlinjer vilka antogs av MFR 2003 varit ledstjärna i studien.

Tillstånd att genomföra intervjuer med äldre patienter har erhållits från primärområdeschefen i Västra Götalandsregionen och från vårdenhetschefer inom kommunal- och primärvård. För intervjuer med läkare har tillstånd erhållits från ledningen vid medicinkliniken. I projektet *Läkares erfarenhetsbaserade kunskap* (Skyvell Nilsson et al, 2006) var inte något fackligt förbund inkopplat.

Samtliga informanter har vid upprepade tillfällen före intervjun blivit muntligt och skriftligt informerade om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan (Vetenskapsrådet, 2003). Samtliga informanter har gett sitt skriftliga samtycke till att delta i studien. Någon ersättning har inte betalats ut till informanterna.

De ljudbandinspelade enskilda intervjuerna har behandlats strikt konfidentiellt och har endast använts för forskningsändamål och har inte legat till grund för den enskilde patientens vård och behandling. Ljudbanden förvaras inlåsta i brandsäkert skåp på institutionen för vårdvetenskap och hälsa. De utskrivna intervjuerna har kodats för att säkerställa konfidentiell behandling av data. Materialet förvaras under sekretess och har använts endast av medarbetare inom studien. Materialet kommer att bevaras i 10 år efter att studien avslutats.

Analys och tolkning

Avhandlingens teoretiska perspektiv gör att analysens utgångspunkt är beroende av kontexten. Mötet, det vill säga den medierade handlingen, formas av det historiska, kulturella, sociala och institutionella sammanhanget (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). Detta sociokulturella perspektiv har använts för att förklara på vilket sätt mötet mellan äldre patient, närstående och läkare inom sluten sjukhusvård tar gestalt.

Samtliga intervjuer har transkriberats så ordagrant som möjligt (kolumn 1 i tabell 1). Äldre patient- och närståendintervjuerna har transkriberats av intervjuaren medan läkarintervjuerna transkriberats av sekreterare med vana att skriva ut forskningsintervjuer. I samband med transkriptionen av patient och närståendintervjuerna gjordes jämförelser mellan intervjuutskriften och ljudupptagningen genom att samtidigt läsa och lyssna på dessa. De få felaktiga utskriften som upptäcktes justerades. Genom att läkarintervjuerna ingått i en annan studie har enbart transkriberade utskriften varit tillgängliga för denna studie.

Trots att själva intervjutillfället är ett samspel mellan forskare och intervjuperson, där berättelsen skapas tillsammans och därmed blir en gemensam konstruktion, är det inte denna interaktion som är fokus i studien (Edwards, 1997) utan innehållet i det sagda. Det är således intervjupersonens erfarenheter av mötet som är studiens fokus och därmed utfallet av innehållet i intervjuerna.

Analysen bidrar till att skapa ordning i de egenskaper, innebörder och företeelser som finns i ett empiriskt material. Forskaren söker efter strukturer och regelbundna mönster i (intervju)texten och drar slutsatser på basis av dessa regelbundenheter (Silverman, 2001). Utifrån ovanstående resonemang har den

primära analysen av materialet gjorts med hjälp av innehållsanalys och bedömts vara relevant för att fånga äldre patienters och närståendes erfarenhet av mötet med läkaren, likaså läkares erfarenheter av mötet med patient. Respektive informantgrupps intervjuer har analyserats var för sig. Därtill har en ytterligare analys genomförts av de teman och subteman som framkommit i innehållsanalysen. Denna senare analys har gjorts med stöd av sociokulturell teori. Denna analys beskrivs längre fram i detta avsnitt.

Det första steget i analysfasen var genomläsning av alla intervjutexterna (Silverman, 2001). Detta gjordes upprepade gånger för att lära känna materialet och få en känsla för helheten. I samband med genomläsning av materialet ställdes frågan ”vad sägs” till texten. Denna fråga är en etapp för att komma vidare i analysen och för att få förståelse av vad informanterna erfar i mötet. Med utgångspunkt i forskningsfrågor och syftet har meningar och/eller fraser som innehåller information som är relevanta markerats i texten. Denna del i analysfasen kallas enligt Silverman (2006) manifest analys. I den manifesta analysen markeras direkta uttryck, ord och utsagor i texten som överensstämmer med syftet (i det här fallet beskrivningar av hur äldre patienter och närstående erfar mötet med läkaren, likaså läkares erfarenheter av mötet med patient). När de direkta uttrycken, ord och utsagor markerats, gjordes noteringar i textmaterialets marginal.

I det andra steget gjordes med fokus på studiens syfte identifiering och en grovsortering av ord, uttryck och meningar, det vill säga meningsbärande enheter (kolumn 2 i tabell 1). De meningsbärande enheterna kondenseras i syfte att korta ned texten, men innebörden bevarades och kondensatet låg nära den ursprungliga texten.

I det tredje steget markerades och kodades (kolumn 3 i tabell 1) de meningsbärande enheterna. En kod beskriver innehållet i respektive meningsbärande enhet på en något abstraktare nivå än kondensatet. Dessa kodade meningsbärande enheters underliggande mening grupperades efter sitt innehåll. Under detta analyssteg påbörjas vad Silverman (2006) kallar för den latenta analysen som innebär att en tolkning av texten görs för att försöka utveckla sådant som inte explicit sägs i intervjumaterialet. Det innebär att utveckla struktur och relationer som inte framträder omedelbart i texten. Silverman rekommenderar att forskaren försöker se variationer såsom likheter och skillnader i grupperingarnas innehåll. På så sätt tydliggörs budskapet i dem. Utifrån denna jämförande analysprocess identifieras subteman (kolumn 4 i tabell 1). Avslutningsvis formuleras utifrån dessa ett övergripande tema, som

beskriver (kolumn 5 i tabell 1) den latent inbörden i utsagorna (Silverman, 2001). Analysprocessen har fortlöpande varit en läsnings- och tankeprocess från intervjun till den avslutande analysen och har samspelat mellan syftet, frågor, kodning och slutligen subteman och teman.

För att exemplifiera hur analysen genomförts används ett exempel från en intervju med en närstående (se Tabell 1). I exemplet som ges görs en beskrivning av meningsbärande enheter som har markerats och som överensstämmer med studiens syfte följt av kodning, subtema och tema.

Tabell 1. Beskrivning av analysförfarande vid intervju med närstående.

Intervjutext	Meningsbärande enheter	Kodning	Subtema	Tema
(I) Kan du beskriva hur du upplevde mötet som närstående?		Närstående söker kontakt	Att bli ignorerad	Mötet med läkaren väcker
(N) Ja eh det var ju så nu att <u>det var ju jag som frågade</u> /.../så att <u>det var ju att jag gick och knackade på</u> /.../eftersom jag visste att NN skulle åka hem dagen därpå så att det var ju <u>inte något planerat vårdtillfälle</u> /.../det kändes som att <u>jag inte var där</u> att de var <u>inte intresserade över mina åsikter</u> /.../det var <u>inte någon kontakt</u> (I 2)	det var ju jag som frågade jag knackade på			positiva och negativa känslor hos närstående
	inte planerat vårdtillfälle			
	jag inte var där			
	inte intresserade över mina åsikter			
	inte någon kontakt			

I=Intervjuare, N=Närstående

Tabell 1 avser att belysa hur analysen av intervjumaterialet genomförts. Följande fråga har ställts: "Vad säger mig detta intervjuutdrag om närståendes erfarenheter av mötet med läkaren?". Det har funnits ett fortlöpande samspel mellan syftet, intervjumaterialet och koder där slutligen subteman samt teman

har kommit fram under denna analysprocess, såsom i det illustrerade förfaringssättet. Vid sammanställning av olika koder, har olika frågor ställts till datamaterialet under analysarbetet.

Exempel på meningsbärande enheter som svarar mot frågan som ställdes till materialet: ”Hur bemöts närstående när de söker kontakt med läkaren?” är följande: det var ju jag som frågade, jag knackade på och inte intresserade över mina åsikter och som sedan har ingått i subtemat ”Att bli ignorerad”.

Vid granskningen av varje kod identifierades således olika områden. Dessa områden har utifrån sitt innehåll sedan bildat subteman. Ytterligare exempel på kod som förts till detta subtema är ”inte någon kontakt”. Tillsammans med ytterligare subteman till exempel ”Att bli sedd” kunde därefter temat ”Mötet med läkaren väcker positiva och negativa känslor hos närstående” bildas. Teman har allt eftersom analysen fortskridit antingen reducerats eller expanderats beroende på vad som framkommit i koder och subteman. Under processen ställdes frågor till texten till exempel ”Vad är det som sticker ut?” och ”Vad framkommer i koderna och subteman?”. De slutliga temana inom respektive analysomgång (äldre patient, närstående och läkare) gavs passande rubriker baserat på deras innehåll. Analysförfarandet har följt samma procedur när det gäller närståendeeintervjuerna och vid sekundäranalysen av läkarintervjuerna.

En analys och syntes av innehållet i teman och subteman har gjorts med hjälp av sociokulturell teori (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). I samband med genomläsning av teman och subteman i alla tre avsnitten (äldre patient, närstående och läkare) ställdes först innehållsliga frågor till resultatet: ”Vad finns det för gemensamma aspekter i teman och subteman?” och ”Vad finns det för likheter och skillnader i dessa?”.

I analysen framträdde de delar som var mest betydelsefulla i mötet mellan äldre patient, närstående och läkare nämligen samtal, makt, interaktion och meningsskapande. När dessa delar framträtt kontrollerades de mot grunddata för att verifiera att det fanns en överensstämmelse mellan grunddata och de fyra aspekterna av mötet. Dessa framträdande aspekter har därefter granskats utifrån hur de kan förstås med stöd av sociokulturell teori.

Trovärdighet och tillförlitlighet

Studien utgår ifrån och tar stöd av den teoretiska grundval som finns i sociokulturellt perspektiv, där mötet ses som en aktivitet som tar form beroende på det historiska, kulturella, sociala och institutionella sammanhanget. Syftet med studien är att beskriva äldre patienters och närståendes erfarenhet av mötet med läkaren liksom läkarnas erfarenhet av mötet med patienten.

För att stärka trovärdighet i data, det vill säga hur sann, riktig och värdefull informationen från informanterna är (Silverman, 2001), har informanterna fått berätta om sina upplevelser av mötet vid intervjutillfället. Vid intervjutillfället har samma fråga ställts vid samtliga intervjuer för att efterfråga samma sak, det vill säga erfarenheter av mötet. Det finns ingen anledning att misstro informanternas berättelser, men det har funnits en medvetenhet om att forskning alltid är en reduktion av informanternas ord (Silverman, 2001). Risken för begränsningar i informanternas berättelser anses minimala då det har funnits en öppenhet under intervjutillfällena. De äldre patienternas och närståendes berättelser om deras erfarenheter av mötet med läkaren har tolkats med antagandet att de inte medvetet har dolt information. Liknande förhållanden torde ha gällt vid läkarintervjuerna, men detta kan inte bekräftas då personlig erfarenhet från dessa intervjuer saknas. Reduktionen och tolkningen av informanternas utsagor styrks i resultatpresentationen av citat vilket ger grund för att läsaren också ska bedöma resultatets trovärdighet.

Min bakgrund som sjuksköterska kan vara en styrka då jag är bekant med vårdmiljön och det ställningstagande som görs i vården. Denna erfarenhet kan ha betydelse för att förstå och tolka det som informanterna erfar och beskriver om mötet med läkare. Å andra sidan kan denna erfarenhet innebära att det kända blir taget för givet och det kan i sin tur riskera att vissa nyanser kan förloras. Därför har ansträngningar hela tiden gjorts för att behålla ett medvetet och kritiskt förhållningssätt till förförståelsen och vad den kan innebära under såväl intervjuernas genomförande som analys av dem.

För att inte trovärdigheten i informanternas utsagor ska påverkas negativt har äldre patienter, närstående och läkare ombetts att berätta om möten det senaste året för att minska risken för minnesluckor. På så sätt har också risken för anekdotiska berättelser minskat.

I analysen betyder trovärdigheten inte detsamma som sökandet efter det sanna utan mer om att finna trovärdiga förklaringar och beskrivningar av olika fenomen. För att öka trovärdigheten måste en detaljbild beskrivning göras över hur forskaren på ett systematiskt sätt har samlat data (Silverman, 2001). Metodbeskrivningens detaljnivå avser att fylla detta behov.

Studiens fokus befinner sig i äldre patienters, närståendes och läkares erfarenheter av mötet. Silverman (2001) betonar att forskarens förmåga att hålla sig öppen i datainsamlingen är viktig för att minimera risken för påverkan. För att den äldre patienten och närstående så fritt som möjligt skulle berätta om sina erfarenheter av mötet med läkaren användes en semistrukturerad frågeguide som stöd vid intervjuerna. Samtidigt som intervjuguiden gav stöd för att ställa liknande frågor har öppenhet i intervjusituationen eftersträfvats, vilket antas ha minskat risken för att påverka äldre patienter respektive närstående.

Vid läkarintervjuerna användes en semistrukturerad frågeguide som stöd vid intervjuerna för att täcka samtliga frågeområden. Läkarnas yrkeserfarenhet och de händelser som de ansett vara mest betydelsefulla att berätta om har gjort att intervjuerna har fått olika karaktär (Skyvell Nilsson, Knutsson, Samuelsson, Lönnroth & Pilhammar Andersson, 2006).

För att stärka kommunikativ trovärdighet användes respondentvaliditet under intervjun (Silverman, 2001). Det innebär att den kommunikativa trovärdigheten prövas genom dialog med informanterna. För att vara säker på att inga missförstånd skapades under intervjun, gjordes en sammanfattning av det sagda, där informanten kunde göra eventuella korrigeringar och förtydliganden. En nackdel är att respondentvaliditet bara är möjligt om resultatet av analysen överensstämmer eller passar med informantens självuppfattning (Abrams i Silverman, 2001). Fördelen enligt Bloor (i Silverman, 2001) är att responsvaliditet genererar mer data vilket oftast kan utvecklas till intressanta vägar för vidare analys i det specifika ämnet.

Innebörden i tillförlitlighet är noggrannheten i genomförandet av datainsamling, analys och presentation av resultat. Processen fram till presentation och slutsats bör vara synlig i resultatet (Silverman, 2001). För att få med samtliga frågeområden, har forskaren använt sig av en intervjumall vid datainsamlingen. Under analysarbetet har en kontinuerlig diskussion förts i forskargruppen. Resultatredovisningen styrks med hjälp av citat från informanternas utsagor. På det sättet ges läsaren möjlighet att bilda sig en

uppfattning om innehållsbeskrivningar i teman och subteman. För att minska risken för bias har teman och subteman diskuterats med övriga forskare i gruppen.

Vid datainsamlingen har bandspelare med separat mikrofon använts (Silverman, 2001). Ljudkvaliteten var god, vilket borgar för att informanternas utsagor skrivits ut och kunnat tolkas i sin ursprungliga form.

Om flera av informanterna oberoende av varandra beskriver ett fenomen på ett sätt så att ett mönster kan framträda och inga ytterligare variationer tillkommer vid ytterligare datainsamling kan beskrivningen anses äga viss allmängiltighet. Vid analysen visade det sig att datamättnad förelåg i det insamlade materialet (Pilhammar Andersson, 1996).

Ett av explorativa studiers huvudsyften är att söka upptäcka nya dimensioner hos det ämne som är föremål för undersökningen. I intervjuerna eftersträvades att äldre patienter, närstående och läkare så fritt som möjligt får berätta om sina erfarenheter av mötet. Detta innebär en avsikt att inhämta så mycket information som möjligt inom det specifika problemområdet (Silverman, 2001). Därmed måste antalet informanter väljas för att kunna få fram ett resultat där både meningsfulla och tillförlitliga slutsatser kan dras. Datamaterialet i denna avhandling anses tillräcklig då 58 enskilda intervjuer har genomförts och analyserats.

7 Resultat

Resultatet presenteras med utgångspunkt i informanternas erfarenhet av mötet och utgår från studiens tre perspektiv: *Äldre patienters erfarenhet av mötet med läkare*, *Närståendes erfarenhet av mötet med läkare* och *Läkarnas erfarenhet av mötet med patienter*.

I resultatredovisningen kommer citat ur datamaterialet att användas för att belysa dessa erfarenheter. Citat används inte i första hand för att belysa utan för att visa på vilka grunder tolkningar är gjorda. Vid citat anges vilken intervju som utsagan hämtats ifrån. Exempel (I 1), står I för informant, siffran 1 innebär intervju nummer 1.

Anhörig kommer att användas synonymt med närstående, då begreppet anhörig används av en del av informanterna vid intervjutillfället.

Ytterligare läsanvisningar:

[] förklaringar och förtydligande anges inom hakparentes.

Fetstilt ord används när betoning görs av informanten.

/.../ utelämnande av text som anses oviktig i sammanhanget.

Äldre patienters erfarenhet av mötet med läkare

I detta första avsnitt av tre kommer de äldre patienternas erfarenheter av mötet med läkaren att presenteras utifrån de teman med respektive subteman som har framkommit vid analys av intervjumaterialet. Varje tema med sina respektive subteman kommer att presenteras var för sig och följer den struktur som framgår i tabell 2.

Tabell 2. En översikt av äldre patienters erfarenhet av mötet med läkare.

Tema	Subtema
Förhållningssätt påverkar uppfattning av mötet	Att behandlas som en unik individ Att påverkas av läkarens kroppsspråk Att sakna inflytande Att ta och få kontroll över vårdsituationen
Samspel påverkar kunskapsutbytet	Att ges möjlighet till ömsesidigt utbyte Att förstå informationen med hjälp av närstående
Maktförhållanden påverkar möjlighet till eget ansvar	Att ges möjlighet att medverka i vårdsituationen Att underordnas läkaren

Förhållningssätt påverkar uppfattning av mötet

Hur bemötandet och samtalet med läkaren upplevs av patienten bestäms till stor del av läkarens och patientens förhållningssätt. Detta kommer att styra patientens upplevelse av att bli sedd som individ och de möjligheter som ges till inflytande och kontroll i vårdsituationen. I situationen uppmärksammas och tolkas läkarens kroppsspråk av patienten vilket kommer att inverka på upplevelser och inriktning av mötet.

Att behandlas som en unik individ

Att vara inlagd på sjukhus och befinna sig i en främmande miljö kan inverka på patientens integritet och känsla av att vara en unik individ. För att kunna känna sig som unik krävs, enligt patienterna, att läkaren pratar med dem, bryr sig, tar

sig tid, ser och behandlar dem utifrån deras önsknings, behov och resurser. Patienten lägger vikt vid att kunna prata med läkaren ”precis som med vem som helst” (I 20) och att läkaren tar patientens frågor på allvar. I nedanstående citat beskriver patienten hur medvetenhet om den egna kroppen och kunskap om hur den fungerar, kan stärka deras position i mötet med läkaren. Det kan visa sig genom att patienten kan göra utförliga beskrivningar av symtom och effekter av mediciner samt tidigare undersökningar och behandlingar.

Kände sig delaktig. Det kändes bra, det var ingen som bestämde åt mig/.../jag känner min kropp så pass väl (I 14).

Jag har kunnat säga hur jag känner mig. Hur ont jag har och så här. Kunde säga hur jag ville ha det/.../jag känner mig nöjd, de lyssnar på mig (I 15).

Att bli behandlad som en individ innebär enligt patienterna att läkaren förklarar komplicerade kroppsliga funktioner eller behandlingsmetoder på ett okomplicerat sätt. På så sätt visar läkaren förmågan att vara omtänksam och uppvisar ett kamratligt beteende som till exempel att sätta sig ner bredvid patienten vilket exemplifieras i nedanstående citat. Då upplever patienten att läkaren är hänsynstagande och har förståelse för patientens situation och känslan av att vara väl omhändertagen kan infinna sig.

Läkaren var bra, satt ner bredvid mig i sängen och pratade/.../brydde sig/.../verkar så enkla, inga krusiduller, på samma våglängd/.../En del läkare är som en pappa, pappaaktig/.../Det är ju det man vill, ha en läkare som man kan prata med precis som med vem som helst, få information, känna sig delaktig, inte komplicerat/.../Läkaren lyssnade när jag försökte säga hur jag ville ha det. Vad jag kände är viktigt för läkaren att veta (I 20).

En del av patienterna upplever å ena sidan att det ibland är en slump eller att ha tur att bli behandlad som en individ. Det är en lyckoträff att få duktiga och tillmötesgående och medgörliga läkare med en tillåtande attityd som ger patienten utrymme att beskriva sin sjukdomsproblematik. Å andra sidan upplever en del patienter att det kommer an på en själv om man blir behandlad som en individ vilket beskrivs i nedanstående citat.

Är det någonting så får man höra av sig till läkaren, det gäller att vara öppen, så jag tycker att det fungerade bra, i detta fall fungerade det bra. Jag vet ju inte om jag har haft tur att de läkarna som jag fick var bra (I 7).

Motsatser förekommer nämligen att patienterna inte upplever sig bli behandlade som individer. Patienterna ger exempel på att läkaren kan ha en nervärderande attityd och visar bristande hänsyn gentemot dem och deras förståelse för sitt hälsotillstånd. Trots att patienten är kritisk till förhållningssättet kritiserar inte läkaren utan patienten lägger förklaringen i den egna sviktande hälsan. Då kroppen är gammal och trött finns det ingen ork ”man bryr sig inte så mycket när man är sjuk” (I 3). Därtill anlägger patienten en ton av tacksamhet för att få sitt rättmätiga behov av hjälp och vård för sin sjukdom tillgodosett. Det tycks inte vara acceptabelt att ifrågasätta ett bristande bemötande vilket beskrivs i nedanstående citat. Patienterna som inte ifrågasätter läkarens bemötande beskriver att det finns en oro att inte få den vård som behövs, vilket kan förklara att de inte motsätter sig läkarens uppförande.

Det var ingen som frågade mig, det är väl så när man inte orkar både det ena och det andra/.../Man har ingen talan/.../man liksom finner sig i det/.../man är tacksam att man får den hjälpen man får/.../man ifrågasätter inte (I 1).

Behovet av att få känna människovärde påtalas. Att läkaren har ett förhållningssätt präglad av hänsyn, värdighet och omtanke i mötet med patienten upplevs som tryggt. Patienten kan uppleva att patientrollen ges ett mindre värde. Att ligga i en sjukhussäng på en vårdavdelning uppfattas som en avpersonifiering där patienten blir en del av sängen och sängnumret och inte en person. När patienterna uppfattar situationen på detta sätt kan patienten uppleva sig som ”ett nummer” (I 3), och det anses inte vara humant vilket exemplifieras i nedanstående citat.

Man är en människa och inte ett nummer/.../när man ligger där, att man åker in och ut och ingenting mer och det är viktigt att man känner att man har människovärde (I 3).

Att påverkas av läkarens kroppsspråk

För patienterna är den icke verbala kommunikationen lika viktig som den verbala och de uppfattar icke verbal kommunikation i läkarens ansiktsuttryck, kroppshållning och i kroppsrörelser. Ett exempel är om läkaren har ”ögonkontakt och inlevelseförmåga” (I 4) eller inte. Patienterna tolkar läkarens kroppsspråk och ser det som tecken på om och i vilken grad läkaren är engagerade i samtalet. Ett annat exempel på tecken som kroppsspråket sänder är att läkaren har bråttom eller inte tar sig den tid patienten behöver.

Patienterna upplever det negativt och är oroliga för att de därför kanske inte får tillräcklig information från läkaren. Läkarens kroppsspråk bidrar således till uppfattningar om läkarens förhållningssätt till patienterna i mötet dem emellan. I nedanstående citat påtalar patienten läkarens tidsbrist och stress.

Hans [läkaren] kroppsspråk visade att han hade bråttom/.../stressen, jakten (I 1).

När läkaren inte uppfattas ha tid att sitta ner och prata med dem sänder det signaler om att läkaren inte har tid. Patienterna förväntar sig att läkarens information är så viktig att han eller hon borde ta sig tid att sitta ner. Att stå upp eller verka vara okoncentrerad inbjuder inte till diskussion. Då uppfattar patienter att läkaren är ointresserad av att kommunicera med och att informera dem. När information till patienten ges som av en händelse kan man av patienternas utsagor förstå att de känner sig lågt värderade. Då läkarna är upptagna med att läsa och gå igenom journaler och remisser framför dem uppfattar patienterna det som om läkarna anser att journalen eller remissen är viktigare och intressantare än att samtala med dem. Det ger signaler som att läkaren verkar mycket upptagen och inte ska störas med frågor vilket exemplifieras i nedanstående citat.

Läkaren ger sådana signaler, exempelvis står upp och bläddrar i papper/.../de [läkaren] kan oftast stå i korridoren så här snabbt, sedan går de vidare (I 4).

Patienten vill till exempel ha kunskap om vad behandlingen innebär, hur behandlingen utförs samt möjlighet att ta del av andra behandlingsformer. Patienterna vill ha svar på sina frågor. Men för att det ska bli möjligt måste svaren vara förståeliga vilket beskrivs i nedanstående citat. De uppfattar att läkaren ibland medvetet talar ett språk som de inte förstår för att slippa kontroverser om vilken behandling som anses mest lämplig.

Om jag ställer frågor vill jag ha svar, men det måste vara på rätt nivå, är det ett komplicerat svar är det ju ingen idé att de förklarar för mig om jag inte är insatt i det, det ger mig ingenting (I 7).

Att sakna inflytande

Patienten vill bli behandlad som jämlik, vilket innebär önskan att få diskutera och besluta om behandling tillsammans med läkaren. Det framkommer att patienter inte alltid upplever att deras behov blir tillgodosedda i detta avseende.

Patienterna anger att den individuellt anpassade informationen är grundläggande för att kunna diskutera vård och behandling om hälsotillståndet och om olika alternativa möjliga behandlingar. Patienter upplever att läkaren inte alltid lyssnar trots att patienterna har kunskap både om sig själva och om sin sjukdom. Läkarens förhållningssätt skapar på så sätt en obalans i relationen. Nedanstående citat beskriver hur patienten saknar inflytande i mötet med läkaren.

Läkaren lyssnade inte på mig, på mina kunskaper om min kropp. När man säger att si eller så är det, måste väl läkaren kunna lyssna. Han kan ju inte veta, han tog ingen notis/.../så roligt är det inte att åka in till sjukhus, inte i onödan, utan när man känner att man behöver (I 16).

I ett förtroendefullt möte ingår personlig kontakt, hänsyn och förståelse från läkarens sida. Det innebär enligt patienterna att läkaren behöver uppmärksamma deras behov och efterhöra deras åsikter och erfarenheter. Det är först då som möjligheten till delat ansvar kan utvecklas och patienten ges möjlighet till inflytande över sin egen behandling. Trots att detta hänsynstagande borde finnas i relationen mellan patient och läkare kan patienten enligt nedanstående citat uppleva att läkaren är hård och att det är bäst att lyda order istället för att dela ansvar för val av behandling.

Det var ingen som frågade mig, det är väl så när man inte orkar delta fullt ut. Läkaren pratade väldigt kortfattat/.../Vill bli av med en. Det var inte så här jag hade tänkt mig/.../En del läkare är hårda, man förväntas lyda order/.../man har ingen egen talan/.../känner ingen delaktighet (I 1).

Patienterna upplever att deras inflytande över att göra aktiva val i vård och behandling är inskränkt. En förklaring patienterna ger är att de tror att läkaren försöker föra dem bakom ljuset genom att säga hur patienten ”vill ha den fortsatta vården” (I 12). Läkarna uppfattas ibland ha ett indoktrinerande förhållningssätt vilket beskrivs i nedanstående citat. Det kan resultera i att den vård och behandling som läkaren beslutar inte får önskvärt utfall. Som en följd av det kan ytterligare behandlingar behövas, som kan vara påfrestande, smärtsamma och tidskrävande för patienten.

Läkaren försöker lura en, man förväntas tycka om det som de föreslår och man har inget att välja på/.../de la orden i munnen på mig (I 12).

Hos patienter som uppfattar att läkaren försöker pådyvla dem sina förslag kan detta leda till misstro mot läkaren. Därför behöver läkaren enligt patienterna vara medveten inte bara om sina ordval utan också om sitt beteende så att inte mötet leder till låsta positioner. Patienterna anser att möjlighet att utnyttja rätten att vara med och bestämma vilken behandlingsform som är mest passande försvinner om de inte får kunskap om vilka behandlingsformer som finns. De upplever utanförskap och bristande inflytande. Ibland upplever de att läkaren är hemlighetsfull och svårtillgänglig vilket exemplifieras i nedanstående citat. Det blir därmed svårt för patienten att ta del av läkarens kunskaper när känslan av bristande inflytande finns.

En del läkare är inbundna, nästan hemlighetsfulla/.../Läkaren sa inte mycket/.../läkaren förklarade inte/.../utan remitterade mig till en annan läkare (I 19).

Att ta och få kontroll över vårdsituationen

Läkarens förhållningssätt handlar om att ha en personlig hållning det vill säga vara flexibel och ha förmåga att kunna kommunicera med patienten. Med hjälp av detta positiva förhållningssätt skapas ett tryggt möte med intresse och empati för patienten. Det medför att ett sådant möte kan bidra till att den patient som är nyfiken på sin kropp och sin hälsa kan uppleva en känsla av att få kontroll. Att ta och få kontroll över sin situation kan även innebära att patienten ges möjlighet att vara med och välja behandlingsform, vilket i sin tur kan medföra att behandlingen blir mer effektiv. När det handlar om den egna kroppen får man enligt patienterna inte vara rädd att uttrycka sina behov och önsningar vilket nedanstående citat beskriver. När patienten känner att kroppen är i balans upplever patienten sig mer mottaglig för behandling.

Det gäller mig, min hälsa/.../Jag är inte rädd att säga vad jag tycker/.../jag sa min mening och sedan fick ju de [läkarna] bestämma/.../När det kommer till hälsan, får man sjunga ut förstår du, det är väldigt viktigt, annars blir det fel och det känns inte bra (I 8).

Det är inte bara läkarens förhållningssätt som har betydelse i mötet utan också patientens. Ett sätt att få kontroll över vårdsituationen är enligt patienterna att inte vara blyg och rädd, utan att våga ifrågasätta. Läkaren betraktas då inte som en auktoritet som har ensamrätt att besluta om vården. Det gäller att ta vara på sitt självbestämmande vad gäller vårdens utformning anger patienter. Att kunna rutiner inom sjukhusvården är en fördel för då vet patienten ”hur psalmerna går så att det är inga problem” (I 11). I nedanstående citat beskriver patienter

att de kan ha kraft och ork att ifrågasätta och ställa frågor till läkaren, då de anser att deras hälsa står på spel.

Är varken rädd för att fråga eller rädd för att berätta hur jag har det (I 14).

Vågar ställa frågor. Jag måste ju fråga vad det är bra för.../Jag försöker prata om det som jag vill ha sagt, som jag tycker är viktigt (I 20).

De patienter som har en vana att prata med andra människor och anser sig ha social förmåga utnyttjar det för att skaffa sig kontroll över sin situation men även för att påverka situationen. Den sjukhusvane patienten ”vågar ställa frågor när de tar prover, vad det är för prover?” (I 20). Patientens sociala förmåga bidrar till att skapa en öppen och tillåtande atmosfär i mötet ”man får skoja lite grann” (I 11). Det kan i sin tur leda till trygghet med vården och med läkaren vilket exemplifieras i nedanstående citat. Trots patientens beroendeförhållande till läkaren kan den sociala förmågan göra att känslan av att vara i en beroendeställning minskar.

/.../Det hjälper att jag är van att konversera. Jag kan ta folk/.../det är en väldigt god tillgång/.../därför är jag nöjd och trygg med vården (I 19).

Ytterligare ett sätt att få kontroll över vårdsituationen är enligt patienterna att vara förberedd innan mötet med läkaren. Förberedelsen kan till exempel vara att i förväg skriva ner frågor om sin sjukdom och vårdsituation. Det bidrar till upplevelsen av att vara aktiv i mötet med läkaren. Patienterna anger att på detta sätt förbereder de sig innan mötet då det normalt inte finns tid eller utrymme att tänka efter vilka frågor de har. Om läkaren har ett auktoritärt förhållningssätt kan mötet upplevas obehagligt. Det kan i sin tur blockera patientens tanke och därmed göra det svårt att på plats hitta orden och frågorna. Känslan av obehag kan förstärkas när patienten känner att det är något fel med kroppen samtidigt som läkaren informerar om att de har upptäckt ”att det är cancer” (I 19).

Jag gör alltid så att jag skriver ner allt på papper som jag ska tala med doktorn om. Det gör jag alltid, det har jag gjort länge/.../när man sitter och pratar så glömmer man vad man ska fråga/.../jag får den information som jag vill ha, jag är förberedd (I 5).

Samspel påverkar kunskapsutbytet

Samspelet mellan patient, närstående och läkare är centralt för att ett ömsesidigt utbyte av information ska kunna ske i mötet dem emellan. Läkaren kan antingen underlätta eller försvåra möjligheten för patienten att få utrymme att berätta om sin sjukdom respektive få möjlighet att ställa frågor. Närstående bidrar både till att ge patienten förståelse för sin sjukdom och till att förklara patientens situation för läkaren. På så sätt bli närstående ett redskap för kunskapsutbyte mellan patient och läkare.

Att ges möjlighet till ömsesidigt utbyte

Patienter har olika förväntningar på mötet med läkaren. En förväntning som patienterna beskriver är att få ”utrymme att ställa frågor” (I 4) under samtalet med läkaren, en annan att få möjlighet att uttrycka sin upplevelse av sin hälsa och sjukdom. De förväntar sig till exempel att läkaren ska ge dem möjlighet att uttrycka hur de vill att den fortsatta vården ska bedrivas, vilket beskrivs som att ”jag fick gehör på vad jag sa” (I 4). När patienter talar om information handlar det således inte bara om att läkaren ska informera patienten utan patienten vill också informera läkaren om sin hälsa och sina behov. Information till läkaren kan handla om hur patienten beskriver ”krämpor”, ”smärtor” och ”svårigheter med att förflytta sig på grund av yrsel” (I 8). I nedanstående citat beskriver patienten att denne upplever att det är viktigt att informera läkaren om sådant som kan vara värdefullt för att underlätta läkarens bedömning och diagnostisering.

Det är ju jag som söker vård, inte läkaren, därför när jag går till läkaren så måste jag vara tydlig och säga att så och så är det/.../då vet de ju vad det handlar om, det är ju så mycket lättare för både mig och läkaren/.../talar om allt vad du har och så där/.../då måste jag ge all information, hur jag känner mig/.../ge läkaren det som han behöver/.../då funderade min läkare och tänkte utifrån de som jag hade förklarat och efter det sa han att vi provar den här medicinen (I 7).

När läkaren uppfattar den information som patienten delger honom eller henne, uppskattar patienten det. Känslan av att bli tagen på allvar och få möjlighet att uttrycka sina åsikter ”höjer upp” (I 7) patientens självförtroende. Patienter känner ”sig stark” (I 7) och erfar att läkaren är tillmötesgående. På så sätt upplever patienten att läkaren lyssnar, vilket beskrivs i nedanstående citat.

Läkaren lyssnade när jag försökte prata om det som jag ville ha sagt, som jag tycker är viktigt att de ska ha reda på (I 20).

Enligt patienterna har både läkaren och patienten ansvar för kunskapsutbytet. I det ingår att läkaren lyssnar på patientens utsagor om sin sjukdomsproblematik. Att läkaren lyssnar på patienten visar sig genom uttalanden som att "hon lyssnade på mig och skrev ner det som jag sa" (I 8). Lyhördhet, flexibilitet och att prata sig samman är förutsättningar för kunskapsutbytet. Patienterna anser att det behövs för att kunna uppnå överenskommelse om fortsatt vård och behandling. Det är positivt att komma överens med läkaren i mötet menar patienterna. Överenskommelsen kommer an på patientens ärlighet, vilket innebär att säga hur de upplever sin sjukdom och livssituation. Nedanstående citat beskriver det värde patienter ger att läkaren lyssnar till dem.

Läkaren lyssnade på vad jag sa/.../kommer bra överens med läkaren. Han pratar med mig och han lyssnar på mig. Vi är på samma nivå/.../Jag fick information (I 13).

När patienter kan påverka sin situation i mötet med läkaren upplever de det positivt. När läkaren "frågade hur jag mådde" (I 2) uppfattar patienten det som en möjlighet att delge sina erfarenheter. När patienten sedan får svar på sina frågor uppskattar de det. Den oro som kan finnas inför framtiden blir tagen på allvar. Ett exempel på det är när läkaren betonar att "om jag inte klarar av att vara hemma så var jag välkommen tillbaka" (I 2). I nedanstående citat beskriver patienten ett ömsesidigt och avspänt samtal med läkaren.

Läkaren satte sig ned och pratade med mig i lugn och ro/.../ett helt avslappnat samtal/.../jag kunde fråga det som jag funderade på, han gav mig utrymme att prata/.../kände att jag kunde säga att jag inte känner mig nöjd med den här sjukhusvistelsen/.../det fanns något ömsesidigt i samtalet det kände jag med honom (I 4).

Enligt patienterna upplevs det positivt och stimulerande att få utrymme att samtala med läkaren vilket beskrivs som att "jag vågade säga hur jag kände det" (I 15). Det patienten kan vilja beskriva är bland annat smärtupplevelse, önskingar och åsikter om sitt tillstånd. Att läkaren anstränger sig för att visa sin vilja att veta vad patienten har för önskemål och förstå deras situation upplevs glädjande, vilket exemplifieras i nedanstående citat.

En manlig läkare satte sig på sängkanten och berättade vad de hade gett mig för medicin och vilka prover de hade gjort/.../han satt och

pratade, mycket tillmötesgående/.../jag fick säga mitt/.../väldigt vänliga, kamratliga i sitt beteende, jag känner mig väl omhändertagen (I 7).

Det är inte alla möten med läkare som beskrivs i positiva ordalag. Ibland förekommer det motsatta där patienterna påtalar att relationen till läkaren är ojämn. Asymmetrin består i att patienten har behov av information eftersom han eller hon saknar den kunskap som läkaren har. Patienter kan uppleva osäkerhet och oro för att ställa frågor då läkaren ”var väldigt kortfattad” (I 5). När läkaren uppfattas kort i tonen blir det svårt att samtala. Att inte våga fråga läkaren vad han eller hon menar, påverkar patienterna negativt. Det innebär att frågor finns kvar efter mötet. På så sätt upplever patienterna att obesvarade frågor skapar obehagskänslor, vilket exemplifieras i nedanstående citat.

Läkaren säger att det står ett kärll och droppar. Då blir man osäker. Var står det någonstans och droppar? (I 20).

Då informationen från läkaren är otillfredsställande eller saknas söker många själva kunskap och information om sin sjukdom. När de inte vågar ställa följdfrågor måste de själva tolka och söka förklaring från annat håll. Det gör de på olika sätt, till exempel via tidningar, TV och broschyrer från apoteket. Att tolka och omsätta denna information är svårt. Patienterna ger uttryck för att det finns risk att läkaren får kunskap om att de söker annan information och att de utifrån informationen ifrågasätter läkarens medicinska kunskaper och omdöme.

Det var ingen utav personalen eller läkaren som förklarade/.../sedan har jag läst om en artikel för inte så länge sedan i Allers om en människa som var så lycklig för att hon hade fått kortison för detta här/.../och sedan stod det något som en läkare hade skrivit/.../hade ju läkare i TV som pratade/.../så jag har fått information via massmedia (I 19).

Om informationen från sjukhusläkaren anses otillfredsställande händer det att patienterna istället söker kunskap och information om sin sjukdom och behandling hos sin husläkare. Trots att patienterna anger att informationen brister hos läkaren på sjukhuset ger de urskuldande förklaringar som att det ”kanske är för att de har så mycket att göra” (I 5). Patienterna anser därmed att husläkaren istället får informera om den aktuella medicineringen vilket beskrivs i följande citat.

När jag kom till husläkaren så talade han om för mig hur dessa tabletter fungerade och hur jag skulle ta dom (I 5).

Att förstå informationen med hjälp av närstående

Patienterna har ibland på grund av sin sjukdom svårt att förmedla sina önskingar och behov till läkaren. Likaså kan de ha svårt att förstå vad läkaren förmedlar. Utöver patientens sjukdom förklaras dessa svårigheter med ovana vid sjukhus och den diskurs som råder där. I sådana situationer träder familj och vänner in som förmedlande länk i båda riktningarna. Närstående fungerar som översättare av de medicinska och vårdande kommunikativa uttrycken lika väl som de får översätta patienternas berättelse till läkaren. Det framkommer i patienternas utsagor att närstående har kunskap om deras liv, både i det förflutna och i nuet, vilket ger den närstående förståelse och helhetsbild över deras nuvarande livssituation. Det är denna bild som de hjälper patienten med att förmedla. Därmed ger deras närvaro en känsla av säkerhet, framförallt om de har kunskap om sjukvård och sjukhusrutiner vilket nedanstående citat beskriver. Närståendes vetskap om sjukvård gör det lättare att förstå informationen som ges till patienten. När närstående är den som hjälper patienten att ta emot information får de därmed ett större ansvar vid mötet med läkaren.

Informationen fungerade bra/.../jag har min fru som hjälper mig/.../hon sköter all min medicinering, det har hon gjort i många år/.../inga svårigheter, framförallt när man har det som jag har det med NN hemma (I 10).

Ett sätt att skapa en treenighet är att närstående tillsammans med patient och läkare gemensamt delar information. Det kan ge trygghet och stöd både till patient och närstående när det sker ett gemensamt ställningstagande tillsammans med läkaren om vilket behandlingsalternativ eller vårdform som är mest lämplig. Det kan handla om att ”de ordnade trygghetslarm och informerade om praktiska saker” (I 2) inför den fortsatta vården. I patienternas utsagor framkommer att de upplever möjligheten att åka hem på prov och att kunna komma tillbaka till sjukhus om det inte fungerar hemma, som en förmån. Det ger dem en känsla av trygghet och säkerhet i sin situation. Det är vetskapen att möjligheten att få komma tillbaka till sjukhuset som är betydelsefull för dem.

Gemensamt beslut jag och min syster att vi skulle pröva om det kunde fungera att vara hemma och i det samtalet deltog också

läkaren/.../Sedan berättade de hur det skulle gå tillväga för att jag skulle få komma hem/.../Detta kändes tryggt (I 2).

Oavsett vad den närstående har för bakgrund överlåter en del patienter ansvaret för att ta del av och sortera den information som läkaren ger till honom eller henne vilket exemplifieras i nedanstående citat.

Kunde inte ta till mig av informationen, var såpass dålig, så jag hörde inte/.../jag var liksom borta/.../hjälplos/.../Min dotter förstod informationen som läkaren sa (I 19).

Patienter som har en närstående som har erfarenhet av att själv ha arbetat på sjukhus har större möjlighet att få hjälp i mötet med läkaren. På så sätt kan patientens inflytande vid mötet öka. Att ha en sjukvårdskunnig närstående anger patienterna är ett privilegium som gör ”att det känns tryggt” (I 3) i mötet med läkaren. På så sätt upplever patienten att de lättare kan få tillgång till sjukhusets resurser, det vill säga att läkaren kan ordinera fler prover och undersökningar som patienten annars inte hade fått. De menar också att den sjukvårdskunniga närstående kan bidra till att vården på avdelningen kan bli bättre.

De lyssnade inte på mig, jag sa ju till dem också att ni lyssnar ju inte på vad jag säger/.../då sa jag detta till min dotter/.../Dottern är sjuksköterska, hon kan rutinerna/.../är sjukvårdskunnig (I 3).

Maktförhållanden påverkar möjlighet till eget ansvar

När patienten ges möjlighet till att engageras i sin vårdssituation får de en chans att förklara sina förutsättningar, erfarenheter och insikter om sin livssituation. Det är dock inte alltid fallet att patienten ges denna möjlighet. I stället förekommer en känsla av maktlöshet. Patienten ser inte sin möjlighet att ta makten över sin situation. Vårdens rutiner och läkarens auktoritet gör det svårt för patienten att engagera sig i sin vård.

Att ges möjlighet att medverka i vårdssituationen

Enligt patienterna är mötet med läkaren betydelsefullt för att uppleva att de kan engagera sig i sin vårdssituation. När patienterna anser att de inte har möjlighet till tillräckligt engagemang förklarar de det med att vårdens rutiner lägger hinder i vägen. Möjlighet att kunna vara engagerad förutsätter att läkaren låter

dem förklara hur de upplever sjukdomssituationen och inte bara uttrycker att ”nu får du åka hem utan att fråga hur jag mår” (I 2). I nedanstående citat beskriver patienten hur möjligheten att vara engagerad i vårdsituationen är bristfällig.

Så säger de bara, att vi kan inte hjälpa eller göra någonting mer för dig, det är lika bra att du åker hem/.../det var han [läkaren] som bestämde att jag skulle åka hem (I 3).

En annan förklaring till bristande möjlighet att vara engagerad i vårdsituationen är enligt patienterna att läkaren väljer en för dem känd och beprövad behandling. Patienterna upplever då, vilket beskrivs i nedanstående citat, att det är bäst att gå efter läkarnas ”samma gamla rutiner” (I 12) och att det bara är att följa med och ställa in sig därefter då det finns ”inget att välja på” (I 12). När läkaren i mötet med patienten för samtalet under tidspress kan läkaren kräva att patienten tar egna initiativ vilka kan vara svåra att ta när åldern tar ut sin rätt och hälsan börjat svikta. Att de upplever att läkarna har tidspress och inte hinner ta del av deras problematik fullt ut kan även göra dem stressade, vilket kan resultera i att hälsotillståndet påverkas negativt.

Man ställer sig efter sjukvårdens rutiner/.../Kan inte prata med läkaren på grund av att man känner att de arbetar på tid/.../det är de [läkarna] som för resonemanget och man känner att man inte ska fråga någonting (I 4).

De bestämmer/.../Jäktigt och stressigt, glömmer att informera/.../för lite folk/.../läkarna är överbelastade (I 12).

Att underordnas läkaren

Patienterna anger att de lätt hamnar i en underordnad ställning i mötet med läkaren på grund av bristande kunskap om vård och behandling, vilket kan göra det svårt för dem att göra aktiva val i den egna vården och behandlingen. Patienten kan även känna sig främmande för hälso- och sjukvårdens organisation och dess rutiner där en känsla av maktlöshet kan uppstå. Patienter anger att den uppfostran som de fick som barn har påverkat deras sätt att möta läkaren såväl som hälso- och sjukvården vilket beskrivs i nedanstående citat. Dessutom kan patientens fysiska hälsa hindra patientens möjlighet att göra aktiva val när man ”inte bryr sig, har inte så många år kvar” (I 3).

/.../kan inte bara klaga om man inte har något direkt att klaga på.../det tycker jag är fel, så det gör inte jag.../det är samma sak som hur man har blivit uppfostrad till.../när man var liten att man inte skulle besvära folk utan vidare och den känslan finns kvar även när jag hamnar på sjukhus.../det har ingen betydelse, det blir väl så eftersom jag vet att jag aldrig blir bättre, snarare tvärtom.../jag tar det för vad det är (I 3).

Att ha bristande tilltro till sina möjligheter att påverka sin vård kan uppstå enligt patienterna när relationen till läkaren är mindre positiv. Patienter upplever att det gäller att inte ”störa”, att man ”vill inte besvära” (I 12) utan man ska veta sin roll och sin position. Patienten är ibland rädd för att vården blir sämre om de ifrågasätter läkaren. I patienternas utsagor finns en upplevelse av att de ska be om ursäkt för att de har behov av läkarvård och att de befinner sig i en situation som de har tillskansat sig själva. Upplevelsen av att inte vara i vägen för läkarna utan låta läkarna ”styra skeppet” (I 4) kan därmed anses som det rätta utifrån patientens synvinkel. Det gäller bara att följa med på vågorna efter skeppet vilket beskrivs i nedanstående citat.

Man ska inte ställa frågor, hålla sig till sig själv och ligga lågt som patient.../totalt underläge och man borde veta sin roll, sin plats och inte störa.../Inte störa läkaren i hans arbete.../vill inte vara till besvär då man kanske inte alltid får bra behandling (I 4).

Läkaryrket är respekterat av patienterna. De ser läkaren som en person med makt, och att deras yrke ger dem en position i samhället. Maktpositionen gör att en del patienter anser att de inte har något att sätta emot eller att det är svårt att vara kritisk. Patienterna anser att läkarnas utbildningskunskap bidrar till att det är svårt att gå emot läkaren ”jag har inte de skolor som de har så kan jag inte gå emot” (I 7). Det medför att patienten underordnar sig i situationen och låter läkaren avgöra hur vård och behandling ska utformas. Därför har dessa patienter inte några förväntningar eller krav på sin vård eller behandling vilket exemplifieras i nedanstående citat. Patienten upplever att han eller hon ska vara tacksam att få hjälp över huvudtaget. Att inte ha några krav eller förväntningar kan bero på att patienten saknar vårdkunskap, vilket också anses som ett hinder för att våga ifrågasätta läkarens bedömning av vårdinsatser.

Har inga större förväntningar eller krav, jag tror att alla som är som mig, inte insatt.../vi vanliga människor gör inte det.../vad ska jag fråga läkaren om? Hur ser mitt blod ut? Hur ser min hjärna ut? Det är ingen idé att jag frågar det för jag förstår ändå inte, jag begriper

inte/.../jag har inte några förväntningar eller krav/.../Läkarna har makt och jag respekterar dem. Jag kan inte gå emot, det är deras yrke (I 7).

Ett utslag för läkarens maktposition och att hans eller hennes medicinska kunskaper påverkar patienterna är när patienten inte anser sig ha kraft eller kapacitet nog att motsätta sig läkarens ord. Då finns risken, enligt patienterna, att de underordnar sig läkarens beslut trots att något annat hade varit önskvärt. I nedanstående citat beskrivs hur patientens situation kan påverkas då läkaren uttryckligen säger att det inte finns någon ytterligare vård och behandling att tillgå på sjukhuset, trots att patienten har påtalat behov av att få stanna kvar på grund av svaghet efter sjukdom.

Jag frågade honom [läkaren] någonting om att det kanske inte skadar om jag är kvar några dagar. Men han tyckte att jag var såpass så att jag kunde åka hem/.../Det är väl skönt att få komma hem sa han, att få ligga i sin egen säng/.../men det är klart att jag var väldigt trött och eländig, det var jag, jag är väl inte riktigt kurant ännu (I 3).

Patienterna anser att det är ett hinder att inte ha möjligheter att uttrycka önskemål, förväntningar eller krav på den egna vården. Patienten vill inte vara till besvär och vill inte utnyttja samhällets resurser genom att ta del av den vård som finns att tillgå: ”varför skulle jag ligga kvar där och ta upp en eventuell plats?” (I 9). Att ha krav upplevs som något negativt. När patienten ställer krav upplever han eller hon sig ibland obekvämt. Man undviker att ställa till med en scen för att få sina behov tillgodosedda. Patienten kan även uppleva att vårdbehovet inte är så stort så att det kräver lång sjukhusvård: ”det tar inte så lång tid att fylla på blod på en människa” (I 10) utan istället ser att någon annan kanske bättre behöver vårdplatsen: ”jag är ju inte sjuk, jag känner mig som en parasit som ligger här” (I 10). I sådana situationer är patienten tillfreds med den vård som sjukhuset gett vilket beskrivs i nedanstående citat.

Skönt att få komma hem/.../jag hade fått ligga kvar längre om jag hade velat, men vad skulle jag ligga kvar där för?/.../men det var ingen som sa att det var ont om platser, nä det sa de aldrig, så jag var nöjd med allting, jag åkte hem med bussen själv så det var inga problem/.../jag tillhör inte den sortens människor som bråkar (I 9).

Närståendes erfarenhet av mötet med läkare

I förra avsnittet togs avstamp i de äldre patienternas erfarenhet av mötet med läkaren. I detta avsnitt kommer de närståendes perspektiv av mötet med läkaren att ställas i fokus. Tre i analysen identifierade teman med tillhörande subteman beskriver närståendes erfarenhet av mötet med läkaren. På samma sätt som patienternas erfarenhet har beskrivits kommer närståendes erfarenheter att beskrivas och följer den struktur som framgår i tabell 3.

Tabell 3. En översikt av närståendes erfarenhet av mötet med läkare.

Tema	Subtema
Mötet med läkaren väcker positiva och negativa känslor hos närstående	Att bli sedd Att bli ignorerad Att bli accepterad Att bli dominerad
Närståendes erfarenhet påverkar medverkan	Att vara en ”insider” Att vara en ”outsider”
Brister i vården förstärker närståendes osäkerhet	Att vara hindrad av vårdens rutiner Att vara hindrad av bristande planering

Mötet med läkaren väcker positiva och negativa känslor hos närstående

Läkarens förmåga att visa respekt, uppmärksamhet, förståelse och empati i relationen till närstående påverkar mötet och väcker, utifrån läkarens förmåga, antingen positiva eller negativa känslor.

Att bli sedd

Ett ömsesidigt samtal med läkare innebär enligt närstående att det råder en öppenhet i mötet. Det gör det lättare att utveckla förståelse för varandras erfarenheter, kunskaper och insikter. Att bli sedd innebär bland annat att läkaren förklarar resultatet av provsvar och medicinska undersökningar, vilket exemplifieras i citatet nedan. När så sker uppfattas läkaren tillmötesgående och tillgänglig. Närstående känner sig även sedda när läkaren visar omtanke, ger

information och svarar på frågor på ett lättförståeligt sätt. Läkarens ålder spelar i detta avseende roll. Yngre läkare uppfattas ha intresse och engagemang för både patient och närstående. Närstående anser också att de yngre läkarna vill utvecklas i sitt yrke och känner att de vill lära sig så mycket som möjligt. Det innebär att de yngre läkarna enligt närstående tar sig tid och lyssnar på deras erfarenheter, kunskaper och åsikter.

Utskrivningen var väldigt bra, jag fick vara med och vi satte oss i deras pausrum/.../han var väldigt trevlig, han visade alla bilderna som de hade tagit och prover som de hade tagit/.../han var väldigt rar, det var en ung läkare/.../så även jag ställde frågor och jag fick bra svar, han informerade NN väldigt bra och även mig/.../det var på vår nivå/.../Han frågade om vi hade något att fråga/.../Han var öppen, han var en läkare som var väldigt lätt att prata med (I 5).

De närstående upplever att deras närvaro är viktig när de kan delge sina åsikter till läkaren. Det händer att frågorna kommer när patienten och den närstående kommit hem därför att det kan ha varit svårt att förstå och ta till sig all information som läkaren gett under mötet. Då är det positivt att ha möjlighet att ta kontakt med läkaren efter utskrivning vilket beskrivs i nedanstående citat. Det bidrar också till att närstående upplever sig sedda och inte utestängda från patientens vård och behandling.

Fick lämna mina åsikter/.../Jag tyckte att det fungerade väldigt bra, det löpte på bra med informationen. Vi fick möjlighet att ställa frågor och på de frågorna tyckte jag att vi fick rätt bra svar/.../Vi fick möjlighet att kontakta de om vi hade några ytterligare frågor, vilket jag uppskattade. Det är svårt att ta till sig all information på en gång/.../Vi var också välkomna att återkomma om det var något som vi undrade över (I 9).

Närstående tycker att det är viktigt att vara sedd eftersom det bidrar till deras möjlighet att förklara situationen. De upplever då att de kan vara en resurs till den äldre familjemedlemmen. Då det finns en förståelse och en empatisk relation mellan läkare och närstående upplever de att de blir sedda vilket exemplifieras i nedanstående citat.

Han [läkaren] pratade direkt till mig, precis som vi pratar, det kändes som en kompis/.../det var bättre än vad jag hade väntat mig så jag blev nästan överraskad/.../han [läkaren] var så förstående, förstod att det kanske var jobbigt för mig (I 7).

Att bli ignorerad

Det förekommer ibland en bristande förmåga hos läkaren att ”se” närstående. Denna brist skapar negativa känslor hos närstående och tveksamheter inför till exempel olika undersökningar, behandlingar, vårdtiden på sjukhuset och om beslutet om behandlingar. Närstående pekar på att de ibland känner sig ignorerade, överkörda och ”inte har någon gemenskap” (I 4). Närstående upplever även att det ”saknas empati att man inte kan tänka sig in i hur det känns att vara närstående” (I 6). Läkaren uppfattas respektlös. När de uppfattar att det är läkaren som bestämmer vad som ska göras med patienten ser den närstående ingen möjlighet att påverka patientens vård. Istället kan känslan av att behöva vara tacksam infinna sig.

De säger inte så mycket mer än att NN ska hem/.../och nu kan jag inte ta hand om honom mer. Jag kan inte sköta NN/.../det får de göra/.../även om läkaren frågar mig, så vill han att jag ska acceptera det som han vill/.../Man får inte vara med och bestämma. De kör över mig på något sätt. Så får man inte göra/.../de måste ta hänsyn/.../Man har inget val, de bestämmer och man ska bara vara tacksam (I 1).

Dialogen mellan läkare och närstående uppfattas ibland bristfällig. Äldre läkare upplevs ibland vara rutinmässiga i sitt beteende. Grund för den uppfattningen är att närstående inte upplever att de lyssnar när de ställer frågor. Den närstående får själv ta initiativ till och ställa de frågor som de anser lämpliga. De blir osäkra i dessa situationer eftersom de inte vet om deras frågor är relevanta utifrån patientens hälsotillstånd och vilka behov som är viktiga att tillgodose i hemmet vilket beskrivs i nedanstående citat. Upplevelsen av duglighet och möjlighet att vara sedda i vårdarbetet begränsas. De upplever sig då ”bara” som närstående, det vill säga att ingen tar notis om deras närvaro. Det ger dem en känsla av att vara ignorerad: ”de har tydligen inte tyckt att det har varit något behov att prata med mig” (I 4).

En annan aspekt som framkommer är att närstående upplever att läkaren kan anse att patienten själv utifrån sitt sjukdomstillstånd borde kunna klara av vård situationen. Läkaren kan även ha bedömt att den äldre är vital nog att klara sig själv och att det är onödigt att ta in ytterligare en person. Närstående beskriver det som att ”jag var aldrig med vid utskrivningen och fick heller ingen information utan det var endast genom min mor som berättade” (I 4). Läkaren kan anse att det blir ytterligare en person som kanske har krav och förväntningar på vård och behandling. De har förståelse för att det finns ”en sekretess” som är knuten till patienten. Däremot om det finns förvirring eller

dementa inslag i sjukdomstillståndet förväntar de sig högre grad av tillträde till patient – läkarsamtalet.

Det var ju jag som knackade på eftersom jag visste att mamma skulle åka hem dagen därpå, så det var inte något planerat vårdtillfälle utan att det var utifrån de frågor som jag ställde, så det var ingen information som gavs till mig utan det var ju jag som frågade/.../så jag vet ju inte om det var saker som jag inte frågade som jag inte fick reda på/.../det var ingen som hade informerat mig om att hon skulle få komma hem/.../det var ingen som förhörde sig om något/.../jag var bara en anhörig/.../vi fick ingen sammanfattning eller någon annan information om hur det har varit/.../jag tycker att de kunde ha aviserat att både mamma och jag tillsammans, bestämt en tid så att vi hade kunnat få information/.../att vi hade kunnat blivit kallade tillsammans till ett utskrivningssamtal och fått sitta ner (I 2).

De närstående anser att de kommer i andra hand vid den medicinska diskussionen och de känner sig obekväma när de frågar för mycket. Närstående upplever att de enbart får information om den medicinsk – tekniska domänen, till exempel om provtagning och undersökningar vilket exemplifieras i nedanstående citat. De vill även ha information om medicin- och omvårdnadsdomänen. Dessa domäner innebär till exempel medicinering och behandling samt hur den äldre familjemedlemmen ska kunna ta hand om sig själv. För dem är information om mediciner och omvårdnad viktiga eftersom det oftast är dessa delar som de ska ta hand om i hemmet.

Jag är inte nöjd, jag hade allt högre krav på information, så egentligen har det inte fungerat/.../sedan hade jag bett och frågat efter provsvar men det är ju inte utifrån den informationen som jag tycker att min mamma och jag skulle få, utan utifrån vad de hade gjort med mamma under den här tiden/.../nä, det var jag inte alls nöjd med (I 2).

Närstående upplever att de inte är förberedda på eller informerade om de förväntningar som läkaren har på dem vad det gäller att ta ansvar för den äldre familjemedlemmen efter sjukhusvistelsen. Det medför att de tycker att läkaren brister i sitt ansvar att uppmärksamma dem. Det medför i sin tur att de upplever att de inte fått tillräcklig lotsning i hur de praktiskt ska hantera olika vårdmoment efter utskrivning vilket beskrivs i nedanstående citat.

/.../det berättades bara om namnet på fem olika äldreboenden och vilket datum för överflyttning, men dagarna gick och ingen berättade om hur det såg ut eller vad det var/.../Fick inte reda på hur det skulle gå till/.../ingen specifik information (I 10).

Enligt närståendes uppfattning kan det faktum att läkaren utestänger dem från den äldre familjemedlemmens vård resultera i att de får negativa känslor och erfarenheter av sjukvården och att de upplever att läkaren inte är tillräckligt medmänsklig gentemot den äldre familjemedlemmen. Den känslan uppstår speciellt när de inte tycker att läkaren kan sätta sig in i hur de känner och uppfattar vården vilket exemplifieras i nedanstående citat. De känner sig då övergivna, ensamma och upplever att de är bortglömda.

De har ingen känsla för hur anhöriga tar det här, de glömde bort mig, frågar inte hur jag mår/.../de har ingen känsla för människor/.../det är de anhöriga som får ta detta, allt arbete/.../Känner sig övergiven på något sätt/.../Väldigt ensam (I 11).

Bemötandet från läkaren uppfattas otillfredsställande när närstående anser att läkaren inte är intresserad av deras åsikter. Å ena sidan finns risk att den närstående ställer allt för höga ”krav på sig själv” (I 10) att vilja ha uppmärksamhet och veta så mycket som möjligt för att hjälpa den äldre familjemedlemmen. Å andra sidan kan det finnas förväntningar hos den äldre familjemedlemmen att den närstående ska vara intresserad och därför ställer krav. I citatet nedan beskriver en närstående de känslor utanförskapet väcker.

Det kändes inte som det var viktigt med mig/.../det kändes inte som jag var där och att de var intresserade över mina åsikter/.../så det var ingen kontakt egentligen/.../de har inte lyssnat på mig eller lyssnat efter någonting egentligen/.../inte riktigt delaktig i vården av mamma/.../någon information ifrån vårdsidan var det inte, inte egentligen under hela resans gång/.../ingen information som riktades till oss båda eller till mamma och mig som anhörig/.../som anhörig blev jag inte informerad en enda gång egentligen (I 2).

Orsaken till att den närstående känner sig ignorerad, kan grunda sig på att han eller hon och läkaren inte befinner sig på ”samma nivå”. Ibland har läkaren inte uttryckt sig klart och tydligt om vad som är målet och syftet med behandlingen. Det kan medföra att närstående inte tar till sig läkarens argument. Den omvända uppfattningen finns också, det vill säga att läkaren är så upptagen av att klara av patientens vård och behandling eller den aktuella situationen att han

eller hon inte uppmärksammar den närstående. Det förekommer att närstående uppfattar en osäkerhet i läkarens bedömning och behandling men att läkaren inte vill visa det. Det finns således en risk att det uppstår en prestigefylld situation där läkaren inte vill ”tappa ansiktet” (I 6). I citatet nedan beskrivs en behandlingssituation som den ovan angivna.

Det var dags för en ny behandling och då sa vi att är det verkligen någon mening med det här, är det inte dags att sluta nu, vi plågar henne, min inställning var att mycket av det här att behandlingen gör henne bara sämre, kunde hon inte få vara ifred/.../läkaren höll inte med mig utan tyckte att det finns fortfarande en chans, men jag sa att kan du garantera mig det? Nä, det kan jag inte! Varför slutar vi inte då?/.../Detta var en kvinnlig läkare och hon hävdade fortfarande att hon ville behandla henne, men det visade ju sig sedan att hon var i alldeles för dåligt skick/.../diverse plågsamma undersökningar/.../det var spiken i kistan, det var då hon förlorade allt på något sätt. Hon kom inte ihåg oss, visste inte vilka vi var (I 6).

Närstående förväntar sig att få information som överensstämmer med det som är gjort med den äldre familjemedlemmen. Men så är inte alltid fallet. Deras kritiska hållning beror på att de förväntar sig att läkaren självmant ska komma och förklara hur situationen är och vilka planer som finns för den äldre familjemedlemmen. De anser att informationen många gånger är bristfällig och inaktuell vilket exemplifieras i nedanstående citat.

Informationen har absolut inte varit tillräcklig, man kan säga att det är två steg. En del saker som jag hade fantasin att fråga om eftersom det inte var informerat om, men sedan fanns det ju saker som jag inte kom på att fråga om för jag visste inte att det var aktuellt, så det är både information om vad jag kunde ta reda på och sedan om det som jag inte kunde ta reda på eftersom jag inte visste att det skulle vara så/.../Jag har tagit för givet att det som behöver informeras om, det får man information om, så egentligen så tycker jag att det är sämre än vad jag har förväntat mig, för man tar för givet att allt som är aktuellt ska informeras om, men det har det ju inte gjorts (I 10).

Närstående upplever frustration och maktlöshet när informationen från läkaren om en specifik behandlingsform inte överensstämmer med resultatet av behandlingen. Det medför att de upplever mötet med läkaren otillfredsställande. De blir missbelåtna med läkaren och dennes bemötande samt med vården och deras tillit och förtroende avtar vilket exemplifieras i nedanstående citat. Diskrepansen mellan information om behandling och

effekten av den kan bero på att närstående inte har tagit till sig informationen utan enbart lyssnat på det som beskriver behandlingens möjligheter. De kan ha utestängt, medvetet eller omedvetet, den information som beskriver att det inte finns några garantier på positivt utfall av en behandling. Det kan betyda att läkarens bemötande antingen var bristfällig eller så var läkaren ”dåligt underbyggd både utbildningsmässigt och rent emotionellt” (I 6) för att kunna sätta sig in i närståendes perspektiv.

Vi har fått missvisande information ifrån dem som vi trots allt litade på, där de säger att det fortfarande finns behandlingsmöjligheter och så ser det ut på det här sättet, att hon förlorar förmögenhet av det som hon har, genom att man fortsätter i absurdum att behandla (I 6).

Att bli accepterad

Närstående upplever tillfredsställelse med mötet när läkaren ägnar sig åt deras frågor beträffande den äldre familjemedlemmens fortsatta vård och behandling. De anger att läkaren då bjuder in dem i mötet och försöker inge trygghet. På så sätt kan de få vara med och bestämma över vården. Informationen från läkaren blir förståelig och anpassad till deras erfarenheter, kunskaper och förmågor. När läkaren lyssnar på deras krav och accepterar kraven upplever de att de är accepterade och medaktörer i den äldre familjemedlemmens vård. I nedanstående citat beskrivs hur läkaren accepterat närstående.

Läkaren pratade med både mig och NN, lyssnade på vad vi tyckte, våra åsikter/.../det var ju det som jag ställde som krav då att han skulle få en sådan här öppen retur till sjukhuset/.../Vi har fått den information som vi har behövt, ingenting har känts jobbigt (I 3).

Ytterligare aspekter av att känna sig accepterad som närstående är när läkaren engagerar sig och visar genuint intresse och uppfyller de närståendes önskemål och krav. Upplevelse av att vara accepterad visar sig genom att det finns ett flöde i mötet med läkaren som inte störs av hinder som har påverkat relationen negativt. När närstående såväl som läkaren har en positiv inställning till mötet bidrar det positivt till att utveckla en fungerande relation. I nedanstående citat beskrivs närståendes uppfattning av att vara accepterad.

Det löpte på bra/.../Vi fick möjlighet att ställa frågor och på de frågorna tycker jag att vi fick rätt bra svar/.../sedan hade de även ett återkopplingsmöte någon vecka eller två för att se så att allting fungerade efter utskrivningen/.../läkaren lyssnade och försökte ordna saker så fort som möjligt (I 9).

Att bli dominerad

Det förekommer att närstående upplever att läkarna gör så att de känner sig utelämnade, inte accepterade och otrevligt behandlade. Nedanstående citat beskriver hur denna känsla infinner sig framförallt när de inte har någon valfrihet utan det är läkaren som bestämmer. När de förväntar sig ett trevligt och vänligt bemötande från läkaren blir upplevelsen av det motsatta än starkare. Känslan av att vara dominerad av läkaren minskar närståendes trygghet.

./../mer vänlighet, så att man kan känna sig tryggare./../att de talar om för en vad de ska göra./../även om man inte är nöjd, så kan man inte säga det, för även om de frågar mig så vill de att jag ska svara på det som de vill, man har ingen valfrihet riktigt utan de bestämmer./../ (I 1).

Närstående upplever ibland att de förväntas stå i tacksamhetsskuld för att läkaren tar sig tid att träffa dem. Det är ”otrevligt och ohövligt” (I 17). Dessa meningsskiljaktigheter vilka exemplifieras i nedanstående citat kan genomsyra vårdtiden på avdelningen och visa sig i mötet mellan den närstående och läkaren.

Hon [läkaren] var väldigt vrång./../hon menade på att vi skulle vara tacksamma att hon kom och pratade med oss./../att hon tog sig tid (I 17).

Att kroppen tar ut sin rätt och att en gammal människa inte klarar av att engagera sig i sin situation ska enligt närstående inte påverka mötet mellan dem och läkaren. Läkaren bör vara lyhörd för deras önskningar ”då det är de anhöriga som får ta allt arbete” (I 11). Då kroppen blir trött och orkeslös minskar förmågan och möjligheten att samtala med läkaren vilket närstående anser att läkaren ska förstå vilket beskrivs i nedanstående citat. Läkarens förhållningssätt i mötet med dem har avgörande betydelse för vilken uppfattning de får av hur vården fungerar. De förklarar läkarens ibland bristande uppmärksamhet med att läkaren kanske bedömer deras hälsa för klen och därför tror de att läkaren inte vill belasta närstående med den äldre familjemedlemmens vård och behandling. Det kan resultera i att läkaren beslutar vad som är bäst utifrån både den äldre familjemedlemmens situation och den närstående situation och kapacitet. Ett sådant scenario kan medföra att den närstående uppfattar att läkaren inte tar tillräcklig notis om dem, trots att det egentligen är det motsatta.

Jag är 87 år gammal, men vi ska väl också få leva/.../Det är viktigt att de lyssnar på oss/.../Man orkar väl inte heller allt som man ska göra och vill göra/.../kroppen tar ut sin rätt/.../De hör inte på mig inte riktigt intresserar sig/.../jag pratar inte så mycket/.../jag har en känsla av att de har bestämt, bestämmer mycket och ändrar, det gör de godtyckligt/.../har inte styrkan att göra allting som förväntas av en (I 11).

Närståendes erfarenheter påverkar medverkan

Några av de intervjuade närstående i studien har sjukvårdserfarenheter vilket innebär att de är bevandrade i sjukhusmiljön. Dessa närstående anses därmed ha en "insiders" perspektiv. De agerar utifrån att de arbetar eller har arbetat inom sjukvården och är familjära med sjukhusmiljön. Det gör att de lättare kan agera till fördel för den närstående och ibland ifrågasätta beslut. Närstående som har liten eller ingen erfarenhet av sjukhusmiljö och dess rutiner har en "outsiders" perspektiv. De senare tenderar att lita mera på läkarens undersökningar och val av behandling.

Att vara en "insider"

De närstående som har erfarenhet från sjukvård anser att de är med i gemenskapen och förstår vad som kan vara viktigt att diskutera med läkaren. De anser att läkaren ger förklaringar till hur de har lagt upp vården för den äldre familjemedlemmen. De har lätt att samtala med läkaren och kan ge förslag på vård och behandling utifrån sitt perspektiv. Det innebär vilket beskrivs i nedanstående citat, att de är förberedda på vad de kan förvänta sig av vården. Det underlättar både för den närstående och för den äldre familjemedlemmen. Som sjukvårdskunnig upplever de att de blir prioriterade av vårdpersonalen. När avdelningens rutiner är kända vet de vad de kan begära. På så sätt upplever de att de har tillträde till och insyn i vårdverksamheten. Det finns en baksida av att vara "insider" nämligen den att läkaren och vårdpersonalen på avdelningen kan känna sig "kontrollerade". Det finns en risk, menar dessa närstående, att vårdpersonalen uppfattar att de kontrollerar om personalen utför sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt.

Jag visste ju lite hur det fungerade eftersom jag själv arbetar som undersköterska, så jag var förberedd/.../Jag kom med förslag, jag visste ju vad jag kunde begära/.../Jag tror att man blir prioriterad när man är sjukvårdskunnig, det känns så (I 3).

Personalen pratade med mig, förklarade för mig vad de gjorde/.../Jag visste ju i och med att jag har varit med om detta många gånger/.../Jag är van vid detta/.../jag ställer frågor om det är något (I 13).

När läkarens förmåga att lyssna och förstå det som patient vill förmedla är bristfällig tar den sjukvårdskunnige närstående själv kontakt med läkaren och ställer de nödvändiga frågorna för att få den information som de anser sig behöva. De kan då riskera att vara obekväma och i läkarens ögon uppfattas otrevliga. Att vara obekväma, argumentera och ifrågasätta vården är oundvikligt anser de. Risken är annars att hamna utanför gemenskapen. När de anser att läkarna enbart talar det medicinska språket är det en fördel att ha sjukvårdskunskaper. För de närstående som saknar denna erfarenhet finns i dessa situationer risk att de istället blir uteslutna. De upplever detta skrämmande och menar att man inte ska ”behöva vara sjukvårdskunnig för att få god sjukvård” (I 6) eller uppmärksamhet, vilket beskrivs i nedanstående citat.

Tyvärr, så blir man bara uppmärksammad om man pratar det medicinska språket. Det är bara med deras språk som man får svar. Jag försökte förklara situationen från hur det ser ut för min svärmor, och för mig men de ville inte förstå. När jag använde medicinska termer så plötsligt förstod de vad jag sa. Jag tycker det är mycket skrämmande/.../Om jag inte hade haft min medicinska utbildning, skulle jag ha varit hjälplös och totalt ignorerad/.../Hade stått väldigt slätt och totalt överkörd utav alla och allt, man måste vara fruktansvärt stark i de här situationerna och stå emot ett helt system göra sig obekväma, bli arg, bli otrevlig/.../Ska du vara sjukvårdsutbildad och ha en sådan bakgrund för att kunna hävda dig mot systemet, det är ju fruktansvärt (I 6).

Att vara en ”outsider”

Närstående som upplever sig som ”outsiders”, det vill säga med liten eller ingen erfarenhet av sjukhusmiljö och dess rutiner, tenderar att i stor utsträckning lita på läkaren utan att ifrågasätta. Om de litar helt på läkaren behövs inga frågor och det bidrar till att de hamnar utanför i mötet med läkaren. De tenderar att agera passivt och blir därför lättare förbisedda av läkaren. Att inte ha någon medicinsk kunskap eller kunskap om hur sjukvården fungerar påverkar dem negativt genom att det blir svårt för dem att ifrågasätta vården och behandlingen. Det innebär, vilket exemplifieras i nedanstående citat, att det blir svårare att ställa adekvata frågor.

Det är svårt att ställa frågor när du inte vet vad du ska fråga (I 17).

För att få information måste man enligt närstående vara kunnig och veta vad man ska fråga om. Om den kunskapen saknas riskerar de att inte få tillräcklig information, vilket i sin tur kan påverka vård och omsorg, vilket beskrivs i nedanstående citat. Informationsinnehållet är således inte tillräckligt, vilket skapar ovisshet hos dem. Det kan i sin tur påverka den äldre familjemedlemmen negativt.

Jag hade förväntat mig att de skulle ha kommit och pratat med mig och säga varför han blev liggandes så länge och vad de egentligen skulle göra och vad de väntade på.../det hände ingenting.../Ingen direkt information.../jag tycker inte att det har funkade riktigt bra den här gången (I 17).

Närstående upplever att de har svårt att stå på sig och ifrågasätta vården när de saknar sjukvårdskunnande. De upplever dessutom att läkaren inte informerar om resultat av undersökningar och hur den fortsatta vården kommer att se ut. Det medför, vilket beskrivs i nedanstående citat, att de känner sig osäkra över hur de ska tackla situationen och vården med den äldre familjemedlemmen.

När man inte har resurserna eller kunskapen om hur man ska göra, vem man ska vända sig till, det är det som är svårt.../så säger de ingenting eller vad de har kommit till för resultat eller något, jag vill ju gå vidare med detta men jag vet ju inte hur, om man ska propa på eller.../vet inte vem jag ska vända mig till (I 15).

Det är svårt att förstå hur allvarlig sjukdomen är när läkaren inte förklarar på ett enkelt och lättillgängligt sätt. De menar att ”medicinare måste bli rakare med beskedet” (I 6). De kan uppleva osäkerhet om sjukdomen och dess problematik, vilket kan medföra att de inte vågar eller vet hur de ska diskutera den äldre familjemedlemmens sjukdomstillstånd. De anser, vilket beskrivs i nedanstående citat, att läkaren med sin yrkeserfarenhet borde kunna sätta sig in i såväl den närståendes som den äldre familjemedlemmens situation och förklara för dem så att de förstår. Det gäller också enligt närstående att läkaren ger information och förklaring i tillräckligt god tid och han eller hon ”kunnat introducera problemet tidigare och ta ställning till hur man skulle lösa det i hemmet” (I 6). När detta saknas blir både patientens och närståendes roll vaga och otydliga i den fortsatta vården i hemmet.

Han [läkare] kunde ju ha förklarat hur allvarlig en hjärtsvikt är eller en hjärtinfarkt, det har jag inte fått klarhet i ännu/.../det hade han [läkare] ju kunnat tala om för oss/.../eftersom de jobbar med detta borde de ju veta vad man ska tänka på/.../det är ju deras gebit/.../svårt ställa frågor när man inget vet (I 17).

Brister i vården förstärker närståendes osäkerhet

Närstående tror att för lite personal, tidsbrist och bristande planering bidrar till att de får otillräcklig eller otillfredsställande information. Det oroar och irriterar och förstärker närståendes osäkerhet om vad som kommer att hända efter utskrivningen från sjukhuset.

Att vara hindrad av vårdens rutiner

Närstående upplever att det finns hinder och brister i vårdrutinerna och till följd av det minskar utrymmet för patientvård. Resultatet blir onödigt oro för praktiska ställningstaganden efter utskrivningen vilket beskrivs i nedanstående citat. De anser att vården måste ges på ett sådant sätt att de inte behöver känna oro över vad som ska göras härnäst.

Funderingar på vad som händer sedan, ska det vara något återbesök, ska mamma gå och mäta sitt blodtryck och i så fall var någonstans/.../Jag var orolig och det gjorde ju ingenting för att meddela mig för min oro, mina funderingar (I 2).

Närstående menar att det inte finns rutiner för samarbetet mellan sjukhus och hemsjukvård. När den äldre familjemedlemmen befinner sig på sjukhuset berör informationen endast det som görs där eller ska ske där. När det kommer till utskrivning från sjukhuset finns det inte någon länk mellan olika instanser. Det saknas information om framtiden: "hur den kommer att se ut" (I 6). Informationen rör bara sjukhuset, det "var inom sjukhuset inget mer det tog slut där" (I 6). Glappet mellan de olika vårdformerna gör att de närstående och den äldre familjemedlemmen hamnar mellan stolarna. När man inte känner sig tillhöra vare sig den ena eller den andra organisationen är det svårt att göra sin röst hörd; för vem ska man vända sig till. Den frustration närstående kan uppleva över glappet mellan vårdformer framträder i följande citat.

Hon hade ingen hemtjänst, ingenting sådant och då protesterade jag/.../är det inte någon här som tänka överhuvudtaget/.../ni behandlar henne jättebra på alla möjliga sätt och vis här inne på sjukhuset men

ni drar inte i förlängningen några som helst egna tankar om hur hon ska ha det när hon kommer hem, för det är inte ert ansvarsområde/.../hur dialogen går till och när i tid man ska gå hem och när de är färdiga i hemtjänsten och kan ta hand om det här, det bryr ni er inte om för patienten är färdigbehandlad och den ska bara hem punkt slut (I 6).

Närstående anser också att det saknas rutiner för utskrivning från sjukhuset. Istället för att få samtal med läkare kan det sista mötet överlåtas till annan vårdpersonal. För närstående är det angeläget att få träffa läkaren och få nödvändiga förklaringar i samband med utskrivningen från sjukhuset. De menar att det skulle spara hälso- och sjukvården resurser eftersom patienten och närstående då skulle känna sig mera nöjda med vården och skulle inte heller i efterhand behöva ta kontakt med sjukhuset för sina frågor eller sin oro. När missnöje finns blir det ett hinder för den äldre familjemedlemmen och den närstående i den fortsatta vården. De anser att det är ”sjukhusets roll att förstå” (I 9) den äldre familjemedlemmens situation och kunna erbjuda samtal om behov finns. Nedanstående citat är ett exempel på bristande utskrivningsrutiner.

Jag träffade aldrig någon, han var aldrig där [läkaren] när han [maken] skrevs ut utan NN [undersköterskan] körde bara ut honom till bilen med rullstol/.../Man tycker att när man har haft hjärtsvikt eller hjärtinfarkt att läkaren kunde förklara/.../jag tycker att de kunde ha tagit in både NN och mig på ett enskilt samtal och talat om hur det var, tala om hur vi skulle förfara/.../men det kom aldrig någon (I 17).

Närstående vill att det ska finnas tydliga rutiner för läkarens liksom övrig vårdpersonals förmedling av information om vad som har gjorts och vad som ska göras. Närståendes kapacitet används inte alltid utan de upplever ibland att ”de sitter och väntar och väntar med risk att de lätt försvinner i sjukvårdssystemet” (I 6). De känner att det är viktigt att förstå hur vårdrutinerna fungerar för att aktivt kunna hjälpa den äldre familjemedlemmen under sjukhusvistelsen och vid utskrivningen. Närstående ser sig ibland som den äldre familjemedlemmens advokat och får agera i rollen som sådan: ”advokaterar anhörig och talar för någon som jag värnar om” (I 6). För att klara den rollen behöver den närstående hjälp, men ingen hjälper dem tillräta. Läkarnas intresse är mer riktat på att hjälpa patienten, vilket kan innebära att närståendes åsikter inte kommer fram. Det kan även vara så att rutinerna inte ger plats för dem att engagera sig i vården. I nedanstående citat beskrivs vikten av tydlighet i mötet med närstående och att tillvarata deras resurser.

Måste vara tydliga med vad de säger till oss anhöriga, inte flumma så mycket, utan vara lite mer tydliga, att detta kan vi göra och detta kan vi inte göra. Som anhörig har man egna resurser också, vi är inte helt handlingsförlamade och inte kan något själva, men som anhörig blir man helt bortkollrade, man väntar å väntar å väntar och så händer ingenting (I 6).

Att vara hindrad av bristande planering

Brister i vårdens planering gör att läkaren saknar tillräcklig tid för att informera närstående om den fortsatta vården av den äldre familjemedlemmen och det påverkar mötet negativt. De upplever att tidsbristen inskränker på läkarens förmåga att hinna utföra sina arbetsuppgifter tillfredsställande. Att förklara för en äldre närstående kräver tid, varför tillräcklig tid måste planläggas för mötet. Om det råder brist på tid kan läkaren negligera den äldre närstående som då upplever att ”de glömde bort mig” (I 11). Den känslan förstärks än mer om informationen ges direkt till hemsjuksjukvårdens läkare eller sjuksköterska. I citatet nedan förmedlar en närstående vad som händer när otillräcklig tid avsätts.

De som bestämmer, har så bråttom/.../Jag hann inte med/.../De hör inte på mig, de inte riktigt intresserar sig eller har tid/.../man känner sig övergiven. De beslutar, har alltid bråttom, ingen information, ingen tid, alldeles för bråttom (I 11).

Det verkar inte finnas någon planering av hur utskrivningen ska gå till. Det resulterar i att de uppfattar att informationen är bristfällig ”trots att det har varit många samtal” (I 15) såväl med läkaren som med annan vårdpersonal. Situationen upplevs som förvirrande och de vet inte riktigt hur de ska gå tillväga för att få information om den fortsatta vården. De tycker att läkaren urskuldar sig genom att påtala att de har många patienter och inte hinner med att informera tillräckligt, vilket beskrivs i nedanstående citat.

Informationen har varit dålig trots att det har varit många dialoger. Jag hade ingen aning om vem jag skulle vända mig till. Det är förvirrande, alla dessa personer som ringer och säger vad du ska gå och vad du ska göra/.../vi fick en liten lapp från sjukhuset där det stod hur han skulle hålla benet och resa på sig/.../men det är ju inte mycket för att det blir ju inte av liksom när man inte vet hur det ska vara utan sakkunnig ledning/.../de skyller ideligen på tiden, de har ingen tid. De säger att de har fler patienter/.../jag tror på vad de säger så godtrogen, så de kan inbilla mig vad som helst när det gäller sådant (I 15).

Istället för att planera den äldre familjemedlemmens vård upplever närstående att läkaren lämnar över ansvar på dem. De uppfattar att de har ansvar för att det inte finns tillräckligt med personal och vårdplatser. Istället för att läkaren samtalar med närstående och berättar om situationen, så upplever de att läkarna skyller på sjukvårdssystemet. Närstående anger att de blir belastade för att vården inte har tillräckligt med resurser. När de sedan ifrågasätter vården får de ta emot läkarnas frustration. Deras frustration kan visa sig genom att de påtalar att närstående inte har några rättigheter och att de ”inte kan kräva någonting” (I 6) vilket exemplifieras i nedanstående citat. Förutom att närstående upplever sig hamna i kläm anser de att den äldre familjemedlemmen kan hamna i kläm på så sätt att deras vård kan bli påverkad av hur läkaren hanterar situationen, vilket de menar är oprofessionellt.

Patienten skulle lämna avdelningen innan jul. Det skulle vara färre sängar och färre personal. Så de sa att NN måste lämna avdelningen, det fanns inget val. De gömde sig bakom organisationen, bakom maskineriet. De sa att vi är anhöriga och inte kunde kräva något.../det talade han [läkaren] också om för mig att som anhörig kan man inte komma och bestämma när människor ska bli utskrivna utan att det är faktiskt vi här inom sjukvården som bestämmer när man är färdigbehandlad.../Han [läkaren] anser att svärmor är färdigbehandlad men hon har syrgas och det är inte ordnat, då hon inte kan gå hem utan syrgas.../han [läkaren] tyckte att vi var oerhört besvärliga.../de tog inte någon hänsyn till patienten i det här läget utan det var organisationen, det var strukturen (I 6).

Läkarnas erfarenhet av mötet med patienter

I de två föregående avsnitten beskrevs äldre patienters och närståendes erfarenheter av mötet med läkaren. I detta tredje avsnitt fokuseras läkarens erfarenhet av att möta patienter. Två teman med tillhörande subteman beskriver läkarnas erfarenhet av mötet med patienter. Resultatredovisningen följer de teman och subteman som redovisas i nedanstående tabell (tabell 4). Varje tema med sina respektive subteman kommer att presenteras var för sig och förstärkas med citat ur intervjumaterialet.

Tabell 4. En översikt över läkarnas erfarenhet av mötet med patienter.

Tema	Subtema
Självinsikt påverkar patientrelationen	Att vara medveten om sitt förhållningssätt Att upprätthålla en relation
Dialog påverkar informationsutbytet	Att lyssna för att förstå Att uttrycka sig klart Att lära känna patienten

Självinsikt påverkar patientrelationen

Att läkaren har självinsikt gentemot patienten påverkar läkarens uppfattning av mötet. I det ingår förväntningar, begränsningar och möjligheter att skapa en relation till patienten. Kännetecknande för att kunna identifiera patientens behov är medvetenhet om det egna förhållningssättet.

Att vara medveten om det egna förhållningssättet

För att skapa en miljö där patienten känner tillit och tilltro inte bara till läkaren utan även till sjukvården krävs att läkaren medvetandegör sitt förhållningssätt till patienterna. Läkarna anger att de behöver tänka på hur man uppträder inför patienten samt att de måste vara ärliga.

Att inspirera patienten genom att vara oärlig anses olämpligt. Oärlighet kan medföra att relationen blir besvärlig och komplicerad om eller när det uppdagas. I en sådan situation finns risk att patienten inte litar på det som läkaren säger och därför inte fullföljer behandlingen. Konsekvenserna av svekfullt handlande kan leda till att patienten anmäler läkaren, vilket kan bli obehagligt för båda parter. Därför anser läkarna att det är bättre att omgående försöka ta sig an problem och vara ärlig istället för att undvika ansvaret vilket exemplifieras i nedanstående citat. Ärlighet och att använda sin intuition är ledord för läkarna. Då kan de utföra sitt arbete på bästa möjliga sätt, menar de. Det skapar en vinna – vinnasituation där både patient och läkare blir mer tillfredsställda med mötet.

Det som är viktigt/.../är ju att kunna vara ärlig mot patienten och mot sig själv. Jag tror man tjänar på det/.../att man inte smiter undan och det gäller även när man inte vet/.../att man är ärlig för det blir mycket lättare att hantera/.../om du inte vet försök inte dölja det för dig själv

utan säg till dig själv att jag vet inte vad detta är eller jag förstår inte detta och det kan vara nyttigt att säga både till dig själv och till patienten/.../Jag har lärt mig att inte uppmuntra med lögnens hjälp/.../en väldigt viktig sak är att vara närvarande i patientmötet/.../och fokusera den här individen (I 3).

Läkarna anser det viktigt att ha insikt om betydelsen av sitt beteende och sin attityd vid mötet med patienten. Läkaren måste kunna sätta sig in i patientens situation och behandla honom eller henne därefter. Men för att kunna göra det optimalt krävs också yrkeserfarenhet. Yrkeserfarenheten är enligt läkarna en kombination av erfarenhet och kunskap. Den utvecklas i mötet med patienten genom att värdera positivt så väl som negativt utfall av mötet och för att identifiera förbättringsområden till nästa patientmöte. Läkarens reflektion efter patientmötet kan underlätta en korrekt bedömning vid nästa möte, vilket kommer patienterna till gagn. De uppfattar också att ett sådant förhållningssätt kan bidra till att patienten känner att läkaren är seriös och noggrann. De använder sina medicinska kunskaper om olika sjukdomstillstånd i sin reflektion. Men läkarna anger också att det krävs att de använder sina kunskaper i hur man umgås med en sjuk individ för att mötet ska bli bra. För att kunna möta en patient menar de att man måste kunna hantera sina känslor. Det kan bland annat innebära att inte visa patienten vilket stämningsslag läkaren befinner sig i. På så sätt utvecklar de en förståelse som möjliggör att mötet med patienten kan bli lyckad. Samtidigt som läkarna talar om betydelsen av ett medvetet förhållningssätt utgår läkaren ibland mer från sin egen uppfattning om vad som är ett bra bemötande, vilket framgår i citatet nedan.

/.../jag försöker alltid vara lugn och professionell. Jag visar inte att jag är irriterad, arg eller tidspressad/.../man får tänka på vad man säger och ge ett bemötande som är gott. Jag tänker alltid att man ska behandla patienten som man vill bli behandlad själv. Det är en bra regel/.../det är inte så svårt tycker jag att sköta patienter om man bara tar sig tid. Med viss noggrannhet och engagemang så blir det ganska tydligt vad det är för problem och hur man ska behandla det och då blir det ofta inte svårt, framförallt blir det väldigt lätt nästa gång (I 6).

Känslan av att göra rätt och att få positiv respons från patienten påverkar läkarens förhållningssätt. I känslan att göra rätt kan även ingå förmågan att kunna sätta sig in i hur andra personer känner vilket bidrar till att de utvecklar erfarenhetsbaserat kunnande om vilket förhållningssätt som är ”det rätta” i olika situationer. Läkarna anser att det väsentligaste är att patienten uppskattar deras förhållningssätt och att det då inte spelar någon roll vad andra tycker.

Positiv feedback från patienterna på beteendet bidrar därmed till att utveckla medvetenheten om den egna attityden. Denna feedback används således för att forma yrkesroll och yrkesidentitet. I patientmötet gäller det enligt läkarna att vara förberedd eftersom det är ett viktigt möte för patienten. Patienten förväntar sig att få besked om diagnos och lämplig behandling. Betydelsen av förberedelse betonas särskilt eftersom information om diagnos och behandling kan väcka många funderingar och tankar hos patienten. Det gäller också att vara beredd på patientens reaktioner vilka de än är. Patienten kan bli upprörd, ledsen och till och med chockad. Därmed anser läkarna att mötet är viktigt för patienten, vilket beskrivs i nedanstående citat.

Man måste ha en egen uppfattning/.../man ska ha en känsla av att den är rätt och uppskattad då är det den som gäller i mitt möte med patienten. Då kan ingen utifrån komma och tala om hur jag ska uppträda när jag möter patienten/.../tänka på sitt uppträdande, hitta någonstans egen personlighet att utforma sin egen läkarroll/.../i mötet när det gäller diagnostik och behandling så blir förstås läkarnas möte med patienten oerhört viktigt för patienten och att det blir rätt, det krävs mycket stöd för det mötet på olika sätt (I 5).

Det finns en ömsesidighet i relationen mellan patient och läkare på så sätt att läkarnas förhållningssätt kan påverkas av hur patienten förhåller sig till läkaren. Därför behöver läkaren insikt om hur han eller hon reagerar i olika situationer i mötet med patienten. Ibland projicerar patienterna sina känslor, sin oro och sin ångest på läkaren. I sådana fall är det bra att kunna ”förklara för sig själv att man har gjort detta och detta” (I 9). Det är nödvändigt att klargöra vems känslor som styr i den aktuella situationen. Det blir därför viktigt för läkaren att inta en professionell roll, vara ödmjuk och inte möta patientens känslouttryck med samma uttryck som patienten utan att uppträda lugnt och stabilt. Det professionella förhållningssättet behövs för att patienten skall kunna känna förtroende för läkaren även om de i stunden ger uttryck för sina känslor. I vilken mån läkaren klarar att bemästra patientens reaktioner kan enligt läkarna bero på erfarenheter från tidigare patientmöten under dagen. En frustration från ett tidigare patientmöte kan sitta kvar. Därför är det bra att efter varje patientmöte försöka gå igenom och mentalt avsluta patientkontakten innan han eller hon går in i nästa patientkontakt. I läkarnas utsagor framkommer att det kan vara så att personkemin mellan patienten och läkaren inte fungerar. Om det är så, kan det vara svårt att nå fram till en bra patient – läkarrelation. Då håller läkaren istället en låg profil och uppträder professionellt.

Det har jag lärt mig och förstått att det kanske inte alltid är jag som gör fel utan det är faktiskt patienten som alltså provocerar känslor så att det har ju gjorts att man tänker kanske då mer på hur jag är och vad jag bär med mig också som gör att jag kanske agerar på ett visst sätt gentemot vissa patienter, att medvetandegöra det men också att det kan vara att jag får sådana känslor kan vara att den patienten provocerar det på mig (I 9).

Läkarna betonar att ”erfarenheter” påverkar deras beteende. De påtalar att tidigare och nuvarande kollegor ifrån olika sammanhang påverkar det förhållningssätt de har till patienten. Resonemang och tankar förändras genom alla dessa möten. Förhållningssätt till patienterna påverkas även av ”uppväxt” och andra möten utanför sjukvården. Oavsett vilka bakomliggande faktorer det finns till sättet att förhålla sig till patienten finns det bland informanterna en samstämmig uppfattning om betydelsen av en god relation till patienten. Den goda relationen behöver dock kombineras med kunskaper om vad man kan och vad man behöver fråga om. Det är då det blir ett bra arbete utfört. Kunskap kan sökas hos patienten men även hos kollegor och i litteratur. Det är således inte bara förhållningssättet till patienten som är viktig att vara medveten om utan även förhållningssättet till kunskap och till omgivningen vilket exemplifieras i nedanstående citat.

Attityden är oerhört viktig, hur du är både till kunskap och mot patienter och mot omgivningen (I 11).

Läkarna betonar att mötet med patienterna ska vara respektfull. De menar att det stärker patientens position och bidrar till ett positivt möte med patienten. Ett respektfullt förhållningssätt inbegriper patienters lika och rättvisa behandling, vilket beskrivs i nedanstående citat. Läkarna betonar att det är betydelsefullt att träffa patienten; utan möte med patienten blir det ingen utveckling vare sig av de medicinska kunskaperna eller av den sociala förmågan.

Respekt för patienten, det är viktigt att man försöker behandla alla lika och rättvist/.../ett gott bemötande i alla avseenden, det vinner man väldigt mycket på (I 13).

Medvetenhet om betydelsen av vardagliga aktiviteter som att gå in och hälsa på patienten ska inte förringas. I det första mötet är det särskilt viktigt att patienten får ett ansikte och ett namn på den som kommer att ha ansvar under vårdtiden men det är också betydelsefullt för den fortsatta kontakten. Vårdighet är ett

centralt begrepp i läkarnas utsagor. Det innebär att sätta patienten i fokus och prata till och inte över huvudet på patienten vilket beskrivs i nedanstående citat.

.../hur man uppträder, hur man hälsar på patienten, att det är patienten som är centralfiguren och att man inte får hålla på att diskutera för mycket över huvudet på dem utan då får man be om ursäkt. Nu stod vi här och pratade över dig och du är inte med, säger man till patienten (I 16).

Läkarna betonar vikten av att reflektera över sitt beteende i mötet med patienten. Att vara prestigelös inför patienten lyfts fram. Eftersom läkarna i sin profession har ett övertag gentemot patienten anser de att det är viktigt att vara generös i mötet med patienten, vilket beskrivs nedanstående citat. På så sätt upplever läkarna att risken att hamna i prestigekonflikter blir minimal.

Med patientmöten att reflektera över hur man fungerar och hur mitt bemötande påverkar patienten.../jag kan ju sitta med jättemycket teoretisk kunskap men om jag sedan betar mig på ett felaktigt eller liksom inte får fram det till patienten så blir det ju inte så där jättebra (I 9).

Att upprätthålla en relation

Relationen mellan patient och läkare är nödvändig att upprätthålla för att patienten ska få erforderlig vård lika väl som för att läkaren ska ha möjlighet att utföra sitt yrke. Att bry sig om patienten, ha ett medmänskligt förhållningssätt och bjuda på sig själv, är viktigt för att upprätthålla relationen. Därför måste man ”gå ut ur sin läkarroll” (I 8) och ha en medmänsklig kontakt med patienten. Det gäller att hitta balansen och veta var gränsen mellan att vara läkare och att vara personlig går. I gränslandet mellan professionell och personlig försöker läkare bland annat få ta del av patientens intressen, levnadsförhållanden, tankar och upplevelser. Den informationen är viktig i läkarens fortsatta arbete med att undersöka, diagnostisera och behandla patienten. Läkarna anger att det är betydelsefullt att ta sig tid, sätta sig ner och respektera den här situationen och sätta sig in i det och dela den ”mänskliga” känslan för att kunna skapa en bra patient – läkarrelation. Men det kan vara svårt att upprätthålla en relation med patienten. Det är kompetens som kräver fingertoppskänsla, vilket beskrivs i nedanstående citat.

Konsten att upprätthålla en relation som lite grann utanför, så att man blir något mer än doktor, person också.../prata om något allmänmänskligt, några få ord, så man hittar något gemensamt (I 8).

Man ska ta hand om patienten, inte bara vara läkare, utan man ska vara människa också (I 10).

I den mellanmännsliga relationen försöker läkaren se patienten; att just den här patienten är unik. Ett sätt att göra det på är att intressera sig för patienten; inte bara patientens sjukdomssituation utan personen bakom patientrollen vilket exemplifieras i nedanstående citat. Det ger läkarna chansen att förstå livssituationen, vilket enligt läkarna uppfattas positivt av patienterna. Relationen utvecklas i en positiv spiral med feedback från båda parter. Uppskattning från patienterna stärker läkarna i sin yrkesroll och de anser att det blir lättare att klara av besvärliga och komplicerade situationer. De uppfattar att patienten får möjlighet att uttrycka sig.

Varje patient är unik och varje individ blir viktig för mig/.../intressant att veta vad patienten gör resten av tiden. Det är viktigt, för patienten har ett liv utanför vården, både yrkesmässigt och fritidsmässigt. Intressant att höra och få hela personligheten. Då kan jag slå an lite olika strängar beroende på vad jag vet om patienten. Patienten uppskattar att man vet vem de är/.../det är en mänsklig relation, viktigt att ha med sig och det blir roligare också. Även svåra situationer går att hantera lättare (I 12).

Det är betydelsefullt att ha mellanmännslig kunskap för att möta patienten. Exempel på mellanmännslig kunskap är att medvetandegöra sin roll som läkare genom att visa respekt och använda sin empatiska förmåga gentemot patienten. Läkarna betonar att ett mellanmännsligt förhållningssätt underlättas om de förstår patientens situation, vilket beskrivs i nedanstående citat. Kunskap om mellanmännslighet utvecklas tillsammans med de värderingar de utvecklar genom livet och i sitt yrke. Det blir därmed en del av den egna kompetensen.

Kunskap om hur man umgås med patienter och vara medveten om vilken roll man spelar. Man ska ha värderingar eller förhållningssätt och det handlar om kompetens och respekt för de människor man jobbar med. Krav på att vara empatisk och ha en hygglig självkänedom (I 14).

Dialog påverkar informationsutbytet

Dialogen mellan läkare och patient är grunden för informationsutbyte dem emellan. Kännetecknande för dialogen är lyssnandet och att lära känna patienten samtidigt som budskapen behöver vara tydliga och klara.

Att lyssna för att förstå

För att ge patienten utrymme att berätta om sin sjukdomssituation betonar läkarna vikten av att lyssna till patienten. Då får patienterna möjlighet att förmedla information till läkaren, som till exempel information om tidigare sjukdomar, aktuella sjukdomar och mediciner. Denna information ger läkaren möjlighet att gå vidare i sin bedömning av sjukdomen och behov av behandling. Läkaren upplever att det kan vara lättare att förstå och ta del av patientens behov om de har kunskap om patientens historia och för det är det betydelsefullt att lyssna, vilket exemplifieras i nedanstående citat. Läkarna anser att lyssnandet kan uppfattas positivt av patienterna och ge en känsla av trygghet. Läkarnas uppfattning är att mötet mellan patient och läkare fungerar i ett sammanhang och att det är viktigt att kunna hantera situationen så konstruktivt som möjligt.

Patienten beskrev symtomen väldigt bra. Då kunde man spåna vidare på det spåret/.../Jag är noggrann med att patienten ska känna att den här individen nu som är viktigast och att patienten får chansen att berätta (I 16).

Mitt beteende och mitt sätt att handskas med patienten/.../egentligen är det patienten som berättar mer och uppskattar/.../man tar på sig lyssnarattityd, då kan man få reda på mycket och det tror jag är bra (I 5).

Att uttrycka sig klart

Att tillgodose patientens behov kan bland annat göras genom personlig information om vård, medicinering och andra behandlingsformer. När läkarna ibland stöter på fall som kan vara extra komplicerade både tekniskt och medicinskt blir kontinuerlig kontakt med patienten ett arbetssätt som borgar för bra resultat av vården och ett lyckat möte med patienten. Läkarna anger också att de anpassar sig till patientens hälsotillstånd och att de inser att deras situation kan vara svår. De betonar att patienterna är i underläge och att det är lätt att de upplever sig utelämnade och oroliga i situationen då de inte kan säga ”nej dig vill jag inte ha, jag vill ha någon annan” (I 10). Därför anser läkarna att de behöver vara vänlig mot patienten och individualisera information och bemötande, vilket beskrivs i nedanstående citat.

Individualisera informationen och så rätta sig efter patienten/.../när vi behövde diskutera så vände jag mig alltid till patienten (I 3).

Att vara tydlig och uttrycka sig klart är enligt läkarna grundläggande i mötet med patienten. De betonar att de anstränger sig för att respektera patientens situation i det vardagliga arbetet. Det görs bland annat genom att ”inte stå upp ovanför patienten och prata ner till någon som ligger i sängen utan att man går ner och sätter sig på en stol bredvid, så att man kommer på samma nivå” (I 5). Att inte använda facktermer som kan vara svåra för patienten är ytterligare faktorer att tänka på.

Man måste tala om för patienten hur läget är och sedan får man vara noga med att tala om vad som har gjorts hittills och hur man har tänkt/.../Man får ta informationen i omgångar och inte bara köra över, måste förklara (I 5).

Då läkaren är påläst på patientens sjukdom underlättar det dialogen med patienten. På det sättet skaffar han eller hon sig en bild över patientens behov, förväntningar och resurser utifrån sin sjukdom och hur allmäntillståndet är. I läkarens samtal med patienten ingår det att överväga faktorer som talar emot en behandling och vad som talar för och att förklara sin ståndpunkt. När de resonerar med patienten diskuteras hur patientens liv kan komma att bli efter behandlingen och vilka förutsättningar som kan komma att gälla. Patienterna ges även information och kunskap om vad som ligger bakom de beslut som tas och vad som kan vänta patienten om han eller hon blir sämre. Det sker alltså en argumentation för och emot olika behandlingar och medicineringar, där det i slutändan sker ett ställningstagande beroende på patientens diagnos och allmäntillstånd. Om dessa frågor är besvarade kan det medföra att det blir lättare för patienterna att acceptera läkarnas ställningstagande, vilket beskrivs i nedanstående citat. Tillvägagångssättet blir därmed systematiskt vilket läkarna beskriver som att ”diagnostiken och metoder är bra för att komma fram till men i början måste man ha en plan, så att man vet vad man letar efter” (I 1).

Det är väldigt viktigt när man går och träffar en patient som ligger på en vårdavdelning, att man berättar vad man har gjort hittills, provsvar vad de har visat, vad man har resonerat utifrån de provsvar som man har tagit, om det är något man behöver utreda eller inte. Patienten måste få klara besked hela tiden (I 1).

Läkarna betonar att en del patienter inte vill veta så mycket utan de tycker att det är skönt att få lämna över ansvaret till den professionelle. Det innebär oftast att det är läkarens beslut om vård och val av behandling som gäller. Därför gäller det menar läkarna att vara närvarande och klargöra hur patienten vill att samarbetet med läkaren ska formas. När patienten överlämnar sig till läkaren

upplevs det förtroendeingivande och ansvarsfullt. De litar på att läkaren kan sitt arbete.

En patient som jag träffade en gång när jag skulle sätta igång och berätta noga, så avbröt patienten mig och sa i princip att jag litar på att du kan ditt jobb. Sköt det, jag gör som du säger. Jag är inte intresserad av att höra. Du gör ditt jobb. Det tillhör ovanligheterna, men alla vill inte. Alla vill inte veta så hemskt mycket utan tycker det är skönt att få lämna över/.../Individualisera informationen och så rätta sig efter patienten (I 10).

Genom att informera både skriftligt och muntligt uppfattar läkarna att de tydliggör informationen till patienten. I skriftlig information ingår det att skriva en sammanfattning av tidigare sjukdomar, nuvarande sjukdomar och medicinering. I den muntliga kan det ingå att informera patienten om diagnos, medicinering och behandlingsalternativ. Genom att använda olika informationsvägar kan en helhetsuppfattning om patientens situation formos. Ökad motivation hos patienten kan å ena sidan leda till ökad arbetstillfredsställelse bland läkarna. Å andra sidan kan patientens motivation och läkarnas arbetstillfredsställelse påverkas negativt om obalans i patient – läkarmötet råder. Högt tempot i sjukvården kan ge upphov till sådan obalans. Läkarna beskriver det som att ”idag är patienterna så kvickt in och så kvickt ut, man hinner inte följa patienterna” (I 10). För att klara upp situationen gäller det att ”skärpa sig, då blir man effektivare” (I 3). De anser att de ska vara närvarande och koncentrerade på det de ska göra för då får de uppskattning av patienterna vid mötet.

Jag tänker alltid att man ska behandla patienten som man vill bli behandlad själv. Det är en bra regel/.../Få ett helhetsbegrepp och att man då har ansvar, att man kompletterar när det kommer viktig information/.../Patienten ska vara med på besluten och kunna få en lämplig information, så att patienten har möjlighet att säga ja eller nej till olika behandlingar, så att patienten är delaktig och det gör att de blir mer motiverade (I 13).

Om en patient befinner sig i chock är det extra betydelsefullt att vara lyhörd. Läkarna menar att patienter i en krisreaktion inte lyssnar utan är blockerade. Då måste de ge patienten tid, vilket bland annat kan innebära att informationen får ges i omgångar och upprepas på olika sätt, vilket exemplifieras i nedanstående citat. Informationen kan inte heller vara mångordig, grundlig eller överarbetad. Det är således olika mekanismer och skeenden som gör att patienten tar till sig

information eller inte. För att förstå dessa mekanismer behövs en kombination av erfarenhet och medicinska kunskaper.

Ofta ska man inte vara så mångordig/.../Det är ingen mening med det när man träffar en patient i chockfasen, då är det bättre att säga att vi träffas imorgon eller i övermorgon när du har funderat på detta så det är en fråga att inte överarbeta informationen i vissa lägen/.../Nyttigt att säga till sig själv och till patienten att jag tänker göra detta och detta för att komma närmare patienten/.../Det gör det lättare att hantera de här svåra sakerna (I 10).

Att lära känna patienten

Eftersom patienter har olika resurser och behov, anser läkarna att det är viktigt att lära känna patienten. Och för det behövs flexibilitet liksom stödjande och hjälpande förhållningssätt. För att vara flexibel krävs att de har en kunskapsbas att vila på. Utifrån denna bas kan de lugnt arbeta vidare och tänka igenom patientens vårdssituation och rikta in sig på samtalet med patienten, det vill säga hur man ska prata och vad man ska prata om för att lära känna patienten. Det kan göras genom att en liten kort stund prata om någonting allmänt som inte har med själva mötet att göra och kanske hittar något gemensamt. Då blir man enligt läkarna ”någonting annat än bara en medicinsk representant” (I 8).

Jag tror starkt på att försöka skapa en slags relation när man pratar med patienten, då blir det någonting mer än ett patient – läkarförhållande/.../så att man lugnt kan gå vidare och då kan man inrikta sig på hur man ska samtala och prata/.../Det gäller att vara lyhörd för hur man berättar. Det tar ett tag (I 8).

Genom att lära känna patienten får läkarna lättare tillgång till patientens kunskap om sin sjukdom och sitt hälsotillstånd. De poängterar att det är patienten som vet mest om sin hälsa och det är därför som det är angeläget att alltid försöka samtala med patienten. Läkarna går till patienterna och kompletterar sin bild om det är något som de undrar över i sitt undersökningsarbete samtidigt som de försöker förklara för patienten vad de tänker. För att kunna samtala med patienten använder de sina erfarenheter av patientmöten genom att i sin tanke relatera till olika situationer som de har varit med om. De har genom sina erfarenheter vetskap om att oftast finns olika möjligheter, konsekvenser och vad som kan förväntas under och efter behandling av patient. Det är dessa erfarenheter de använder i samtalet med patienten.

Prata med patienten, då patienten är den bästa källan. Ofta sitter vi här och läser mer än vad vi sitter med patienten och det kan vara mycket fel som kommer/.../jag har den inställningen att man försöker tänka, försöker förklara för patienten vad jag tänker (I 7).

Det uppfattas som en fördel om man kan diskutera öppet med patienten om aktuell och fortsatt vårdbehov och i det ingår det att ta upp eventuella risker, vilket exemplifieras i nedanstående citat.

Vi hade en lång diskussion där vi gick igenom allting helt öppet. Diskuterade kring vilket liv patienten kommer att få och hur prognosen ser ut för patienten, vad som kunde vänta honom och om han skulle bli försämrad, hur skulle det te sig?/.../Man resonerar alltid med patienten, viktigt att diskutera igenom ordentligt, prata igenom eventuella risker (I 15).

Innan läkaren träffar patienten gör läkaren en grovskattning av patientens besvär genom att ta del av patientens journalanteckningar. De beskriver det som att de "ser någonting redan ifrån början och sedan låta patienten få berätta" (I 16). Utifrån denna kunskapsgrund kan läkaren gå vidare och ställa relevanta frågor som fördjupar förståelsen av patientens vårdbehov. När läkaren sedan träffar patienten anser de att det är bra att använda öppna frågor i början av samtalet med patienten. Det gör att patienten har möjligt att prata om sin situation med sina egna ord och sina egna upplevelser eftersom det blir mer berikande än att börja ett samtal med stängda frågor där svaren enbart kan bli jakande eller nekande. Utifrån de öppna frågorna kan de gå vidare i samtalet och följa upp med ytterligare frågor. Således kan läkaren med hjälp av sin grovskattning och patientens berättelse få idéer och ledtrådar som kan leda vidare i bedömning av patientens problematik. Det är först efter det att läkaren gjort en sammanställning av all insamlad information som "man kan få alla pusselbitarna på plats" (I 5). Med det här tillvägagångssättet bildas en helhet som läkaren har användning av för att slutligen ha möjlighet att ställa diagnos. På så sätt får läkaren en översikt över patientens hälsotillstånd och behov av vård och behandling. Läkarna betonar att det gäller att vara observant hela tiden under samtalets gång och inte fastna på en punkt, vilket beskrivs i nedanstående citat.

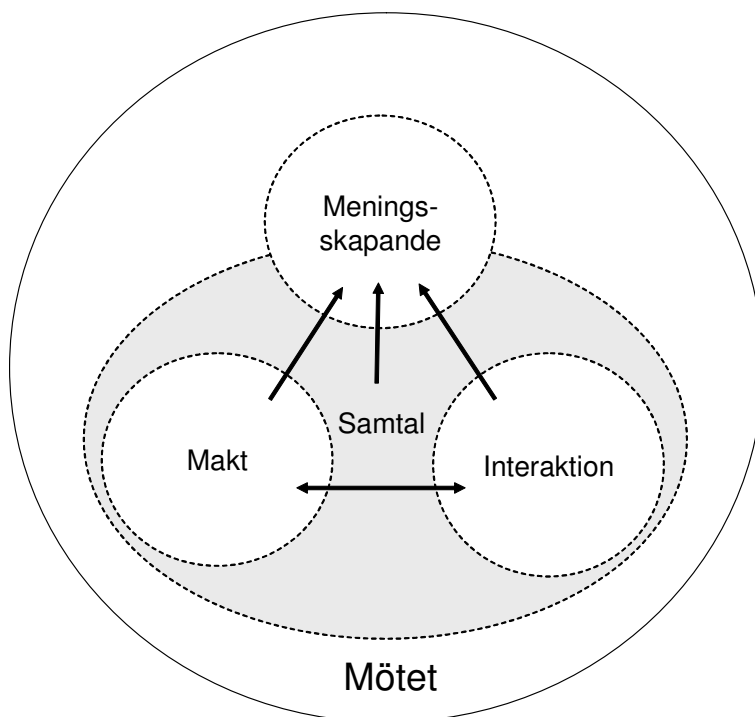
Man ska börja med öppna frågor och låta patienten berätta men sedan måste man styra lite och ställa kompletterande frågor på rätt sätt/.../kan gå igenom kroppen uppifrån och ner, hur är det med

andningen, har du några besvär med ont i bröstet, har du några mag- och tarmbesvär (I 6).

Sociokulturell analys och tolkning av erfarenheterna av mötet

Detta avslutande resultatavsnitt avser att lyfta fram hur mötet erfars av äldre patienter, närstående och läkare utifrån ett sociokulturellt perspektiv. Dessa erfarenheter har presenterats i de tre föregående avsnitten. En analys av dessa har utmynnat i en modell som visar mötets mest framträdande faktorer utifrån såväl äldre patienters, närståendes som läkares utsagor (se figur 1). Kärnpunkten i mötet är *samtal*. Att prata, att lyssna och att vara lyhörd är exempel på återkommande kommentarer från alla informantgrupper. Samtal är således det centrala i mötet mellan äldre patient, närstående och läkare. *Makt* och *interaktion* har betydelse för hur samtalet formas under mötet och har i sin tur betydelse för alla parter möjlighet att *skapa mening* i mötet. I följande text redovisas kärnpunkten och de framträdande faktorerna.

Figur 1. Modell över mötets kärnpunkt och framträdande faktorer.



Samtal

Informanterna använder i stor utsträckning utsagor som kan tolkas inom ramen för begreppet samtal. Utöver att uttala sig om att de pratar, lyssnar och att vara lyhörd talar de även om att ha en dialog, möjlighet att lämna sina åsikter och att ställa frågor. Dessa uttryck relaterar till samtal och när informanterna gör det framträder också möjlighet eller brist på möjlighet att samtala beroende på omgivningen. Samtalet tydliggörs i samtliga teman som presenterats i avsnittet med äldre patienters erfarenhet och i stor utsträckning även i närståendes och läkares utsagor.

När den äldre patienten läggs in på sjukhus befinner han eller hon sig i en främmande miljö och upplever att läkarens förhållningssätt påverkar dennes uppfattning om det samtal som sker i mötet dem emellan. Den äldre patientens uppfattning skapas därför utifrån den institution som han eller hon befinner sig i (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). Inom hälso- och sjukvårdens institutionella samtal ger den professionelle, det vill säga läkaren i detta fall, ofta råd till lekmannen. För att de äldre patienterna ska förstå innebörden i dessa råd upplevs, enligt de äldre patienterna, att behov finns av ett samspel, en interaktion, mellan dem och läkare. Råden kan ges i flera steg och bestå av ett eller flera alternativa förslag som kan innehålla både medicinska och pedagogiska aspekter. Det medicinska handlar om diagnoser och olika behandlingsformer och det pedagogiska rör informationen från läkare till patient till exempel om hur sjukdom och symptom ska hanteras. Hur detta formas beror på vilken kommunikativ relation parterna upprättar sinsemellan (Fiske, 1990; Selander, 1991; Silverman, 2001).

Hur läkaren samtalar med patienten vid detta tillfälle är betydelsefullt för att skapa en förtroendefull atmosfär med hänsynstagande och förståelse för äldre patientens situation där läkarens kroppsspråk även är en viktig faktor. De äldre patienterna beskriver att de vill bli behandlade som unika individer och ibland upplevs samtalet som sker under mötet ge denna känsla och ibland inte. Det är inte enbart det sagda som är föremål för äldre patientens upplevelse utan också de icke verbala uttrycken. Det kan utifrån ett sociokulturellt perspektiv förstås då alla symboler bidrar till upplevelsen av mötet (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000).

De äldre patienter som har sjukhusvana är förberedda och vågar ifrågasätta och har därmed lättare för att samtala med läkaren på ett ömsesidigt och konstruktivt sätt. Att de har lättare att förstå information och att samtala kan förklaras av att de genom sin erfarenhet lärt sig att förstå och tolka de i institutionen för givet tagna vanorna och uttrycken, det vill säga det som i det sociokulturella perspektivet benämns medierande verktyg (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000).

Även den sjukhusvane närstående anser sig ha lättare att samtala med läkaren. Då kommunikation är en pågående process, där parternas ord och handlingar ingår, bidrar det till ömsesidigt fortskridande för att anta motpartens perspektiv och för att skapa förståelse (Thornquist, 1994). Bristande planering av mötet mellan närstående och läkare är ett hinder för att samtalet ska utvecklas i en positiv riktning. Det skapar osäkerhet hos den närstående eftersom de saknar förståelse för den rådande institutionella kulturen. De saknar de rätta verktygen för att fullt ut kunna delta i samtalet (Vygotsky, 1978; 1987). Att inte ha medicinsk kunskap eller kunskap om hur sjukvården fungerar påverkar närstående negativt i samtal med läkaren. Det innebär att närstående tolkar information från läkaren utifrån lekmannens perspektiv (Fiske, 1990; Silverman, 2001). Genom abstrahering och generalisering av läkarens budskap förväntas närstående på ett subjektivt och individuellt sätt rekonstruera innebörden av den information som finns i mötet (Wyndhamn, 1999). Detta försvåras alternativt underlättas beroende om närstående har förståelse för den institutionella kulturen.

I temat *Samspel påverkar kunskapsutbytet* framkommer i äldre patienters utsagor att närstående är en förmedlande länk som fungerar som översättare av de medicinska och vårdande kommunikativa uttrycken i samtalet med läkaren. Närstående fungerar också som översättare av patientens berättelse för att möjliggöra läkarens tolkning av den. I närståendes utsagor framträder betydelsen av ömsesidighet i samtalet men att den fallerar på grund av brister i vårdens planering. Samtalet påverkas som tidigare nämnts av såväl maktförhållanden som hur interaktionen tar gestalt i mötet med läkaren. Fördjupad analys av dessa aspekter återkommer senare.

Att samtalet betonas av de äldre patienterna kan förstås då det är en viktig del i mötet med läkaren för att utveckla förståelse för vad som sker under sjukhusvistelsen och för att aktivt kunna ta och få kontroll samt för att få möjlighet till inflytande över vårdssituationen. Det händer att den äldre patienten lägger ansvaret för att samtalet ska fungera som arena för

kunskapsutbyte på läkaren. Patienten lägger således ansvar på den professionelle och förväntar sig att denne ska leda samtalet (Fiske, 1990; Selander, 1991; Silverman, 2001). Samtidigt förväntar sig patienterna att den professionelle ska använda ett språk som är förståeligt. Närstående såväl som de äldre patienterna anser att förmågan och möjligheten att samtala med läkaren avtar med åldern då kroppen blir trött och ålderdomssvag och de tar för givet att läkaren ska förstå det. Den äldre patienten förväntar sig att bli tillfrågad och att det är läkaren som ska ta detta initiativ. Det förekommer att den äldre patienten lägger ansvaret för samtalets funktion på läkaren. Det kan också förklaras av att den äldre patienten, det vill säga lekmannen, internaliserat rollen som patient (Säljö, 2000).

Sjukvårdens institutionella tradition bidrar också till att patienten intar denna något mer passiva roll, istället för att, som lagstiftningen (SFS 1982:763 uppdaterad 2009:430) föreskriver, ta en aktivt deltagande roll. Således är den institutionella traditionen och kulturen påverkande faktorer för hur samtalet utvecklas. Den kritik som äldre patienter och närstående riktar till läkarens samtal med dem kan förstås utifrån den institutionella sociala praktiken där kunskapstraditionen och dess begrepps värld inte är vedertagen utanför institutionen (Säljö, 2000). Ord är betydelsefulla och utgör språkets tänkande sociala redskap (Vygotsky, 1978; 1987). De ord som används inom institutionens ram är inte detsamma som används av lekmän (Säljö, 2000). De äldre patienternas och närståendes kritik tycks bestå i att lekmannens och den professionelles röster inte alltid möts. I den institutionella miljö som sjukvården utgör blir inte "the voice of the lifeworld" hörd i tillräcklig utsträckning (Mishler, 1984). Istället är det i huvudsak "the voice of medicine" som ges utrymme i samtalet och kommer till uttryck i den terminologi som används (Mishler, 1984; jmf. Sätterlund Larsson, 1989; Barry, Stevenson, Britten, Barber & Bradley, 2001).

Även i läkarnas utsagor framträder samtalet som centralt. De menar att det grundläggande i samtalet under mötet med patienten är att vara tydlig, uttrycka sig klart och att inte använda facktermer som kan vara svåra för patienten att förstå. Det finns således en medvetenhet om betydelsen av att utgå från "the voice of the lifeworld" samtidigt som de äldre patienterna och närstående kan uppleva att samtalet utgår från "the voice of medicine". Att det finns dessa skilda uppfattningar kan förklaras av att det under samtal mellan två aktörer inom en institution oftast är någon part som har mer kontroll över samtalets dimensioner: turtagning, tolkningsföreträdare och orkestrering (Aronsson & Sundström, 1988). I den institutionella praktiken, det vill säga det medicinska

sammanhanget, har läkaren tolkningsföreträdare eftersom samtalet är en del av läkarens yrkesutövning (Aronsson & Sundström, 1988; Sätterlund Larsson, 1989; Linell, 1990; 1999). De olika upplevelserna hos de berörda parterna kan således förstås av att språket som medierande redskap skapar och utvecklar den äldre patientens, närståendes och läkarens kunskap i de sociala praktiker som de deltar i, det vill säga mötet.

I samtliga teman betonas samtalets betydelse hos närstående, men kommer framförallt fram under temat *Mötet med läkaren väcker positiva och negativa känslor hos närstående*. I detta tema understryker närstående vikten av att bli sedd i samtalet med läkaren, vilket de menar innebär att samtalet med läkaren är ömsesidigt och att erfarenheter, kunskaper och insikter kan delges. De lyfter således fram önskan att ha möjlighet att lämna sina åsikter och att kunna ställa frågor till läkaren. Det betyder att språket förväntas vara ett medierande verktyg (Säljö, 2000) som används för att skapa tillitsfull atmosfär i mötet mellan närstående och läkare. När experten återskapar informationens innehåll och placerar den i sitt specifika sammanhang finns det möjlighet för lekmannen att förstå budskapet (Selander, 1991). Detta kan sättas i relation till läkarnas utsagor där det betonas att samtalet med patienten ska genomföras så att patienten förstår. De anger att det är nödvändigt att veta hur man ska prata och vad man ska prata om för att lära känna patienten och för att kunna utveckla förståelse för varandras erfarenheter, kunskaper och insikter. Samtalet är således scenen för parternas erfarenhetsutbyte (Säljö, 2000).

Närstående uppfattar ibland samtalet med läkaren bristfällig, till exempel uppfattas ibland äldre läkare ha ett rutinmässigt beteende. Att närstående uppfattar samtalet på detta sätt skulle kunna förklaras av att det i samtalet finns en "hidden agenda" (Mishler, 1984). I institutionella samtal ingår olika faser, vilka är likartade inom respektive institutionell miljö. Faserna följer ett specifikt fråga – svarsmönster där det finns en markerad ordningsföljd i samtalet (Agar, 1985; Sätterlund Larsson, 1989; Linell, 1990), som gör samtalsämnen förutbestämda (se Mishler, 1984; Johanson, 1994). Det kan vara denna "hidden agenda" läkaren använder i mötet med närstående.

I läkarnas utsagor betonas betydelsen av att vara förberedd inför samtal med patienten. Det innebär att vara påläst på patientens sjukdom. Läkaren använder sina erfarenheter och sin kunskap från tidigare patientmöten och är medveten om att det finns olika möjligheter och konsekvenser av vad som kan förväntas under samtalet med patient. I ett sociokulturellt perspektiv ligger betoningen på att omvärlden erfars och tolkas tillsammans med andra individer (Säljö, 2000).

Läkaren tolkar således det som sägs i samtalet tillsammans med patient och/eller närstående. Betydelsen av erfarenhet är situationsbunden och kommer från språket, där utgångspunkten är kulturell. I samtalet mellan patient, närstående och läkare tillåts de att dela erfarenheter med varandra och utveckla kunskaper. I temat *Självinsikt påverkar patientrelationen* poängteras ärlighet och värdighet. Läkarens förhållningssätt bidrar till förståelse för samtalets innehåll och innebörd. En ytterligare aspekt som framträder tydligt i läkarnas utsagor är behovet av att kunna lyssna till patienten under samtalet och att denne får berätta om sin sjukdomssituation. Att ge information innebär utifrån ett sociokulturellt perspektiv en medierad handling där relationen mellan människan, sammanhanget, kulturen och språket är i centrum (Vygotzky, 1987; Säljö, 2000).

Att tillgodose patientens behov kan bland annat göras genom information om vård, medicinering och andra behandlingsformer skriftligt och muntligt. Utifrån ett sociokulturellt perspektiv kan den informationen benämnas för språkliga eller kommunikativa redskap då de ges språklig dräkt och förs vidare genom kommunikation (Säljö, 2000). Läkarna anser att genom användning av olika informationsvägar, det vill säga medierande verktyg, kan en helhetsuppfattning om patientens hälsosituation och behov av vård och behandling formas under samtalets gång.

Makt

De äldre patienterna och närstående använder inte begreppet makt i utsagorna men uttrycken att läkaryrket ges en överordnad position i samhället och betonar svårigheten att ifrågasätta läkarens medicinska kunskaper. Vidare att patienten inte ska störa utan veta sin roll och position samt att läkaren bestämmer. Dessa utsagor kan tolkas som uttryck för makt. Från läkarens perspektiv handlar makt om medvetenhet om eller bristande medvetenhet om läkarens övertag i mötet med patient och närstående.

Upplevelsen av makt i relationen mellan den äldre patienten och läkaren är beroende på vilket sätt äldre patienter kan delge sina synpunkter om bland annat vård och behandling i mötet med läkaren. Det framgår av resultatet att de äldre patienterna befinner sig i en underordnad position eftersom den äldre patienten och läkaren går in i mötet med olika förutsättningar. Enligt de äldre patienterna är läkaryrket respekterat och de ser läkaren som en person med makt eftersom deras yrke ger dem en maktposition i samhället. Det gör att en

del av de äldre patienterna anser att de inte kan opponera sig och att det är svårt att vara kritisk. Möjlighet att kunna vara engagerad förutsätter att läkaren låter dem förklara hur de upplever sin sjukdom och vad den innebär för dem. Det råder således en ordning som reglerar vad som kan sägas och vad som inte kan sägas. Skillnaden är att läkarens roll på sjukhuset är att vara professionell och den äldre patienten har rollen som lekman. Den äldre patienten i denna studie söker läkarvård på grund av att de vill få expertkunskap för en kroppslig åkomma. Det gör att man inte kan säga att mötet är frivilligt (Hall, 2001). Det innebär att i mötet mellan den äldre patienten och läkaren i det institutionella sammanhanget är relationen vanligtvis ojämn, då det finns en makt- respektive beroenderelation dem emellan (Johanson, Sätterlund Larsson, Säljö & Svärsudd, 1998). Relationen mellan äldre patient och läkare är ett sådant exempel, vilket framkommer i de äldre patienternas utsagor i denna studie. Maktobalansen mellan patient och läkare påverkar möjligheten att interagera lika väl som det påverkar upplevelsen av möjligheten hos den äldre patienten att interagera med läkaren.

När de äldre patienterna upplever att det är svårt att göra aktiva val i den egna vården och behandlingen på grund av bristande kunskap, hamnar de i en underordnad ställning. Det medför att de äldre patienterna upplever att de inte kan ställa några krav eller ha några förväntningar. Tvärtom upplever de äldre patienterna att de ska vara tacksamma över att få den hjälp de får. De äldre patienterna ges således inte möjlighet att utveckla kunskap om sin sjukdom i samtalet med läkaren. För att den äldre patientens behov ska kunna tillgodoses behöver vården vara effektivt organiserad, det vill säga professionella, ekonomiska, administrativa och politiska beslut ska fungera interaktivt (Palmberg, 2003). Att beslutet inte alltid fungerar interaktivt betonas av Säljö (2000) som beskriver att det kan råda glapp i samspelet mellan institutionella arrangemang på makronivå och individuella, kommunikativa verksamheter på mikronivå. De äldre patienternas utsagor tyder på att det finns ett glapp i samspelet och som kan tolkas som maktobalans. En förklaring till detta kan vara att läkarna som professionella har en stark maktposition i vården. Den makt de besitter kan bidra till att institutionen kan ha utvecklat regler och rutiner så att de passar in i verksamheten och dess syfte snarare än att lösa de problem och behov patienten har.

Läkarna betonar i sina utsagor betydelsen av att lyssna till patienterna när de möter dem. Det finns dock många utsagor från de äldre patienterna som visar att de upplever att läkaren inte lyssnar till dem. Utifrån ett sociokulturellt perspektiv är såväl språkliga aktiviteter som andra aktiviteter medierande

verktyg för att kunna forma uppfattningen om vår värld (Säljö, 2000). Det finns således en diskrepans mellan hur äldre patienter och läkare uppfattar att läkaren använder verktyg och metoder som stöd i sitt arbete. Av resultatet framgår emellertid att hur läkaren använder verktyg och metoder påverkar hur utfallet blir i det institutionella mötet mellan äldre patient och läkare respektive närstående och läkare.

Läkaren med den längsta utbildningen utgör den hierarkiska toppen inom hälso- och sjukvårdssektorn (Bjelvehamar & Olsson, 1983; Gustafsson, 1987). De äldre patienterna menar att läkarnas medicinska kunskap bidrar till att det är svårt att göra invändningar mot förslag från läkaren. Den äldre patientens brist på kraft eller kapacitet att motsätta sig läkarens ord är således ett utslag för läkarens maktposition. De anger vidare att det finns en risk att de underordnar sig läkarens beslut trots att något annat hade varit önskvärt. Att denna känsla finns hos dem kan förstås genom att läkarna historiskt sett stått nära samhällets makt- och förvaltningssystem, vilket i sin tur har påverkat relationen till den institutionella traditionen (Gustafsson, 1987). Genom sin profession har de därmed ett övertag gentemot patienten. I läkarnas utsagor framgår att de anser att det är viktigt att vara generös i mötet med patienten då de är i underläge. Det finns en medvetenhet hos läkarna om maktrelationen i patientmötet men utifrån de äldre patienternas utsagor tycks den inte få praktiskt genomslag; åtminstone inte alltid.

Enligt Säljö (2000) är språket en mekanism för att bildligt uttryckt lagra kunskaper, insikter och förståelse hos både individer och kollektivet. Den kollektiva makt som läkarna har ger dem inflytandet över hälso- och sjukvården. De har monopol på att ta beslut om att påbörja, avsluta eller ändra behandlingen av patientens sjukdom och därmed styrs vården utifrån deras monopolställning och det i sin tur förklarar annat som sker inom vården (Anell, 2004). Det innebär att läkarna har självständighet i sitt yrkesutövande (Dent, 1993). I självständigheten ingår bland annat att läkarna tar talrummet i anspråk, ställer frågor eller avbryter den som talar. Även om kommunikation är en dynamisk process, utifrån ett sociokulturellt perspektiv, som skapar och utvecklar den verkligheten som vi befinner oss i, kan kommunikationen också användas till att manipulera verkligheten (Säljö, 2000). De äldre patienterna uppfattar att läkaren ibland medvetet talar ett språk som de inte förstår för att slippa kontroverser om vilken behandling som anses mest lämplig, vilket gör att de upplever utanförskap.

Läkaren kan enligt de äldre patienternas utsagor ha ett auktoritärt förhållningssätt som upplevs obehagligt och som gör att den äldre patienten inte vågar ställa frågor. Denna uppfattning finns trots att det i läkarnas utsagor betonas att de behöver vara vänlig mot patienten och individualisera informationen till dem. Att läkare har ett auktoritärt förhållningssätt kan bero på att den snabba tekniska utvecklingen fört med sig krav på nya kunskaper, färdigheter och rutiner som minskat möjligheterna att utveckla förhållningssättet mot det önskvärda (Lindström-Myrgård, 1990). Enligt Säljö (2000) agerar människan med hjälp av redskap i praktisk verksamhet, vilket innebär att gränsen hela tiden flyttas för hennes intellektuella och fysiska förmåga. Utvecklandet av kunskap är därmed ett demokratiskt problem som har att göra med social skiktning och med skapande av både utanför- och innanförskap. Utifrån denna problematik påverkas mötet med patienten negativt då behov av ett gott bemötande och tillit för patienten är kunskap som läkaren bör besitta. Trots att de äldre patienterna är kritiska till läkarens förhållningssätt kritiserar inte läkaren utan den äldre patienten lägger förklaringen i den egna sviktande hälsan.

Patienterna känner sig främmande för hälso- och sjukvårdens organisation och dess rutiner, vilket ger en känsla av maktlöshet. Detta förklarar äldre patienter med att deras uppfostran har påverkat deras sätt att möta läkaren såväl som hälso- och sjukvården. De vill inte vara till besvär och vill inte överutnyttja samhällets resurser. Det i sin tur påverkar deras möjlighet att ta eget ansvar. Den äldre patientens maktlöshet kan ur ett sociokulturellt perspektiv förstås genom människans delaktighet i en specifik kultur och att hon samspekar och tänker tillsammans med andra människor i vardagliga aktiviteter. Det innebär att hon har en uppsättning idéer, värderingar, kunskaper och andra resurser som förvärfvas genom interaktion med omvärlden (Säljö, 2000). Den äldre patienten har således internaliserat ett sätt att förhålla sig i maktrelationen, det vill säga till läkaren och vården.

I närståendes utsagor framkommer att de inte ser någon möjlighet att påverka den äldre patientens vård när läkaren bestämmer vad som ska göras med den äldre familjemedlemmen. Likaså anser närstående att deras kunskaper och intressen inte synliggörs, utan de upplever maktlöshet och läkaren uppfattas som respektlös. Maktposition är en del av den institutionella miljön som är relaterad till ett historiskt, kulturellt och socialt sammanhang (Vygotsky, 1987; Wertsch, 1998; Junefelt, 2001). Läkaren bidrar med de strategiskt viktiga inläggen för att kunna förklara olika medicinska fenomen. Enligt Säljö (2000) kan förändringar av kommunikativa mönster i verksamheter med långa

traditioner, såsom hälso- och sjukvård, bjuda på betydande motstånd och konflikter. Att läkarna inte realiserat det de anger behövs för att skapa en god patientrelation kan förstås utifrån dessa hinder att ändra internaliserade kommunikationsmönster. Istället behåller läkaren sitt övertag när det gäller talrummet och bestämmer villkoren i mötet. På så sätt använder läkaren språket som ett medierat verktyg i mötet med äldre patienter och närstående trots att de är medvetna om sitt övertag och att det kan påverka relationen och mötet med den äldre patienten och närstående negativt (Sätterlund Larsson, 1989).

Närstående upplever inte att de är accepterade när läkaren varken förklarar eller informerar dem. Ur ett sociokulturellt perspektiv är förmågan att se något nytt i det som är bekant som en del av lärandet. Denna förmåga utvecklar vi genom att använda intellektuella redskap (Säljö, 2000).

Läkarna kan på grund av tidsbrist uppleva låsta positioner i sin arbetssituation och det kan göra dem blockerade. Det kan ge signaler som närstående uppfattar som att de förväntas stå i tacksamhetsskuld när läkaren tar sig tid och pratar med dem. Det bidrar till att närstående inte uppfattar att deras förmåga tas till vara. Arbetssituationen för läkarna och brist på tid kan bero på organisatoriska och strukturella problem som kommer till uttryck i mötet med den närstående (Nilsson, 2005). Närstående upplever att relationen till läkaren brister. Det kan bero på att de befinner sig i en ojämn maktrelation i det institutionella sammanhanget. I maktrelationen befinner närstående sig i en beroendeställning som ger känslan av att vara dominerad av läkaren. Det kan förklaras av att hälso- och sjukvård är en institution med olika samverkande praktiker och som fungerar med hjälp av olika dominansförhållanden. I dominansförhållandet ingår den medicinska hierarkin som utgör ett socialiserande inslag för professionernas utveckling i vårdorganisationen (Sebrant, 2000).

Interaktion

Informanterna använder i sina utsagor uttryck som ömsesidighet, att vara delaktig och vara med och bestämma, vilka tolkas som interaktion i samtalet. Om det kan skapas interaktion mellan de berörda parterna beror på de möjligheter och hinder som finns i den specifika miljön och situationen.

När den äldre patienten hamnar på sjukhus är han eller hon en del i den institutionella verksamhet som sjukvården utgör. Situation formas därmed i en social interaktion med andra människor i omgivningen i ett institutionellt

system som symboliseras av det sociala och institutionella livet, vilket interagerar med det historiska, politiska och kulturella tillståndet (Rogoff, 1990; Wertsch, 1998). Den sociala interaktionen i vårdverksamheten erbjuder den äldre patienten att bli delaktig i de sätt att tänka och agera som den tillåter. De äldre patienterna betonar interaktionens betydelse för att skapa förutsättningar för att kunna uppnå överenskommelser om fortsatt vård och behandling. Till detta anser de att det behövs lyhördhet, flexibilitet och att prata sig samman. Språket som medierat verktyg är således viktigt för att interaktion ska kunna utvecklas i den specifika sociala aktiviteten, det vill säga mötet. Interaktion, kommunikation och språket är viktiga för de äldre patienterna och formas utifrån omvärldsuppfattning, referensramar samt medvetande. Genom att delta i interaktiva processer bidrar individen till att förnya och utveckla kunskapen i sociala praktiker (Säljö, 2000). Den äldre patienten har med språkets och kommunikationens hjälp möjlighet att dela erfarenheter och samspela med läkaren och på så sätt samla kunskap om sin situation för att gemensamt med läkaren besluta om vård och behandling.

Den äldre patienten kan använda närstående för att införlivas i det sociala sammanhang som mötet utgör. Närstående blir därmed ett medierat verktyg som ger trygghet och stöd när det i interaktion med läkaren till exempel ska tas gemensam ställning till behandling eller vårdform. Det samspel som sker mellan parterna inom en social praktik möjliggör att kunskap skapas mellan individer (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). I en sådan situation tas hänsyn till de krav och möjligheter som finns i omvärlden (Rommetveit, 1974; Säljö, 1992). I sammanhanget kan även närståendes roll vara att, om möjlighet finns, förmedla den äldre patientens önskningsar och behov till läkaren liksom att förstå informationen från läkaren. Närstående bidrar med ett individuellt lekmanperspektiv medan läkare är representant för ett kollektivt medicinskt perspektiv. På så sätt sker det i mötet ett samspel mellan det kollektiva och det individuella där det finns möjlighet att skapa medvetandet om frågor som kan vara aktuella för de berörda parterna (Vygotsky, 1987).

Det är enligt närstående betydelsefullt att interagera med läkaren för att skapa en lärandemiljö. Interaktionen som aktivitetsprocess för individens lärande avgörs av den sociala omgivningen, kulturen och historiska influenser (Säljö, 2000). I aktivitetsprocessen är läkaren en viktig aktör för att information och situation ska bli förståelig och anpassad till närståendes erfarenheter, kunskaper och förmågor. Interaktionen dem emellan bidrar till att närståendes subjektiva uppfattning kan utvecklas till tillfredsställelse. Det förutsätter dock att läkaren

bjuder in dem i mötet och ägnar sig åt deras frågor beträffande den äldre familjemedlemmens vård och behandling.

Hur interaktionen mellan berörda parter skapas i mötet inom sjukvården beror inte enbart på aktörerna i den specifika sociala aktiviteten utan även på den institutionella miljö och kulturella sfär som aktiviteten genomförs i (Stolt, 1998). Relationen mellan närstående och läkare kan därför inte enbart tillskrivas de berörda parterna, utan påverkas även av situationen och vilket utrymme vårdverksamheten ger läkaren för ett visst sätt att agera. Det kan medföra att närståendes upplevelser av att läkaren utestänger dem från den äldre familjemedlemmens vård kan ge dem negativa erfarenheter av sjukvården. Den känslan uppstår speciellt när de inte tycker att läkaren kan sätta sig in i hur de känner och uppfattar vården.

Närstående uppfattar att interaktionen mellan dem och läkaren hindras av bristande kommunikation, vilket leder till att de ibland har svårt att förstå läkarens information. Att det är så kan bero på att läkaren inte anpassat det institutionella samtalets form och vokabulär till deras behov. För närstående kan miljön och kulturen i det sociala sammanhanget vara okända och skrämmande, vilket i sin tur också kan bidra negativt till interaktionen. Om inte förutsättningar för samspel mellan närstående och läkare finns i mötet försvåras möjligheten att tänka, resonera och handla. I ett sociokulturellt perspektiv är den kommunikation som sker inom hälso- och sjukvården en aktiv skapelseprocess där det krävs ett samspel mellan berörda parter och ett utbyte av innebörder och betydelser för att ge individer förmåga att förstå situationen och att agera i den (Vygotsky, 1978; 1987; Wertsch, 1998).

I läkarnas utsagor framkommer att deras förhållningssätt påverkar interaktionen med patienten; till exempel hur de betar sig, vilka attityder de har och hur samtal förs. Förhållningssättet kan uttryckas som en framväxt av de spelregler som gäller inom vårdens kultur (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). För att läkaren ska kunna förhålla sig till, tolka och interagera i aktivitetsprocessen med patienten i den specifika kulturen krävs uppmärksamhet och insikt om situationen liksom att läkaren kan förverkliga det förhållningssätt som läkarna förespråkar. När läkaren kommunicerar med omvärlden, det vill säga patienter, skapas gemenskap och engagemang, vilket utgör sjukvårdens kultur. I den sociala interaktionen i den specifika kulturen, tolkar aktörerna mötet med hjälp av sin sociala och kulturella erfarenhet (Habermas, 1990).

Oavsett vilka bakomliggande faktorer det finns till sättet att förhålla sig till patienten finns det bland läkarna en samstämmig uppfattning om betydelsen av en god relation till patienten. Den behöver dock enligt läkarna kombineras med kunskaper om vad man kan och vad man behöver fråga om. Det är då det blir ett bra arbete utfört menar de. Läkaren är betydelsefull för att bidra till att skapa utveckling och förbättring inom den komplexa hälso- och sjukvårdorganisationen. Genom att delta i utveckling och förbättring fordras att individens kunskap och kompetens tas till vara (Söderström, 1983). Läkarna skaffar sig kunskap i mötet med patienten och dennes närstående och läkarna anser att det gäller att vara närvarande och klargöra hur patienten vill att samarbetet ska formas. För detta använder de sin kunskap och kompetens. Kunskap om mellanmännisklighet utvecklas och formas av de sociala och kulturella erfarenheterna tillsammans med de värderingar som man utvecklar genom livet med andra individer och i sitt yrke (Säljö, 2000). Trots att vårdverksamheten är en organisation där mellanmänniskliga relationer är en nödvändighet kan det enligt läkarna vara svårt att upprätthålla en relation och interagera med patienten. Det är kompetens som kräver fingertoppskänsla och är omöjlig att forma och vidmakthålla utan språket. Språket har alltså en central funktion för att skapa interaktion mellan berörda parter (Säljö, 2000).

I relationen till patienterna betonar läkarna att de försöker se dem, med andra ord intressera sig för personen bakom patientrollen. Den vardagliga interaktionen är en av de allra viktigaste lärande miljöerna (Säljö, 2000). Det ger läkarna chansen att förstå patienternas livssituation, något som läkarna uppfattar att patienterna tycker är positivt. Den sociala miljön som formas bland annat genom att läkarna ”går ut ur sin läkarroll” för att skapa medmännisklig kontakt med patienten påverkar interaktionen mellan läkare och patient positivt. Den positiva interaktionen med patienten ger läkarna utrymme att stärkas i sin yrkesroll, vilket de anser underlättar besvärliga och komplicerade situationer, samtidigt som patienterna enligt läkarna får möjlighet att uttrycka sig.

Meningsskapande

Informanternas utsagor om att få veta, förstå och att få ändamålsenlig information kan tolkas som uttryck för meningsskapande. Den äldre patienten och närståendes möjlighet att skapa mening i mötet med läkaren beror på vilka möjligheter och hinder omgivningen ger.

Maktförhållanden och interaktion under samtalet påverkar hur mening kan skapas i samtalet och i mötet. Genom att samtal mellan patienter och läkare respektive närstående och läkare ständigt pågår inom hälso- och sjukvården kan det bidra till ökad förståelse dem emellan. Upplevelser av dessa samtal är subjektiva vilket innebär att de uppfattas genom medvetenhet och reflektivt tänkande men att tolkningen sker tillsammans med andra människor (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). De äldre patienterna betonar att kunskap om vad behandlingen innebär är viktigt, likaså hur behandlingen utförs samt möjlighet att ta del av andra behandlingsformer. I förståelseprocessen ingår den specifika kulturen där samtalet sker mellan individer; en kultur som medverkar till att skapa mening (Vygotsky, 1978).

För att kunna ta till sig av information behöver informationen förstås och det handlar om att patienten ska kunna tolka och förstå det läkaren försöker förmedla. För att tolka budskapet använder den äldre patienten sin sociala och kulturella erfarenhet från liknande situationer. De äldre patienterna uppfattar att läkaren ibland medvetet talar ett språk som de inte förstår för att undvika att hamna i situationer som kan vara kontroversiella. I sådana situationer förhindrar läkarna meningsskapandet genom att inte göra den äldre patienten delaktig i interaktion och samspel. Mening kan nämligen inte i ett sociokulturellt perspektiv överföras, utan skapas i själva interaktionen och samspelet och är lika mycket beroende på den som informerar, som på den som ska ta emot information (Säljö, 2000). När interaktionen inte fungerar riskerar det att hota meningsskapandet. Det innebär att de äldre patienter som i den sociala aktiviteten har svårt att tolka läkarens budskap och skapa mening och förståelse, själva försöker söka kunskap och information om sin situation till exempel genom TV, tidningar och broschyrer från apoteket. Risken finns att de äldre patienterna utvecklar ett meningsskapande på felaktiga fakta och som kan påverka deras förståelse av situationen negativt. Det kan innebära att de kan misstolka sjukdomssituationen genom att antingen underskatta eller överskatta problematiken med sjukdomen och dess behandling. Betydelsen av sjukdomssituationen är inte statisk utan föränderlig. Meningsskapandet sker i det sociala sammanhanget tillsammans med tidigare erfarenheter och får därmed konsekvenser för de äldre patienterna för vad de anser om den vård och behandling som läkaren rekommenderar.

När närstående ingår i mötet med den äldre familjemedlemmen och läkaren tilldelas den närstående en funktion som är anpassad efter sjukvårdens tradition, normer och regler. Det finns alltså i det institutionella sammanhanget uttalade och outtalade rutiner för individens funktion, vilka formats genom

historiska sociala och kulturella traditioner (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). I de fall då närstående känner sig hindrad av dessa rutiner försvåras möjligheten att påverka sin situation och den äldre familjemedlemmens situation. Det gör att samtal och interaktion med läkaren blir mindre meningsfullt vilket kan få negativa effekter i mötet med läkaren. Ibland upplever närstående att förväntningarna att ta ansvar för den äldre familjemedlemmen efter sjukhusvistelsen är orimlig; de saknar information om hur de ska agera. För att närstående ska kunna ta hand om sin äldre familjemedlem utifrån läkarens förväntningar krävs att närstående kan utveckla ett meningsskapande tillsammans med läkaren i den sociala aktiviteten.

När en äldre familjemedlem ska skrivas ut från sjukhuset sker det i ett sammanhang där en lång rad faktorer ska fungera. I närståendes utsagor framgår att det inte finns någon planering av hur utskrivning ska gå till. Eftersom läkaren förväntar sig att närstående hjälper och stöttar den äldre familjemedlemmen och dennes vård gör dem till en del av institutionen. Förståelsen för hälso- och sjukvårdsdiskursen underlättas om de har erfarenhet från sjukvård och på så sätt har internaliserat det institutionella sammanhanget med sin kultur, kunskapstradition och språk. Dessa närstående har således ett försprång i mötet med läkaren och kan lättare förstå innebörder i det sagda. Det kan förstås genom att i interaktionen är språket och ordet betydelsefulla redskap som används när människor gemensamt förmedlar och skapar mening (Säljö, 2000). Därmed kan närstående ställa de nödvändiga frågorna för att få den information som de anser sig behöva, vilket underlättar situationen både för dem själva och för den äldre familjemedlemmen.

Läkarna anger i sina utsagor att de använder sina kunskaper om hur man umgås med en sjuk individ i mötet med patienten. De menar att det bidrar till att mötet med patienten blir meningsfullt för både patienten och dem själva. I det sociokulturella perspektivet innebär detta en socialisation där det omgivande sammanhanget och kulturen har avgörande roll för hur individerna förhandlar och delar med sig av sina kunskaper och erfarenheter (Säljö, 2000). När läkarna använder denna kunskap i mötet använder de ett reflektivt tänkande och tolkar situationen tillsammans med patienten och ökar på så sätt patientens möjlighet att förstå sin vårdssituation. Genom att delta i socialisationsprocessen lär sig individen att förstå relationen mellan det sociala sammanhanget och den rådande kulturens normer och regler (Säljö, 2000). Det innebär att läkaren tillägnar sig, återupptäcker och reproducerar kunskap tillsammans med patienten.

I läkarnas utsagor framgår att det inte alltid är lätt att ha en relation med patienten där förståelse och meningsskapande kan möjliggöras. Högt tempo i sjukvården kan ge upphov till obalans i mötet mellan läkare och patient. Då ingen organisation är konstant, är förändringar som sker en del i ett samhällssystem (Palmberg, 2003). Detta kan förstås som att det finns en asymmetri i samspelet med samhällets krav och förväntningar på sjukvårdens förutsättningar och behov. Rudebeck (1992) betonar att meningsutbyte och informationsutväxlingar mellan individer i ett specifikt sammanhang är sammanflätat och oskiljbart från innehållet. I detta sammanhang ingår information som ett viktigt medierande verktyg. När samspelet mellan samhället och sjukvårdens organisation inte fungerar påverkar det läkar – patientrelationen negativt, då läkarens tidsbrist kan försämra patientens förmåga att bättre förstå sin sjukdomsproblematik och därmed bli motiverad att aktivt delta i val av behandling.

Institutionalisering och kommunikativa processer har betydelse för hur dialogen uppfattas av de inblandade parterna och underlättas om läkaren är påläst på patientens sjukdom. Dialogen är nödvändig för att möjliggöra meningsskapande. Det innebär att genom språket får orden en speciell betydelse och mening beroende på i vilket sammanhang och kultur de används (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). Läkarna delger med hjälp av språket, som ett medierat verktyg, information till patienterna om vad som ligger bakom de beslut som tas och argumentation för och emot olika behandling och medicinering kan diskuteras mellan läkare och patient. Meningsskapandet är inte statisk utan en process varför argumentation kan underlätta individens förståelse av sin situation (Säljö, 2000). Det är således genom kommunikation som patienten möter och kan ta till sig nya sätt att tänka, resonera och handla.

8 Diskussion

Syftet med studien var att beskriva äldre patienters och närståendes erfarenhet av mötet med läkaren liksom att beskriva läkares erfarenhet av att möta patienter på sjukhus. Resultatet diskuteras nedan under följande rubriker: *Ideal kontra kritisk syn på mötet, Informationsöverföring eller dialog i mötet, Medverkan och självbestämmande i mötet, Över- och underordning i mötet och Möjliggörande respektive hindrande förutsättningar för mötet.*

Ideal kontra kritisk syn på mötet

Ett förtroendefullt klimat kan utvecklas mellan patient och läkare om möjligheten till samarbete finns för patienten. Det handlar om att förstå individens handlingar eftersom det i dessa ingår att förstå hur individer skapar mening. Meningsskapandet innebär att individen försöker åstadkomma förståelse i det sammanhang som denne befinner sig i. Detta görs med hjälp av språket som medierande redskap. Det innebär att språket fungerar som en förmedlande aktivitet mellan individer i den sociala aktiviteten, vilket i denna studie är mötet mellan äldre patient, närstående och läkare och det som sker där. Förutom vad som sägs för att skapa mening ingår också reflektion i meningsskapandet. Reflektionen blir en medveten aktivitet och hjälper individen att skapa ordning i tillvaron (Weick, 1979; Vygotsky, 1987; Säljö, 2000).

Finns det något gemensamt i de äldre patienternas och läkarnas utsagor för att försöka åstadkomma förståelse i mötet dem emellan? I den föreliggande studien visar resultatet att så är fallet. Både äldre patienter och läkare beskriver på ett likartat sätt hur goda relationer kan skapas i mötet dem emellan.

Läkarna lyfter fram förmågan att beakta patientens behov utifrån den sjukdomssituation som han eller hon befinner sig i. De anser att mötet med patienten är en relation som måste upprätthållas. Läkarens empatiska förhållningssätt till patienten bidrar till detta. Det innebär enligt Mishler (1986) att läkaren använder livsvärldsrösten istället för den medicinska rösten. Genom att använda sin livsvärldsröst kan läkaren lättare möta patientens livsvärldsröst. Med det som grund kan läkaren prata med patienten om det som för tillfället behöver talas om. Mötet mellan läkare och patient blir då någonting mer än ett medicinskt förhållande mellan läkare och patient. Att kunna gå i och ur sina olika roller bidrar till att skapa mening i vardagen för läkaren men det bidrar också enligt läkarna till att de får lättare att nå patienten. Frågan är ändå om läkarna gör det i tillräcklig utsträckning eller om det är en idealbild som de beskriver, eftersom de äldre patienterna och närstående i denna studie har en ganska kritisk syn på mötet med läkaren.

Enligt Selander (1991) och Wyndham (1999) sker försök till meningsskapande i interaktionen mellan berörda parter i det sociala sammanhanget. Det innebär att meningsskapandet ses som en social aktivitet som skapas, återskapas och överförs i praktiken. Det finns en risk att meningsskapande handlingar, till exempel reflektion, bara fungerar som meningsskapande för läkaren i mötet med patienten. Detta resonemang kan jämföras med Little et al (2001) som fann att äldre patienter i primärvården ville ha en patientcentrerad vård där samarbete med läkaren var en viktig del för att förstå budskapet. För den äldre patienten och dennes närstående i denna studie tycks det vara en självklarhet att läkaren inte bara ska vara läkare utan också medmänniska. Detta påstående får även stöd av David, Dugdale, Epstein och Pantilat (1999) som påvisar att läkaren utöver sina medicinska kunskaper även förväntas ha medmänsklig och empatisk kompetens. Det är kanske därför inte förvånande att tonen i de äldre patienternas och närståendes utsagor är tämligen negativ om de möter få läkare som kliver ur sin professionella medicinska roll.

Den äldre patientens sinnesstämning kan påverka situationen när han eller hon är inlagd på sjukhus. Om den äldre patienten till exempel upplever oro inför besked om diagnos eller behandling kan det också sprida sig till att de blir oroliga inför mötet med läkaren. Oron kan blockera den äldre patienten så att han eller hon inte förstår vad läkaren talar om. Det kan då uppstå problem i samspelet mellan dem, vilket enligt Vygotsky (1987) och Säljö (2000) innebär att utbytet av innebörder och betydelse i meningsskapandet kan misstolkas eller missförstås. Adler (2002) beskriver att ett känslomässigt engagemang i relationen mellan patient och läkare minskar stress. Det skulle således kunna

gagna alla parter om mötet mellan en äldre patient, närstående och läkare kunde utvecklas mot mer ömsesidighet och eliminering av onödiga orosmoment.

Läkarna uttrycker att det behövs empatisk förmåga för att skapa ett förtroendefullt klimat i mötet med patienten. Att empati är en viktig faktor i mötet mellan patient och läkare framkommer i andra studier (Williams, Haskard & DiMatteo, 2007; Argentero, Dell’Olivo & Ferettis, 2008; Mercer, Neumann, Wirtz, Fitzpatrick & Vojt, 2008). Såväl äldre patienter, närstående som läkare lyfter fram brist på tid som förklaring till svårigheter i mötet dem emellan. Det finns risk att läkaren inte anser sig ha tid att bygga upp en relation och medvetet undviker att svara på den äldre patientens eller närståendes behov av fördjupad information eftersom det skulle kräva tid; tid som de kanske inte anser sig ha. På så sätt svarar läkarna inte upp till den ideala yrkesroll som de betonar samt de önskemål som den äldre patienten och dennes närstående har och som en följd av det reagerar de negativt. Det kan förklara varför äldre patienter och närstående i studien beskriver känslor såsom ensamhet, övergivenhet och utanförskap.

En annan förklaring till att äldre patienter och närstående ger uttryck för att vara kritiska till läkarmötet kan vara att äldre patienter, närstående och läkare har olika uppfattning om situationen och sjukdomen och problemlösningen. Det kan förklaras enligt Säljö (2000) genom att säga att vi agerar och uppfattar situationer på olika sätt med hjälp av tidigare erfarenheter. Utifrån Säljö resonemang innebär det att den äldre patienten och läkaren har olika erfarenheter med sig till mötet. Läkaren har med hjälp av språket men även genom observationer, reflektioner och känslor samlat erfarenheter från tidigare patientmöten. Utifrån dessa erfarenheter har läkaren lärt sig att samspela med patienter. Den äldre patientens erfarenhet av möte med läkaren kan vara allt från enstaka gånger till många gånger. Läkaren kan genom erfarenheter från tidigare patientmöten ha utvecklat förmågan att bygga upp och fördjupa sina kunskaper och perspektiv. Det finns således risk att den äldre patienten och närstående kan uppfatta mötet negativt i de fall där läkaren inte har haft möjlighet eller utvecklat en relation till den äldre patienten, vilket framkommer som en del i läkarnas idealbild på sin yrkesroll.

Bemötande och personligt engagemang är viktiga krav i mötet med patienten och dennes närstående enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763 uppdaterad SFS 2009:430). När lagens intentioner översätts till klinisk verksamhet kan det innebära att läkaren engagerar sig genom att uppmärksamma patientens behov. Det kan i sin tur bidra till att öka dennes

livskvalitet. Trots att läkarna anser att de har ett personligt engagemang i mötet med patienten kan man utifrån de resultat som framkommit i avhandlingen ställa frågan om de faktiskt applicerar detta i mötet med patienten eller om läkarna beskriver hur det borde vara, det vill säga idealiserar mötet med patienten. Men man måste också fråga sig hur de äldre patienterna tolkar mötet. Det har troligen också betydelse i relationen med läkaren.

Äldre patienters och närståendes utsagor uppfattas som att de ofta är otillfredsställda med mötet med läkaren. För att förstå varandra under mötet behöver parterna anta den andres perspektiv enligt Thornquist (1994). Frågan är i vilken utsträckning läkaren i sin professionella position, behäftad med makt, antar patientens perspektiv. För att kunna anta den andres perspektiv är det rimligt att anta att läkarna behöver balansera mellan att i mötet dels föra samtalet, dels anpassa sig till patienten och de förhållanden som råder i mötet. Kanske beror de äldre patienternas och de närståendes frustration på att det finns obalans mellan läkarens sätt att föra samtalet och att anpassa sig till patientens behov och den rådande situationen. Om läkaren inte klarar av balansen utan är kvar i sitt professionella medicinska perspektiv kan läkaren ge intryck av att ha en paternalistisk position. Läkare förknippas oftast med gamla patriarkala mönster, vilket är en uppfattning som läkarna behöver förstå och lära sig att leva med anser Sjödin (2005). Därför är det enligt Sjödin viktigt med samtal och dialog mellan läkare och patient för att förändra bilden av läkaren.

Flera närstående i studien upplever sin situation och roll som problematisk och frustrerande. En av läkarens uppgifter är att anpassa sig till patientens önskemål då det gäller att inkludera eller utesluta familjemedlemmar i mötet. Det stöds av Socialstyrelsen (2003ab; 2006ab; 2008) som betonar att läkarens bemötande ska motsvara den äldre patientens och närståendes förväntningar. För att så ska ske behöver den äldre patientens och närståendes synpunkter och erfarenheter komma fram och beaktas. Om inte läkaren klargör närståendes roll och funktion kan det ge negativa erfarenheter inte bara hos den närstående utan även hos den äldre patienten. Närstående behöver kunskap och kompetens så att de kan ge bästa möjliga vård till den äldre familjemedlemmen och ta vara på sin egen hälsa (Given, Sherwood & Given, 2008) och på sin roll i mötet med läkaren samt den fortsatta vården (Lane, McKenna, Ryan & Fleming, 2003; White et al, 2007).

De strukturomvandlingar och ekonomiska åtstramningar som skett i Sverige under 1990-talet har bland annat medfört förkortad medelvårdtid och färre antal vårdplatser inom sjukhusvård (Carlström, 2005; Socialstyrelsen, 1996; 2003a; 2008). Man kan fråga sig hur de ekonomiska åtstramningarna tagits emot av läkarna samt vilka konsekvenser det har fått för möjligheten att kunna skapa goda relationer i mötet med patienter och närstående. Läkaren har att ta hänsyn till de ekonomiska villkor som råder inom hälso- och sjukvårdens organisation. Det kan innebära att läkaren tvingas välja behandlingsform som lämpar sig efter sjukvårdens finanser istället för det som bäst skulle gagna patienten. Utifrån ett sociokulturellt perspektiv interagerar det institutionella systemet med de historiska, politiska och kulturella och ekonomiska tillstånd som råder i samhället (Rogoff, 1990; Wertsch, 1998). Läkarna talar om kortare vårdtider, prioriteringar och att ha ett ekonomiskt tänkande. Det innebär att läkarnas yrkesprofession och yrkesroll kan påverkas. Ekonomin har tagit överhanden och trängt ut diskussionen om kvalitet i vården (Pingel & Robertsson, 1998; Nilsson, 1999). Kanske är det därför som läkarnas beskrivning av sin yrkesroll ger sken av att vara en idealbild. Om läkaren tvingas prioritera val av undersökningar och behandlingar kan det påverka relationen till den äldre patienten och närstående som då kan uppfatta läkaren som ointresserad av att skapa en god relation och situation. Det kan förklara en del av de äldre patienternas och närståendes kritiska syn på mötet med läkaren.

Det finns risk att den äldre patienten blir osäker och inte vet vad som gäller i samtalet med läkaren, vilket kan minimera den äldre patientens förmåga att medverka i mötet med läkaren. Det kan vara svårt för den äldre patienten att veta vad han eller hon önskar och förväntar sig eller kan förvänta sig att läkaren ska göra. Förväntningarna på läkaren kan därför vara orealistiska. Det är viktigt att klargöra hur gapet mellan den äldre patientens eventuella förväntningar och läkarens erfarenheter i patientmötet kan överbryggas. Att äldre patienter och närstående har orealistiska förväntningar på läkaren har även framkommit i tidigare studier (Pager, 2004; Olden & Brown, 2006). Det behövs individuella strategier för att den äldre patienten och närstående ska medverka i mötet med läkaren. Att utgå från den äldre patientens behov och förutsättningar i mötet med läkaren kan resultera i att läkarens idealbild på sin yrkesroll och den äldre patientens och närståendes förväntningar av mötet med läkaren kan närma sig varandra.

Informationsöverföring eller dialog i mötet

Läkarna framhåller dialogens betydelse för att tillgodose patientens behov. Dialogen kan ses som en dynamisk process där läkaren försöker kartlägga och utveckla en struktur för hur mötet med patienten kan läggas upp, där strukturen i sig inte är ett mål utan snarare ett nödvändigt medel. De äldre patienter i studien som uppfattade att de hade en dialog med läkaren upplevde mer säkerhet vid val av behandling tillsammans med läkaren. Man kan således anta att varje äldre patient behöver ha en dialog åtminstone när olika behandlingsformer diskuteras. Läkaren behöver tillvarata den äldre patientens kunskap om sin sjukdom i dialogen. Detta resonemang överensstämmer med en brittisk studie genomförd av Sayers och Bethell (2004).

Trots läkarnas uttalanden om sin strävan efter dialog med patienten är frågan om de har det i tillräcklig utsträckning eftersom merparten av de äldre patienterna och närstående i studien uppfattar att läkaren enbart överför information och har bristande förmåga att lyssna och samtala. Detta kan bero på att informationen från läkaren till den äldre patienten är ensidig och kan relateras till vad Linell (1999) beskriver som en överföringsmodell som åsidosätter ömsesidigheten i samtalet. Utifrån ett sociokulturellt perspektiv utgör inte den ensidiga kommunikationen något samspel eller interaktion och därmed sker inte heller något gemensamt meningsskapande i mötet mellan parterna. De erfarenheter som äldre patienter och närstående anger i den aktuella studien stämmer med vad som framställs i Regeringens proposition (2005/2006) och med studier där bristande dialog och samarbete med äldre patienter och deras närstående fokuserats (Braddock et al, 2002; Delvaux et al, 2005; Ruiz-Moral, Perez Rodrigue, Perula de Torres & de la Torre, 2006).

Ytterligare förklaring till den ovan beskrivna diskrepansen kan vara att läkarna i denna studie lägger stor vikt i att samla in fakta om patientens bakgrund, ur både sjukdoms- och livsstilsperspektiv, men att det kanske inte alltid är så att läkaren har en dialog med patienten så att denne förstår det som sägs om sjukdomen och behandlingen. Läkarna anger att de försöker utgå från patientens vårdbehov, men vi vet inte utifrån denna studie när läkaren möter patienten under dennes sjukhusvistelse. Om mötet med patienten sker samma dag som hemgång, innebär det att patienten har begränsade tillfällen att ställa frågor till läkaren om till exempel val av behandling, medicinering och vård i hemmet.

Närstående har intryck av att det inte finns klara rutiner för läkarna vad gäller att planera och genomföra mötet eller informera om fortsatt vård i hemmet. De upplevde maktlöshet när läkaren inte tillåter dem att aktivt medverka i besluten. Det kan jämföras med Walker och Dewar (2001) som fann att sjukhusystemet och dess processer hindrade närståendes medverkan i vården. Walker och Dewar betonar att läkarna måste identifiera och utmana dessa svårigheter för att förbättra närståendes medverkan. En möjlig förklaring till att närstående upplever att de inte känner sig tillräckligt sedda kan vara de allt kortare vårdtiderna. Det kan ge läkarna färre tillfällen att möta både den äldre patienten och dennes närstående. Utan någon form av förberedelse kan det vara svårt att få till stånd en dialog mellan närstående och läkare. En annan förklaring kan vara att äldre människor fortfarande betraktar läkaren som en auktoritet och därmed inte kritiserar läkaren för att närstående inte medverkar i vården. Man kritiserar kanske inte heller den man är beroende av i den fortsatta vården.

Den bild som både äldre patienter och närstående ger är att de är kritiska till information om den fortsatta vården i hemmet. Som tidigare berörts kan den korta vårdtiden bidra till att tillfällena att mötas för samtal är begränsade. Ur den äldre patientens synvinkel kan man anta att det är viktigt att dialogen med läkaren sker vid rätt tidpunkt, för att förståelse för situationen ska kunna utvecklas. Att tidpunkten är rätt innebär att den äldre patienten ska kunna ställa frågor till läkaren. Denna studie ger inte svar på när, var och hur läkaren informerade den äldre patienten och om det påverkar utfallet av mötet mellan äldre patient och läkare. Studien ger inte heller svar på hur lång tid som används för mötena. Beisecker och Beisecker (1990) menar att det kan vara nödvändigt att ha längre konsultationer för att få patienten att medverka i sin vård. Liknande resultat lyfts fram av Ogden et al (2004). Konsultationens längd kan enligt Petek Ster, Svab och Zivcec Kalan (2008) bero på patientens sjukdomsproblematik men även på patientens och läkarens personligheter. Det är därför rimligt att anta att läkarna behöver uppmärksamma inte bara den äldre patientens frågor utan även utgå från dennes sjukdom och personlighet för att kunna utveckla en dialog och skapa en förtroendefull relation inte bara till den äldre patienten utan även till närstående.

I äldre patienters och närståendes beskrivningar finns uppfattningar om att de inte fått information om fortsatt vård samtidigt som läkarna anser att de informerar och låter patienten medverka i mötet. Det tyder på att det kan finnas outtalade föreställningar om hur samtalet innan hemgång bör utformas. Om det finns en skillnad i föreställningar kan missförstånd och tvetydigheter lätt uppstå (Sätterlund Larsson, 1991). Det kan vara därför som de äldre patienterna har

negativa erfarenheter av läkarens informationsgivning och istället söker svar på sina frågor med hjälp av till exempel massmedia och information från apoteket för att förstå information från läkaren. Därmed blir den äldre patientens tolkning avgörande för hur han eller hon kommer att förstå det läkaren informerar om.

Godolphin, Towle och McKendry (2001) och Jefford, Gibbs och Reading (2005) menar att det kan vara nödvändigt att tydliggöra informationen i mötet med hjälp av informationsblad och broschyrer där det finns adekvat information om olika behandlingar. Sådant tryckt material möjliggör att patienten kan reflektera över informationen både före och efter mötet. Om sådant informationsmaterial ska användas måste dessa ges i tid så att den äldre patienten har möjlighet att ta till sig av informationen och formulera frågor om det som är oklart eller som särskilt berör hans eller hennes situation. Annars finns risken att förutsättning till möjlig förståelse för den äldre patienten i mötet med läkaren uteblir.

Förväntningarna från samhället på läkarnas yrkesroll är att de ska kunna skapa en trygg och förtroendeingivande relation till patienten (Holm, 2007). De äldre patienterna och närstående menar att läkaren behöver medmänsklig kompetens och förmåga att ge information, vilket läkarna anser att de har. Här finns en skillnad mellan de äldre patienterna och närståendes och läkarnas erfarenheter av mötet. Den äldre patientens ibland passiva roll kan vara ett resultat av läkarens bristande förmåga att samtala. Det går inte att bortse från att det kan finnas brister i läkarnas förmåga att samtala och att detta förklarar varför den äldre patienten upplever otrygghet i mötet. Äldre patienter och närstående uppfattar att de ibland inte får tillräcklig uppmärksamhet och blir osynliggjorda samtidigt som de kan vara förvirrade och oroliga över vad som ska hända härnäst; särskilt de som saknar sjukvårdserfarenhet. De känner sig inte hemma i systemet och de har ibland svårt att förstå vad som sägs i mötet med läkaren. Det är därför berättigat att anta att läkarna behöver utveckla den kommunikativa kompetensen för att stödja patienten (Holm, 2007). Skillnaden i parternas erfarenheter kan vara att läkarnas informationsöverföring till patienten har varit alldeles för generell. Det kan vara det som gör att den äldre patienten och närstående uppfattar att läkaren inte har haft förmågan att utveckla en dialog med dem.

Medverkan och självbestämmande i mötet

De äldre patienterna ger uttryck för att mötet med läkaren är betydelsefullt för att uppleva att de medverkar i vårdssituationen, men att de upplever att de inte har tillräcklig möjlighet till det. Den bild som de ger är att läkarna behöver låta dem medverka i mötet samtidigt som läkarna ska respektera deras självbestämmande. Men man måste också fråga sig hur betydelsefullt det är för de äldre patienterna att aktivt medverka i mötet med läkaren. Att patienten inte alltid vill medverka aktivt i mötet utan hellre lämnar över ansvaret till läkaren har framkommit i tidigare studier (Pinguart & Duberstein, 2004; Reed, Mikels & Simon, 2008). I Bastiaens, van Royen, Pavlic, Raposo och Bakers (2007) studie framkom att personer över 70 år inte vill medverka i mötet med läkaren. Det motsatta, det vill säga att äldre patienter vill medverka i mötet med läkaren och i vården, framkom i Kim, Healey, Goldstein, Hasher och Wiprzyckas (2008) studie. Van den Brink-Muinen et al (2006) fann i sin studie att äldre patienters medverkan inte har ökat över tid. Frågan är om de är villiga eller kapabla att medverka och, om så är fallet, hur de kan uppmuntras att medverka. Patienternas önskan om att medverka i sin vård är således olika, vilket Eldh, Ehnfors och Ekman (2006) lyfter fram i sin studie. De kom fram till att professionella behöver hitta varje patients unika kunskap och respektera individens beskrivning av hans eller hennes situation. Utifrån dessa resultat i relation till avhandlingens resultat kan sägas att en öppen atmosfär mellan äldre patient och läkare, vilken möjliggör ett samarbete där både medverkan och självbestämmande återfinns, är att föredra. Således kan mötet bidra till att stärka den äldre patientens ställning, vilket ytterst skulle kunna medföra att kvaliteten i mötet med läkaren och vården säkras (Socialstyrelsen, 2008).

De äldre patienterna i studien framhåller att de upplever bristande möjlighet att medverka i beslutet om val av behandling. Läkarnas agerande kan ur ett sociokulturellt perspektiv förklaras med att människor under mötet i komplexa situationer använder sin kunskap och expertis i interaktion med det som sker i kontexten (Säljö, 2000). Det innebär att om den äldre patienten ska ha möjlighet att kunna medverka måste läkaren låta dem förklara hur de upplever sjukdomssituationen. När den äldre patienten medverkar kan det bidra till att relationen mellan äldre patient och läkare gradvis förbättras. Liknande resonemang återfinns i andra studier (Leard, Savides & Ganiats, 1997; Maly, Umezawa, Leake & Silliman, 2004; Rodriguez-Osorio & Dominguez-Cherit, 2008). Asymmetri i relationen kan påverka den äldre patientens och närståendes självbestämmande och medverkan i mötet. Det kan också resultera i att närståendes behov inte diskuteras eller blir tillgodosedda i den omfattning

som de anser att de har behov av. Om parterna lyckas skapa mening i samtalet kan det öka den äldre patientens och närståendes möjlighet till medverkan och självbestämmande (Sätterlund Larsson, 1989; Socialstyrelsen, 2008).

I resultatet framkommer att närstående önskar medverka i mötet men att läkarna inte alltid låter dem göra det i den omfattning de önskar. Det kan förklaras med att läkaren kan känna sig obekvämt om närstående är närvarande, framförallt om de har negativ inverkan på patienten eller då patienten blir distraherad av närstående, vilket även framkom i Shields et al (2005) studie. Närstående kan vara oroliga för den äldre familjemedlemmen vilket i sin tur kan göra att de uppfattar mötet med läkaren negativt. Oro hos närstående kan enligt Lis (2005) studie förstås som oro för patientens hälsa, för den vård patienten får, för framtiden, för den vård närstående ska ge och för ekonomin. Den vårdande uppgiften kan innebära en tung arbetsbörda och stor påfrestning särskilt när det egna livet förändras (Levenstein, McCracken, McWhinney, Stewart & Brown, 1986; Nordberg, 2007). Det gör att den närstående även kan känna oro för den egna hälsan när närstående hastigt och oförberett hamnar i en ny okänd situation (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Levine (2004) är läkarna dåliga på att låta närstående medverka i mötet utan fokuserar för mycket på patienten. Det är kanske därför inte förvånande att närstående uppfattar samtalet bristfälligt och att de känner sig ignorerade, vilket är ett hinder för dem att medverka i beslut om vård och behandling.

Det kan finnas behov av stöd-, omsorgs- och vårdinsatser för att möta närståendes oro så att de i mötet med läkaren ska kunna medverka och få stöd och känna uppskattning för de insatser som de utför. Det handlar även om, vilket Socialdepartementet (2008) betonar, att få stöd för att förvärva kunskaper och färdigheter för att kunna behärska situationen på bästa sätt. Ur ett sociokulturellt perspektiv utvecklas en medvetenhet om vad som är intressant och värdefullt att urskilja genom att höra vad andra talar om och hur de föreställer sig världen (Vygotsky, 1978; Säljö, 2000). Följaktligen kan närståendes situation förbättras om läkarna försöker förstå dem. Hur detta ska ske är inte alltid självklart. Därför kan det vara viktigt att närstående har möjlighet att förbereda sig och reflektera över och diskutera sin framtida situation med läkaren (Sorell, 2007). På så sätt kan det skapas en treenighet mellan den äldre patienten, närstående och läkaren där information kan delas gemensamt och ge trygghet och stöd både till den äldre patienten och närstående i den utsatta situation som de båda ofta befinner sig i.

Över- och underordning i mötet

De äldre patienterna uttrycker att de lätt hamnar i en underordnad ställning i mötet med läkaren på grund av bristande kunskap om vård och behandling. I jämförelse med andra organisationer i samhället är sjukvården ovanligt strikt, hierarkisk och specialiserad och bygger i hög grad på traditioner som sträcker sig flera hundra år tillbaka i tiden (Gustafsson, 1987). Sjukhusorganisationens hierarkiska uppbyggnad har därmed betydelse för den äldre patientens och närståendes upplevelser då det i detta institutionella sammanhang finns en asymmetri i relationen mellan äldre patient och läkare. Genom att individen anpassar sig efter kulturen som råder finns möjlighet att kunna ha inflytande över situationen (Vygotsky, 1978; 1987; Säljö, 2000). Det kan vara därför som de äldre patienterna uttrycker att de har en underordnad ställning i mötet med läkaren, vilket kan göra det svårt för dem att göra aktiva val i den egna vården och behandlingen.

Av resultatet framgår att de äldre patienterna upplever att läkarnas kunskap bidrar till att det är svårt att gå emot läkaren. Det medför att de underordnar sig och låter läkaren avgöra hur vård och behandling ska utformas. Det kan försvåra möjligheten att utveckla en förtroendefull relation. Det framkommer både hos Johansson (2002) och Socialstyrelsen (2008) att läkaren behöver vara medveten om asymmetrin i relationen så att han eller hon behandlar patient och närstående på ett sätt som inger förtroende och gör dem positivt inställda till vården. I den patientcentrerade vården är undervisning från läkaren till patienten i fokus där läkaren diskuterar tillsammans med patienten istället för att besluta behandlingsform för patienten. På så sätt finns möjlighet för läkaren att respektera och uppmärksamma patientens individuella uttryck och behov i mötet.

De äldre patienterna och närstående lyfter fram önskan om att ha en tillitsfull relation till läkaren men det försvåras av att läkaren har en överordnad position. Läkarnas beskrivning av sitt sätt eller önskemål att möta patienten och dennes behov är annorlunda och kan jämföras med ”patient – practitioner collaborative model” (Jensen, Lorish & Shepard, 1997). I modellen samarbetar patienten och läkaren för att tillsammans skapa ett behandlingsschema med utgångspunkter i personliga, sociala och fysiska dimensioner hos patienten. Sator, Gstnetter och Hladschik-Kermers (2008) visar i en studie att patienter som försöker ställa frågor till läkaren gör detta indirekt till exempel genom förändring i röstvolym eller i talmönster eller användning av starka metaforer. Forskarna visar att läkaren oftast ger lite uppmärksamhet till sådana initiativ från patienterna utan

följer sina egna ofta institutionellt relaterade vanor. Det är kanske därför som det finns en samstämmighet i äldre patienters och närståendes utsagor om att läkaren uppfattas ha en överordnad position.

Hur äldre patienter och närstående förstår informationen från läkaren uppfattas påverkas av deras sjukhusvana, det vill säga om de är familjära med sjukvården. I den institutionella diskussionen är det som regel läkaren som dominerar mötet och samtalet. Det visar sig genom att läkaren pratar mest, tar initiativ och sammanfattar och avslutar diskussionen, eller bidrar med de mest strategiska och viktigaste utlåtandena (Mishler, 1984; Agar, 1985; Mäkitalo, 2002). Det är kännedomen om den institutionella diskussionen som gör att sjukhusvana patienter och närstående har lättare att förstå läkarens information.

De äldre patienterna håller inte sällan inne med sin kritik mot läkarens förhållningssätt i mötet med dem. I stället uppfattas de förklara läkarens brister som systemfel. En möjlig förklaring kan finnas i det faktum att flera av de äldre patienterna var kvinnor och 80 år eller äldre. Enligt Ford, Schofield och Hope (2003) uppfattar denna grupp av äldre patienter sig själva som en börda för hälso- och sjukvården och de anser att de är lite värda. För att förstå det kan man sätta detta i relation till det sociokulturella perspektivet, det vill säga att varje person är socialiserad in i ett samhälle och kultur (Säljö, 2000). Det kan förklara att äldre kvinnor accepterar en paternalistisk relation till sin läkare, det vill säga att läkaren bestämmer vad som är bäst för den äldre kvinnliga patienten även om beslutet inte är vad hon önskar. Det kan också vara så att äldre kvinnor inte uttrycker sina önskningar klart och tydligt. När de ges oväntat tillfälle att ta del av den medicinska vården så upplever de ångest. Enligt Foss och Hofoss (2004) uttrycker äldre kvinnliga patienter känslor medan manliga oftare presenterar fakta.

Att vara inlagd på sjukhus innebär att befinna sig i en främmande miljö, vilket kan inverka på den äldre patientens integritet. Under sjukhusvistelsen rättar sig den äldre patienten efter den institutionella verksamhetens regler och rutiner. Möjligheterna att påverka kan vara små då det finns maktfaktorer som styr i den specifika verksamheten (Johanson, Sätterlund Larsson, Säljö & Svärsudd, 1998). Trots att det i den svenska lagstiftningen betonas att patienten ska ha möjlighet att medverka i den mån det går i sin egen vård och behandling (SFS 1985:560 uppdaterad SFS 2008:345) kan det vara svårt för den äldre patienten att skapa mening i mötet med läkaren. Anledning till detta kan vara att de äldre patienterna tillskriver läkaren en maktposition framförallt då dessa patienter beskriver läkaren som "han". Därmed ger de äldre patienterna läkaren manliga

attribut varav makt är ett sådant. Det kan vara därför som de äldre patienterna i denna studie uttrycker att det är svårt att ifrågasätta läkaren.

Möjliggörande respektive hindrande förutsättningar för mötet

Likartade synpunkter kommer fram i de äldre patienternas och närståendes utsagor angående att försöka förbättra det sociala sammanhanget som de befinner sig i. De lyfter fram att det finns behov av att läkaren ska planera och hantera tiden så de får en chans att medverka i mötet. Det innebär att hälso- och sjukvården bör se denna aktivitet som en viktig del i läkarens arbetsuppgifter. Holmes-Rovner et al (2000) menar att ett sätt att förbättra förutsättningarna till en god relation i mötet mellan äldre patient, närstående och läkare är att utveckla vårdprogram för att kunna ge helhetsvård istället för att skicka patienter mellan kliniker och avdelningar. Liknande resultat lyfts fram i tidigare forskning (Naik, Schulman Green, McCorkle, Bradley & Bogardus, 2005; Quinn, Hudson, Ashby & Thomas, 2008).

Ett verktyg för att förbättra förutsättningarna i mötet mellan äldre patient och läkare är att använda naturalistisk ”decision – making model” (Klein, 1996). I modellen ingår problemlösning med feedback efter varje steg eller delmål. Det görs tillsammans med dem som medverkar i mötet. Dessa steg eller delmål leder fram till ett gemensamt beslut. I beslutet ingår organisatoriska normer och regler vilka påverkar beslutets kvalitet och beskaffenhet (Orasanu & Connolly, 1995). När en sådan modell ska användas är det viktigt att ett lagarbete utvecklas mellan vårdteamet. Det handlar då om att den äldre patienten är en del i lagarbetet och kan delge kunskap om sitt hälsotillstånd. Det finns därmed en lång rad faktorer som ska fungera för att möjliggöra att goda förutsättningar till mötet mellan äldre patient, närstående och läkare ska uppnås. Det behöver nödvändigtvis inte alltid bero på brister i läkarens planering utan läkaren kanske inte har tillgång till den ovan beskrivna modellen eller något annat specifikt vårdprogram som är anpassat speciellt för den äldre patientens behov. Den äldre patienten och närstående kan då uppfatta att de är i vägen och vill då inte störa läkaren.

Samhällets struktur utgör ett nätverk av relationer där knutpunkterna i nätet utgörs av mer eller mindre institutionaliserade möten mellan aktörer och där den väsentliga aktiviteten under möten är språklig (Svensson, 1990; Säljö,

2000). Frågan är hur betydelsefull nätverket mellan olika vårdformer är för den äldre patientens och närståendes upplevelse av ett positivt möte med läkaren. Resultatet i den föreliggande studien visar att både äldre patienter och närstående upplever att det finns brister i nätverket mellan olika områden inom hälso- och sjukvården. De beskriver att ”glappet mellan de olika vårdformerna” gör att de hamnar mellan stolarna. Detta påstående får även stöd av van Walraven, Mamdani, Fang och Austin (2004) och van Walraven et al (2008) som påvisar att liknande brister i kommunikationen mellan olika vårdverksamheter har en hindrande effekt i mötet mellan patient och läkare. Det kan vara därför som de äldre patienterna och närstående har negativa upplevelser av mötet med läkaren.

Äldre patienter och närstående som söker hälso- och sjukvård befinner sig i en speciell situation; med sociokulturell terminologi är det en social aktivitet. Såväl äldre patienter, närstående som läkare ger bild av att det finns behov av att skapa förutsättningar till förbättrad kommunikationsmetodik för att kunna samtala utifrån vars och ens förutsättningar. I tidigare studier framkommer det att läkare och läkarstuderande lär sig att samarbeta med patienter vid konsultationer inom sjukhusmiljön. Det kräver att de ges förutsättningar för och möjlighet att utveckla kunskap i att kommunicera med patienter och att det därför borde ingå i läkarutbildningen i större utsträckning (David, Dugdale, Epstein & Pantilat, 1999; Rees, Sheard & McPherson, 2004; Brown, 2008). Liknande resonemang kan jämföras med tidigare forskning som lyfter fram att patient – läkarkommunikation påverkar resultatet av vården positivt (Teutsch, 2003; Mauksch, Dugdale, Dodson & Epstein, 2008).

Äldre patienter, närstående och läkare har gemensamma erfarenheter gällande hinder för ett positivt möte dem emellan, nämligen personalbrist. Läkarna har inte bara patientansvar utan även ansvar för att vidareutveckla sina medicinska kunskaper. Läkarna betonar att det är betydelsefullt att träffa patienten; utan kontakt med patienten blir det ingen utveckling vare sig av de medicinska kunskaperna eller av den sociala förmågan. Läkarna beskriver att det uppstår obalans i mötet med patienten på grund av högt tempo i sjukvården och brist på personal. Det kan innebära att läkarnas arbetstillfredsställelse påverkas negativt och kan därmed skapa hinder i patientkontakten. Krav på sparbetning från sjukvårdsledningen och krav från äldre patienter och närstående om att vara tillmötesgående, positiva och att ha ett etiskt förhållningssätt gör läkarnas roll utsatt. Det kan resultera i stress och utbrändhet. Andra studier där betoning ligger på läkarnas arbetsbelastning stödjer denna tolkning (Bruce, Conaglen & Conaglen, 2005; Glebocka & Lisowska, 2007).

Ytterligare möjlig förklaring till att läkarna ger uttryck för att vara stressade kan vara dagens samhälle där läkaryrket inte är ett kall utan anses vara ett ”vanligt” yrke. De yngre läkarna i studien befinner sig i åldrarna mellan 30 – 49 år. Det innebär att läkarna har sociala åtaganden med familj och barn som påverkar deras arbetssituation. Pingel och Robertssons (1998) studie visade att både kvinnor och män uppfattade läkarkarriären som svårkombinerad med att vara småbarnsförälder. Att kvinnliga läkare betonar mer svårigheter med att kombinera familjeliv med läkaryrket än de manliga läkarna kan förklaras med att kvinnorna är de som fortfarande har det största ansvaret i hemmet. Det kan bidra till att läkaren i denna studie ser sig ha begränsade förutsättningar att utöva sin yrkesroll på ett sådant sätt som möjliggör ett positivt möte med patienten.

De krav som läkarna kan uppleva och hur de tolkar dem i samspel med andra människor har betydelse för hur de agerar, tänker och förhåller sig i mötet med patienten. Sjukvårdens hierarkiska system kan begränsa läkarnas utrymme att utvecklas på ett konstruktivt sätt, framförallt då det administrativa arbetet har fått stor plats i deras arbete. Det finns även uppfattning om att olika ”experter” som styr sjukvården saknar insikt i den faktiska verksamheten (Pingel & Robertsson, 1998). Det innebär att sjukvården har påverkats av synsätt och modeller från den privata marknaden vilka inte varit anpassade till och inte heller varit accepterade av de professionella grupperna inom hälso- och sjukvården (Andersson, 2005). Det kan vara därför som läkarna i denna studie uttrycker att det är svårt att skapa möjligheter i mötet med patienten. Hindren uppstår på grund av att patienten ligger inne på sjukhus så kort tid att det är svårt att hinna göra uppföljningar.

Van den Hombergh et al (2009) betonar i sin studie att både patienter och läkare upplever mindre stress då läkaren har mer tid hos patienten vilket resulterar i bättre vård och prestanda. Forskarna anser att läkarnas arbetsbelastning bör utvärderas för att kunna uppnå bättre kvalitet i vården.

Mot bakgrund av ovan nämnda möjligheter och hinder är det betydelsefullt att förstärka hälso- och sjukvården som en lärande organisation. I en lärande organisation deltar de medverkande personerna i ett mellanmänniskt samspel för att möjliggöra en lärsituation där kunskap kan förenas (Rommetveit, 1974; Säljö, 1992). Det innebär att i den lärande organisationen pågår en ständig kompetensutveckling med möjlighet till utbildning och till att lära genom andras erfarenheter (Nilsson, 1999), till att omsätta teoretisk kunskap i praktisk vårdverksamhet (Locke, 2008) samt att tillåta ett innovativt tänkande för

kunskapsutveckling (Mylopoulos & Scardamalia, 2008). En lärande organisation ger läkarna verktyg för ett reflektivt tänkande tillsammans med den äldre patienten och dennes närstående, vilket kan möjliggöra förutsättningar, förebygga missförstånd och förbättra utfallet i samband med mötet med läkaren. På så sätt finns möjlighet att förbättra den äldre patientens förutsättningar i vårdsituationen genom att underlätta läkarens bedömning och diagnostisering. Ömsesidigt förtroende mellan professionella blir starkare när vårdpersonalen samarbetar mot samma mål. Ett sådant samarbete ger grund för ett kollektivt ansvar, för kunskapsutveckling och för yrkesskicklighet, vilket gagnar patienten (Nilsson et al, 2005).

Sammanfattande slutord

Resultatet visar att äldre patienters och närståendes möte med läkaren påverkas av olika faktorer. De hinder som framställs relaterar till hälso- och sjukvårdens hierarkiska struktur och kultur. I de maktförhållande som råder upplever äldre patienter att läkaren inte alltid tar hänsyn till den kunskap de har om sig själv och om sin sjukdom.

Genom att inte känna till den institutionella verksamhetens kultur, kunskapstradition och språk riskerar den äldre patienten och närstående att agera passivt. Därmed skapas en maktobalans i mötet med läkaren och äldre patienter och närstående och det skapar i sin tur osäkerhet hos den äldre patienten och närstående.

Resultatet visar att de äldre patienterna lyfter fram tidspress, rutiner och traditioner som hinder i mötet med läkaren. Däremot finns det inget i resultatet som visar på när, var och hur läkaren informerar den äldre patienten och om det hindrar utfallet av mötet mellan äldre patient och läkare. Studien ger inte heller svar på hur lång tid som används i möten mellan äldre patient, närstående och läkare.

Läkarens maktposition gör att äldre patienter anser att de inte kan opponera sig emot honom eller henne. Denna respekt gör att läkaren ges stort utrymme att avgöra hur den äldre patientens vård och behandling ska utformas. Resultatet visar att läkarna tillskriver dialog och relation till den äldre patienten och att individuellt möta denne stor betydelse. Den äldre patienten liksom närstående är däremot relativt kritiska till läkarens förhållningssätt till dem. Trots att det

gått mer än 25 år sedan den nya hälso- och sjukvårdslagen stadfästes finns det mycket som tyder på att äldre patienter och dennes närstående inte ges möjlighet att medverka i mötet med läkaren. Därmed kan sägas att den samhälleliga strävan att ha patientens rättigheter i förgrunden inom hälso- och sjukvården inte har fått fullt genomslag.

Förslag till framtida forskning

Resultatet visar att samtalet är centralt i mötet mellan äldre patient, närstående och läkare. Hur samtalets karaktär och form utvecklas är påverkat av *makt* och *interaktion*. Det medför att makt, interaktion och samtalets form och karaktär även har betydelse för parternas möjlighet till *meningsskapande* i mötet. Men detta resultat har framkommit enbart genom intervjuer med äldre patienter, närstående och läkare angående deras erfarenheter av mötet. Det skulle vara intressant att utföra en observationsstudie med mötet som fokus.

Observationsstudien skulle kunna fokusera mötet mellan vårdpersonal (läkare, sjuksköterska, undersköterska) och äldre patient. Utifrån denna studies resultat finns många frågor att ställa, till exempel: Var sker kommunikation mellan patient och vårdpersonal? Vilka kommunicerar patienten med och vilket innehåll har kommunikationen med respektive yrkesgrupp? Hur tar sig patientens delaktighet i beslut om vård och behandling uttryck i kommunikationen mellan patienten och vårdpersonalen? Kan ömsesidig respekt och samarbete i mötet mellan patient och vårdpersonal iakttas och hur kommer den i så fall till uttryck? Hur framträder det sociokulturella perspektivet? Hur uttrycks makt i mötet mellan patient och vårdpersonal? Påverkar organisatoriska förhållanden mötet mellan patient och vårdpersonal?

För att fånga den äldre patientens möte med vårdpersonal skulle sannolikt en geriatrisk eller intermedicinsk vårdavdelning vara lämplig arena för observationerna. Observationerna bör kunna genomföras genom att följa patienter under deras vårdtid såväl dag som natt.

9 Summary

How elderly patients, relatives and doctors experience their meeting A sociocultural study in a hospital setting

In the meeting between patient and doctor, factors such as respect, empathy and cooperation are important for achieving a good relationship (Sätterlund Larsson, 1989; Bárány & Strandvik, 1995; Cox, 1999; Fuller, 2004; McGuire, McCullough, Weller & Whitney, 2005). Relatives provide the elderly patient with emotional support during the meeting with the doctor. They also help convey the patient's concerns about his or her health, ask the doctor questions, and explain the doctor's information and instructions to the patient (Schilling et al, 2002).

Background and previous research

During the 1980s and 1990s the structure of Swedish health and hospital care changed as a result of, among other things, economic cutbacks (Carlström, 2005). These structural changes led to a reduction in the number of hospital beds in somatic, especially geriatric, health and hospital care (Svenska Kommunförbundet, 2000a; Steen, 2001). Many elderly therefore find it increasingly difficult to attain physical and mental recovery before they are discharged from the hospital (Garner & Thorslund, 2001). According to the Swedish Health and Medical Services Act, the care provided must be based on respect for the patient's autonomy and integrity. The care should also be determined and implemented in collaboration with the patient, to the furthest possible extent. This means that the patient should receive information about

his or her condition and available treatments, which may improve the patient's quality of life (SFS 1982:763 amended 2009:430).

People have different abilities to meet other people and to handle frustration and stress. This means that the meeting between patient and doctor may go wrong. The meeting may lead to feelings of insecurity, even fear and dependency. In order to be armed to handle insecure meetings and the patient's reactions, the doctor needs knowledge about communication and good routines for these meetings (Eriksson, 2003). Relatives are an important asset and resource for the patient (Paul, Hendry & Cabrelli, 2004), in particular for elderly patients (Hertzberg, Ekman & Axelsson, 2003). Being a care-providing relative can entail a heavy workload, especially when the relative's own life situation changes (Levenstein, McCracken, McWhinney, Stewart & Brown, 1986; Mossberg-Sand, 2000; Nordberg, 2007). Relatives may need to develop close collaboration and a relationship of trust with the health care staff, for example the doctor, in order to receive the support they need when caring for the elderly patient (Andershed & Ternstedt, 2001).

Hall (2001) shows that there are shortcomings in the meeting between elderly patient, relative and doctor as regards among other things participation in discussions about tests and examinations, and that most elderly patients would like to remain in the hospital for a longer period than they are currently allowed. The nature of the meeting between the patient and the doctor is not only of importance to the patient, but also to the health and hospital care organisation and society at large (Salkeld, Solomon, Short & Butow, 2003).

Previous research shows that the meeting between an elderly patient and a doctor can be facilitated by among other things the doctor's medical knowledge and interpersonal skills (David, Dugdale, Epstein & Pantilat, 1999). Other studies describing a positive meeting between elderly patients and doctors focus on trust and satisfaction (Scotti & Stinerock, 2003), the elderly patient's active participation (Leard, Savides & Ganiats, 1997; Maly, Umezawa, Leake & Silliman, 2004), the duration of the consultation (Beisecker, 1996; Greene, Adelman, Friedmann & Sharons, 1994), and the importance of the doctor clearly explaining the information provided (Teutsch, 2003). Furthermore, the importance of the doctor's body language has been studied (Schmid Mast, 2007).

Several studies focus on shortcomings in the meeting between elderly patient and doctor. These studies discuss factors such as poor communication, lacking attention to the elderly patient's questions (Coe & Miller, 2000; Sator, Gstnetter & Hladschik-Kermer, 2008), and insufficient time allocated to the patient-doctor meeting (Keeler, Solomon, Beck, Mendenhall & Kanen, 1982; Radecki, Kane, Solomon, Mendenhall & Beck, 1988; Adelman, Greene & Orys, 2000). The doctor's demeanour towards the patient has also been studied (Waitzkin, Britt & Williams, 1994; Coe & Miller, 2000). Studies that focus on relatives' experiences of the meeting with the doctor mostly consider the elderly patient's condition, such as dementia, and the role the patient wants the relative to play (Beisecker, 1989; Labrecque, Blanchard, Ruckdeschel & Blanchard, 1991; Beisecker, Brecheisen, Ashworth & Hayes, 1996; Perreault, Paquin, Kennedy, Desmarais & Tardif, 1999; Glasser, Prohaska & Gravdals, 2001; Shields et al, 2005) and the role and function relatives have in the meeting with the elderly patient and the doctor (Silliman, 2000).

Aim

The aim of this study is to describe elderly patients' and relatives' experience of the meeting with the doctor in a hospital setting, and to describe doctors' experience of meeting patients in a hospital setting.

The following research questions were used during the individual interviews with elderly patients, relatives and doctors:

- What is of importance for the experience of the meeting?
- How is the meeting experienced by the elderly patient, relative and doctor?

Theoretical frame

Sociocultural perspective

In sociocultural theory the relationship between thinking and communication is underlined. It is through communication that the individual comes in contact with and learns new ways of thinking, reasoning and behaving. Thinking can be seen as an internal discussion that the person carries out with him- or herself

using the language. The link between the individual and the world around him presupposes communication between individuals and is based on thought processes (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000).

The health and hospital care sector is a hierarchically organised institutional system with socially established activities (Rogoff, 1990; Wertsch, 1998). The doctor is at the top of the hierarchy, has the longest training, and applies a positivistic-scientific problem-solving perspective (Bjelvehammar & Olsson, 1983; Gustafsson, 1987). This context is characterised by a power- and dependency-relationship between laymen (for example patients and relatives) and professionals (for example doctors); a relationship which is asymmetrical (Johanson, Sätterlund Larsson, Säljö & Svärsudd, 1998). This asymmetry may influence the outcome of the meeting as there are rules governing what may and may not be said. This means that the ability of patients and relatives to participate in the meeting with the doctor depends on the conditions provided by the organisation and the doctor.

According to Palmberg (2003), an organisation is constantly undergoing change and its culture can be seen as the natural evolution of the rules currently in force. The rules are not always written down; instead they are a part of the culture. This requires the ability to interpret, argue, and, by means of the language, transform relevant conceptions to concrete events (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). When the doctor communicates with elderly patients and relatives, this contributes to the shaping of the health and hospital care organisation's culture. In the social interaction within the specific culture, the actors interpret the meeting with the help of their social and cultural experience.

The institutional tradition of the health and hospital care organisation can be related to Vygotsky (1978), who assumes that the individual, aware of society and the culture of the social context, learns to observe, describe and behave in accordance with the way the context allows, encourages and offers. The institutional tradition and environment therefore defines its own reality (Bruner, 1986; Vygotsky, 1987; Sätterlund Larsson, 1989; Cole, 1996; Waern, 1999; Säljö, 2000; Junefelt, 2001). Health and hospital care, as an institution can be understood as interacting actions. The outcome of the meeting between elderly patient and doctor, and between relative and doctor, depends on which tools the doctor uses for his or her work, and on how these tools are used.

In the sociocultural perspective, mediating is a key concept. Vygotsky (1978) and Säljö (2000) describe this as tools, which may be physical or technical artefacts, such as expressive, intellectual, linguistic or psychological tools. To the latter belong language and thinking. The core of mediated action is that the relationship between the person, the context, and the language is central and that learning is developed together with other people. In the meeting between elderly patient, relative and doctor, the language used in the conversation is an example of a mediating tool.

The way the individual behaves, thinks, communicates and perceives the surrounding world is shaped by the individual's social and cultural experiences throughout life (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). One of the tools available to the culture of the health and hospital care organisation is the communication that takes place during the meeting between elderly patient, relative and doctor. Humans are unique in the sense that they are actors that can change the environment and thereby the culture. How the doctor defines his or her reality depends on the culture in force within his or her institutional activity (Vygotsky, 1978; 1987; Säljö, 2000).

Conversations in institutional settings are created based on the institution in which they take place. In the course of the health and hospital care organisation's institutional conversations it is common that the professional gives advice to the layman. How this is shaped depends on the communicative relationship established by the parties (Fiske, 1990; Selander, 1991; Silverman, 2001). The recipient interprets the information from his or her perspective, experiences and expectations (Fiske, 1990; Silverman, 2001). The institutional tradition in health and hospital care often makes elderly patients and relatives passive, instead of active, participants (Säljö, 2000). It is therefore important that the doctor is aware of when, what and how something is to be communicated, and what the purpose or goal is of the information (Selander, 1991).

In the meeting there is social interaction between the elderly patient, the relative and the doctor, where thinking, reasoning and action are mediated using the language. By learning to use these tools, the individual becomes capable of understanding the specific situation (Vygotsky, 1978; 1987; Wertsch, 1998). In order to meet the patient's needs the health and hospital care process must be efficiently organised and control processes such as professional, economic and administrative decisions must work hand in hand (Palmberg, 2003). In the meeting between elderly patient, relative and doctor it

is crucial to adapt the social activity – the meeting – according to the current organisational form.

Method

A qualitative approach (Silverman, 2001; Wibeck, 2002) has been used to understand the meanings of the meeting taking place in a social, cultural and institutional context. This approach makes it possible to study people's perceptions and experiences by letting the participants express them in their own words.

Qualitative research interviews were used for the data collection. The starting point in such interviews is spoken face-to-face interaction. The researcher tried to elicit the interviewee's experiences, assumptions and feelings about the phenomenon as it had been experienced (Wibeck, 2002).

Three groups of informants were interviewed in the study. Twenty elderly persons who were 65 years or older, Swedish speakers, capable of participating, and who had recently been discharged from geriatric or medical hospital care to home care, participated. Twenty relatives who were Swedish speakers, capable of participating, and who had a relative who had recently been discharged from geriatric or medical hospital care to home care participated. In order to obtain additional knowledge about the experiences of elderly patients and relatives of the meeting with the doctor, a secondary analysis was performed on 18 interviews with doctors that were carried out within the project *Läkares erfarenhetsbaserade kunskap* [Doctors' experience-based knowledge] (Skyvell Nilsson, Knutsson, Samuelsson, Lönnroth & Pilhammar Andersson, 2006).

Analysis of data

The analysis of the taped interviews was carried out in stages using manifest and latent content analysis (Silverman, 2001; 2006). In the first stage, the goal was to become familiar with the contents. In the second stage, manifest analysis was performed to identify units of meaning and the text was condensed. In the third stage, latent analysis was performed to abstract, code and interpret the underlying meaning. In the fourth stage, themes and subthemes were identified. Following this, the result, i.e. themes and subthemes, was analysed using sociocultural theory.

The part of the study that concerns patients and relatives was reviewed and approved by a research ethics committee. For the interviews with doctors the ethical guidelines adopted by the Swedish Medical Research Council (2003) were adhered to.

Results

Elderly patients' experience of the meeting with the doctor

Demeanour affects perception of the meeting

How the patient experiences the conversation with the doctor is greatly determined by the doctor's and patient's demeanour. This determines the patient's feeling of being seen as an individual and the possibilities offered to influence and control the situation. The *feeling of being treated as a unique individual* can be negatively impacted when one is hospitalised and finds oneself in an unfamiliar environment and culture to which one must adapt. If the doctor does not show sufficient consideration, the patient may feel he or she is not being treated as a unique individual. If the doctor follows the rules and routines of the activity this may suit the institutional setting, but not the patient's expectations as regards demeanour. Sometimes, in extreme cases, the patient may feel that the doctor's demeanour is disparaging and that he or she does not understand the patient's situation. Although the patient is dissatisfied, he or she does not criticise the doctor, but instead blames the own poor state of health.

It is fundamental for the patient's understanding that he or she is given the opportunity to express thoughts to the doctor. Not only is the spoken language of importance, but also the body language. The patient is *influenced by the doctor's body language*. The doctor should be aware of his or her body language in order to be able to develop a sense of affinity with the patient. Patients want the doctor to show interest in informing them. They focus on the situation and want help and advice to improve it. Patients feel belittled when they are given information in passing. If the doctor does not take time to inform the patient, the latter may fear his or her condition is being erroneously diagnosed and treated.

The language is a practical tool for informing the patient. The doctor should adapt the information to the individual so that treatment decisions can be taken with the patient. The patient then feels he or she is being treated as an equal. Patients feel the doctor does not always listen to them, even though the patients have insights to offer about themselves and their condition. This leads to feelings of being excluded and *lacking influence*.

However, not only the doctor's demeanour is of importance for the meeting; that of the patient is also important. According to patients, one way of *taking control over the care situation* is to not be shy or afraid of questioning the doctor's information, explanations and decisions. This way the doctor is not seen as an authority taking treatment decisions at his or her discretion. One way patients can increase their autonomy is by writing down questions about their condition before the meeting.

Collaboration affects the exchange of knowledge

A willingness to listen, flexibility and agreement about care and treatment are part of the dialogue and are a precondition for an exchange of knowledge between patient and doctor. This *offers them a possibility for mutual exchange*. When the patient is not given a chance to collaborate with the doctor, the patient feels the relationship with the doctor is asymmetric. The asymmetry consists in the patient needing information since he or she does not possess the knowledge the doctor possesses. If the patient does not dare ask the doctor for explanations, this affects the patient negatively and leads to feelings of discomfort.

The patient can use relatives to be incorporated into the meeting and *to understand the information*. In this context, the role of the relative may be to translate the medical and care-related terminology and expressions or to translate the patient's life story for the doctor. This can provide safety and support for both the patient and the relative in the often difficult situation they find themselves. The institutional tradition of the health and hospital care organisation runs the risk of giving the patient and relative a passive role if one does not take into the account the need for developing this collaboration between elderly patients, relatives and doctors. When the relative has knowledge about hospital care and hospital routines this offers the patient a greater sense of security as regards his or her condition and in the meeting with the doctor. In this case, the patient becomes part of the institutional activity.

The power relationship affects the possibility to assume responsibility

The obstacles that are put forward relate to the hierarchy of the health and hospital care institution. To obtain knowledge and information, the patient adapts to the institutional tradition. The patients underline factors such as time shortage, routines and traditions. The patients adapt to these norms and rules. They feel it is best to follow the doctor's and care organisation's routines. The patients would like to be involved in the meeting with the doctor and feel togetherness, but for this to materialise the doctor must want to provide the patient with *a chance to participate in the health care situation*.

A patient's upbringing and social and cultural experiences affect his or her relationship with the doctor. The ability to assume responsibility for one's care can be hampered by the patient's physical health and age. In such situations, the patient is often satisfied with the care received. The medical profession is a respected one and patients therefore perceive the doctor as an authority figure. The doctor's power status makes patients feel that they as individuals cannot go against or criticise the authority. This means the patient is *subordinated the doctor*.

Relatives' experience of the meeting with the doctor

The meeting with the doctor leads to positive and negative feelings for relatives

If the conversation with the doctor is mutual, it becomes easier to share experiences, knowledge and insights. Relatives experience this as *being seen* by the doctor. During the meeting understanding for one another can be developed, leading to a sense of openness. Relatives feel seen and the doctor is perceived as being accommodating and accessible. It can sometimes be difficult for relatives to understand the information. This can be caused by the doctor failing to adapt the form and vocabulary of the institutional conversation to the relative's needs. When the doctor has a caring attitude, provides information and answers questions in an easily understood manner, he or she uses the language as a practical tool to make relatives understand the elderly patients' situation.

Sometimes the opposite applies to the meeting between relative and doctor: the conversation is perceived as being poor, which relatives experience as *being ignored*. When relatives feel insecure this risks creating negative feelings and doubts regarding tests, treatments and the duration of the hospital care. This

makes them feel ignored and neglected. The insecurity relatives feel in these situations can be explained by the fact that they lack understanding of the current institutional culture and the right tools for the dialogue. The manner in which the doctor presents and shares the information about a specific treatment can alleviate the negative effects of lacking knowledge.

When the doctor is attentive to the relative's questions about the elderly patient's future care and treatment, this increases the feeling of *being accepted*. The doctor's interest and desire to satisfy the relative's requests and demands create a sense of safety. It shows that the doctor has a respectful demeanour to the relative's situation, which in turn leads to the relationship between relative and doctor working well and brings about a positive attitude to the meeting. If the doctor neither explains nor informs, relatives experience this as not being accepted. In this case, they feel they have no freedom of choice and that it is the doctor who decides, which relative experience as *being dominated*.

Relatives' experience affects participation

The relative's understanding of the health and hospital care discourse, and of what is important to discuss, is improved when relatives have health and hospital care experience. *Being "an insider"* makes it easier to dialogue with the doctor. It seems doctors give priority to relatives who are familiar with the health and hospital care organisation, which gives the latter greater access to the health and hospital care. This contributes to relatives finding it easier to identify the doctor's shortcomings as concerns for example information, willingness to listen and understanding. It is easier for the relative to understand what is important to discuss with the doctor when the relative has a feeling of belonging with the institution and is familiar with health and hospital care. In the opposite situation, meaning the relative has little or no experience of the hospital environment and its routines, the relative falls into "an outsider" position. *Being "an outsider"* forces relatives to trust the doctor's assessment without any question. They are not part of the institutional activity and cannot see the possibilities present in the specific situation.

Shortcomings in the hospital care add to relatives' insecurity

The expectations and demands of relatives may easily cause problems for the complex health and hospital care organisation. Time is a sign or symbol for the culture of health and hospital care. The doctor must therefore be aware of the signals that haste transmits when meeting with relatives and patients. If the relative gets the impression the doctor is in a hurry, he or she may think the doctor is *hindered by the organisation's routines*.

Relatives have the impression there is no routine for how discharges are handled. They feel overlooked and confused, and become worried about what is about to happen, which means they feel the care is *hampered by a lack of planning*. One explanation put forward is that there are obstacles between different health and hospital care organisations. The link between hospital and home care does not work as it should. The gap between the different care organisations leaves relatives and patients in between and makes it difficult for them to convey their message.

The doctors' experience of the meeting with patients

Self-awareness affects the relationship with the patient

Being aware of one's demeanour means that doctors adapt to the patient's needs, wishes and state of health. They develop their empathic ability and put the patient in focus, which can lead to the patient and the doctor becoming more satisfied with the contact. Doctors use various tools, such as their experience, knowledge and reflection, to develop their professional role. Doctors believe that a professional demeanour is necessary in all situations involving a patient.

Maintaining a relationship with the patient means that doctors have a caring demeanour. The doctor cares for the patient and gives of him- or herself without compromising as regards professionalism. The doctor's interest in the person behind the patient, offers him or her a chance to understand the patient's life situation. Knowledge about interpersonal demeanour is developed and shaped by the social and cultural experiences together with the values one develops throughout life with other individuals and in one's profession.

Dialogue affects the information exchange

To express oneself clearly is according to doctors fundamental in the meeting with the patient. They need a knowledge base to be able to *listen and understand* the meaning of the planning of the patient's care and treatment. They claim they use reflective thinking and interpret the situation together with the patient in order to increase the patient's ability to understand his or her situation.

When patient and doctor converse and agree on action this must be understood in context. The conversation becomes the tool used to clarify the information provided by the doctor and to make it possible for the patient to participate. It is

important doctors *express themselves clearly* during the conversation with the patient in order for them to access the patient's knowledge about his or her illness and state of health. This way the doctor also uses other strategies to meet the patient's needs, such as giving personal information about the care, medication, and other types of treatment.

When doctors plan how to get an overview of the patient's state of health and needs as regards care and treatment, they use various artefacts and discursive tools such as dialogue. Based on the patient's account and his or her own first assessment, the doctor can obtain clues for the further analysis of the patient's problems. Continuous contact is one strategy doctors use *to get to know the patient*.

Sociocultural analysis and interpretation of the experiences of the meeting

The core of the meeting is the *dialogue*. The importance of talking and being willing to listen are examples of recurring comments from all groups of informants. In the sociocultural perspective, the focus is that the surrounding world is experienced and interpreted together with other individuals. So elderly patients, relatives and doctors interpret what is said during their conversation. The manner in which the doctor speaks with the patient during the meeting is important for creating a trustful atmosphere with consideration and understanding for the elderly patient's situation. Elderly patients and relatives that are familiar with the hospital setting find it easier to discuss with the doctor in a mutual and constructive manner. As their experience has taught them to understand and interpret the institution's natural habits and expressions, they find it easier to understand the information and converse with the doctor.

The results show that the elderly patients find themselves in a subordinate position because the elderly patient and the doctor enter into the meeting with different bases. Elderly patients have great respect for the doctor's profession and they consider the doctor to be someone with *power*. The power asymmetry between elderly patient, relative and doctor affects the possibility for interaction with the doctor. In their statements, doctors underline the importance of listening to the patient during the meeting. However, the statements of elderly patients and relatives show that this intention is not always achieved. From a sociocultural perspective discursive and other activities are mediating tools for the shaping of our world. There is therefore a

discrepancy between how elderly patients, relatives and doctors perceive how the doctor uses tools and methods in support of his or her work.

The social interaction in health and hospital care offers the elderly patient to participate according to the ways of thinking and acting it permits. Elderly patients stress the importance of *interaction* for the creation of a basis for agreement on continued care and treatment. The language as mediating tool is important for interaction to develop in the specific social activity, i.e. the meeting. The elderly patient can use relatives to become incorporated into the social setting the meeting represents. Relatives thereby become a mediating tool that offers safety and support when interacting with the doctor to agree on future care and treatment. Interaction as an activity process for relatives' learning is determined by the social setting, the culture and historic influences. The doctor is an important actor in the activity process for information to become understandable and adapted to relatives' experiences, knowledge and ability.

Power relationships and interaction during the conversation affect how meaning can be created during the meeting. Constant discussion between patients and doctors as well as between relatives and doctors, within the health and hospital care setting can contribute to increased mutual understanding. Elderly patients underline the importance of knowledge about the meaning of the treatment, about how the treatment is carried out, but also about other treatment options. The specific culture in which the conversation between patient and doctor takes place is part of the understanding process; the culture contributes to *create meaning*. To absorb the information the information must be understood, meaning the elderly patient and doctor must be able to interpret and understand what the doctor is trying to convey. When the interaction is faulty, this may threaten the creation of meaning. The creation of meaning is not static. It is a process whereby the patient's understanding of his or her situation can be facilitated through dialogue. It is therefore through communication that the patient meets and can absorb new ways of thinking, reasoning and behaving.

Discussion

The results show that the views of elderly patients, relatives and doctors differ as concerns the meeting in a hospital setting. There is a difference between the ideal versus critical vision of the meeting. Doctors stress the value of the ability to take into account the patient's needs based on his or her illness situation. They believe the meeting with the patient is a relationship that must be maintained. Demeanour and personal commitment are, according to the Swedish Health and Medical Services Act, key requirements in the meeting with the patient and his or her relatives (SFS 1982:763 amended SFS 2009:430). The doctor's empathic demeanour towards the patient can contribute to this. According to Mishler (1986) this means the doctor uses the voice of the lifeworld instead of the voice of medicine. By using his or her voice of the lifeworld the doctor can more easily understand the patient's voice of the lifeworld. On this basis the doctor can speak to the patient about what currently needs to be discussed. Thereby the meeting between doctor and patient becomes something more than merely a medical relationship between professional and layman. Being able to enter and leave their various roles contributes to create meaning in doctors' everyday life. Doctors claim it also contributes to making it easier to reach the patient. According to Selander (1991) and Wyndham (1999), attempts at creating meaning take place in the interaction between elderly patient and doctor in the social context where the meeting takes place. This means that the creation of meaning is seen as a social activity that is created, recreated and transformed into practical action. The question remains whether doctors do this to a sufficient extent or not. It is possible they are describing an ideal vision, since the elderly patients and relatives in this study hold a quite critical view on the meeting with the doctor.

The fact that elderly patients and relatives are dissatisfied with the meeting with the doctor can be caused by the three parties having differing views on the situation, the illness and the treatment. According to Säljö (2000) this can be due to people acting and perceiving situations differently depending on their previous experiences. Based on Säljö's reasoning this means that the elderly patient and doctor come to the meeting carrying different experiences. The doctor has gathered experiences using the language and his or her observations, reflections and feelings from previous patient meetings. Based on these

experiences from previous meetings the doctor has learnt to interact with patients, and to widen and deepen his or her knowledge and perspective. There is therefore a risk that elderly patients and relatives can perceive the meeting negatively in the cases where the doctor has not had a chance to develop a relationship with the elderly patient.

Doctors underline the importance of the dialogue as a tool for meeting the patient's needs. The dialogue can be considered a dynamic process in which the doctor attempts to map and develop a structure for how the meeting with the patient may be organised. This structure is not an end in itself, but a necessary means. The elderly patients in the study who felt they had a dialogue with the doctor felt safer when the treatment was determined. One can therefore assume that all elderly patients need a dialogue at least when different forms of treatment are being discussed. The doctor should make use of the elderly patient's knowledge about his or her illness during the dialogue. This argument is in line with a British study by Sayers and Bethell (2004). Although doctors strive to achieve a dialogue with the patient, the question remains whether they use it sufficiently, since most of the elderly patients and the relatives in the study state that the doctor merely conveys information and is poor at listening and discussing. This can be the result of the information from the doctor to the elderly patient being one-way and can be related to what Linell (1999) describes as a transmission model that disregards the mutuality in the conversation. Similar results emerge in previous studies (Braddock et al, 2002; Delvaux et al, 2005; Ruiz-Moral, Perez Rodrigue, Perula de Torres & de la Torre, 2006).

Society expects doctors to create a safe and confidence-inspiring relationship with the patient (Holm, 2007). Elderly patients and relatives believe doctors need interpersonal competence and ability to convey information, something doctors believe they possess. The discrepancy between information transfer and dialogue can be that the doctors in this study focus on gathering facts about the patient's background, as concerns both illness and life style, but that they might not always have a dialogue with the patient which helps the latter understand what is said about the illness and the treatment. The doctors claim they try to base their work on the patient's needs, but in this study we do not know when the doctor meets the patient during his or her hospitalisation.

The elderly patients state that the meeting with the doctor is important for their feeling of participating in the situation, but that they are not offered sufficient room to do so. They think doctors should let them participate in the meeting

and also respect their right to self-determination. However, one should also consider how important it is for elderly patients to actively participate in the meeting with the doctor. Previous studies indicate that patients would rather hand over the responsibility to the doctor (Pinguart & Duberstein, 2004; Bastiaens, van Royen, Pavlic, Raposo & Bakers, 2007; Reed, Mikels & Simon, 2008). Conversely, a study by Kim, Healey, Goldstein, Hasher and Wiprzyckas (2008) found that elderly patients want to participate in the meeting with the doctor and in the care. Van den Brink-Muinen et al (2006) found that the participation of elderly patients has not increased over time. The question is if they are willing or capable of participating and, if so is the case, how they can be encouraged to participate. So patients differ in their desire to participate, as Eldh, Ehnfors and Ekman (2006) show in their study. They found that the professional needs to discover every patient's unique knowledge and respect the individual's description of his or her situation. Based on these results in relation to the dissertation's results, one can say that an open atmosphere between elderly patient and doctor, promoting collaboration characterised by participation and autonomy, is to be preferred. In this way the meeting can contribute to strengthening the elderly patient's position, which in the long run could improve and safeguard the quality of the meeting with the doctor and the medical care.

In the results it emerges that relatives wish to participate in the meeting, but that doctors do not always permit them to do so. This can be due to doctors feeling uncomfortable in the presence of relatives, in particular if the relatives have a negative effect on the patient or if patients become distracted by the relative. This was also found in a study by Shields et al (2005). Relatives may be worried for the elderly patient, which in turn makes them perceive the meeting with the doctor negatively. Relatives' concerns can according to Lis's (2005) study be understood as concerns regarding the patient's health, received treatment, the future, the care the relative is to provide and the economic impact. Providing care can represent a heavy workload and burden, especially when the relative's own life situation changes (Levenstein, McCracken, McWhinney, Stewart & Brown, 1986; Nordberg, 2007). The relative's situation can therefore be improved if the doctor strives to understand the relative. How this is to be achieved is not always evident. It can therefore be of value for relatives to be given an opportunity to prepare, consider and discuss their future situation with the doctor (Sorell, 2007). In this way a collaboration can be created between the elderly patient, relative and doctor, in which information can be shared and provide safety and support to both the elderly patient and the relative.

The balance between being subordinated or being superior in the meeting between elderly patient and doctor is important for the elderly patient's experiences, since there is an asymmetry in the relationship with the doctor in this institutional setting. The elderly patient adapts to the prevailing culture (Vygotsky, 1978; 1987; Säljö, 2000). This may explain why elderly patients underline their subordinate position, which may make it difficult for them to make active choices concerning their medical care and treatment, in the meeting with the doctor. It emerges that the elderly patients feel that the doctor's knowledge contributes to making it difficult to contradict the doctor. This can hamper the development of a trusting relationship. In both Johansson's (2002) and Socialstyrelsen's [the National Board of Health and Welfare] (2008) texts it emerges that the doctor should be aware of the asymmetry in the relationship so that he or she treats the patient and relative in a manner that inspires confidence and makes them positive towards the health and hospital care.

How elderly patients and relatives understand the information received from the doctor depends on their familiarity with the health and hospital care environment. As a rule it is the doctor who dominates in the institutional discussion. The doctor speaks the most, takes initiatives, summarises and ends the discussion, and contributes the most strategic and important statements (Mishler, 1984; Agar, 1985; Mäkitalo, 2002). Patients and relatives that are familiar with the institutional discussion find it easier to understand the doctor's information.

The results show facilitating and hampering factors for the meeting between elderly patient, relative and doctor. This means that the health and hospital care organisation should consider the meeting as an important part of a doctor's duties. Holmes-Rovner et al (2000) argue that one way of improving the conditions for a good relationship in the meeting between elderly patient, relative and doctor is to develop care programmes providing comprehensive care instead of sending patients to and fro between clinics and wards. Similar results are underlined in previous research (Naik, Schulman Green, McCorkle, Bradley & Bogardus, 2005; Quinn, Hudson, Ashby & Thomas, 2008).

Elderly patients, relatives and doctors share one experience as regards hindrances for a positive meeting between them, namely staff shortage. Doctors state that an imbalance emerges in the meeting with the patient owing to the high work pace and the lack of staff in the health and hospital care organisation. This can lead to dissatisfaction among doctors as regards their

work environment and negatively impact the contact with patients. The combination of the hospital management's demands for cost reduction and elderly patients' and relatives' expectations of obligingness, positive and ethical demeanour puts pressure on doctors. This can lead to stress and burnout. Other studies which focus on the workload shouldered by doctors support this interpretation (Bruce, Conaglen & Conaglen, 2005; Glebocka & Lisowska, 2007).

The demands doctors may perceive and how they interpret them during the interaction with others affects how they act, think and behave during the meeting with the patient (Vygotsky, 1978; Säljö, 2000). The hierarchic system of the health and hospital care organisation may limit the room available for doctors' development, especially since administrative duties have taken such a large share of doctors' time. One even comes across the view that the "experts" who control the health and hospital care organisation have no understanding of the actual activity (Pingel & Robertsson, 1998). This means that the health and hospital care organisation has been influenced by approaches and models taken from the private market, which have been neither adapted to, nor accepted by the professional groups in the field of health care (Andersson, 2005). This can explain why the doctors in this study claim it is difficult to create opportunities in the meeting with the patient. The hindrances arise owing to the patient being in hospital for such a short time that it becomes difficult to perform follow-ups.

In this study it emerges that the conversation is central in the meeting between elderly patient and doctor. How the patient experiences the conversation is to a great extent determined by the doctor's and patient's demeanour. In the situation the doctor's body language is observed and interpreted by the patient, and thereby influences the experiences and direction of the meeting. The interaction between patient, relative and doctor is fundamental for there to be a mutual exchange of information during the meeting. The doctor may either facilitate or hamper the patient's ability to find time to speak about his or her illness and to ask questions. Relatives contribute both to increasing the patient's understanding of his or her illness and to explaining the patient's situation to the doctor. In this way, the relative becomes a tool for the exchange of knowledge between the patient and the doctor. Relatives feel that the interaction between themselves and the doctor is hampered by lacking communication, which sometimes makes it difficult for them to understand the doctor's information. This can be caused by the doctor failing to adapt the institutional conversation's form and vocabulary to the relative's needs. For relatives the environment and culture in the social context may be unknown and frightening, which in turn also impacts the interaction negatively. If the

conditions for interaction between relative and doctor are not present in the meeting, it becomes more difficult to think, reason and act. By giving the patient a chance to express his or her situation, experiences and insights about his or her life situation, one offers the patient an opportunity to get involved. However, the patient is not always offered this opportunity. Instead, the patient can feel powerless. The patient does not perceive the opportunity to gain control over his or her situation. The health care routines and the doctor's authority make it difficult for the patient to get involved in his or her care. Power relationships and interaction during the conversation influence how meaning can be created in the discussion and meeting. When the doctor offers the patient space to express his or her views and uses a language the patient can understand, this contributes to creating understanding and meaning with the conversation. The nature and shape of the conversation is influenced by *power* and *interaction*. The dialogue is therefore the core of the meeting between elderly patient, relative and doctor. Power and interaction affect how the conversation is shaped during the meeting and is therefore of importance for the ability of all parties to *create meaning* in the meeting.

Referenser

Adelman, R.D., Greene, M.G., & Charon, R. (1987). The Physician – Elderly Patient – Companion Triad in the Medical Encounter: The Development of a Conceptual Framework and Research Agenda. *Gerontologist*, 27(6), 729-34.

Adelman, R.D., Greene, M.G., & Ory, M.G. (2000). Communication between older patients and their physicians. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16(1), 1-24.

Adler, H.M. (2002). The socio-physiology of caring in the doctor – patient relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 17(11), 874-881.

Agar, M.H. (1985). Institutional discourse. *Text*, 5(3), 147-168.

Andershed, B., & Ternestedt, B-M. (2001). Development of a theoretical framework describing relatives' involvement in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 554-562.

Andersson, T. (2005). *Hälsa & lärande. Frågor för hälso- och sjukvårdssystemet*. Vinnova, Rapport VR 2005:06.

Anell, A. (1990). *Ekonomistyrssystem i sjukvården – Kartläggning av praxis och förnyelse i Landstingen*. Arbetsrapport. Lund.

Anell, A. (2004). *Strukturer, resurser, drivkrafter: sjukvårdens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur.

Argentero, P., Dell'Olivo, B., & Feretti, M.S. (2008). Staff burnout and patient satisfaction with the quality of dialysis care. *American Journal of Kidney Diseases*, 51(1), 80-92.

Aronsson, K., & Sundström, B. (1988). Child discourse and parental control in paediatric consultations. *Text*, (8), 159-189.

Aronsson, K., Sätterlund Larsson, U., & Säljö, R. (1995). Medical diagnosis and the micro politics of care. In I. Marková & R. Farr (red.), *Representations of health, illness and handicap*. (pp. 131-144). Chur, Switzerland: Harwood.

Artman, H. (1999). "Do you read me Roger" – Om fördelat tänkande i fördelat dynamiskt beslutsfattande. I U. Sätterlund Larsson & K. Bergqvist (red.), *Möten – en vänbok till Roger Säljö*. Linköping: Linköpings universitet. Tema Kommunikation.

Artman, H., & Waren, Y. (1998). Creation and loss of cognitive empathy at an emergency control centre. I Y. Waren (red.), *Co - operative Process Management – cognition and Information Technology* (pp. 69-76). London: Taylor & Francis.

Bárány, F., & Strandvik, B. (1995). *Psykologi för läkare i kroppssjukvården*. Stockholm: Natur och Kultur.

Barry, C.A., Stevenson, F.A., Britten, N., Barber, N., & Bradley, C.P. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor – patient communication in general practice. *Social, Science & Medicine*, 53(4), 487-505.

Bastiaens, H., van Royen, P., Pavlic, D.R., Raposo, V., & Baker, R. (2007). Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient, Education and Counseling*, 68(1), 33-42.

Beisecker, A.E. (1989). The Influence of a Companion on the Doctor – Elderly Patient Interaction. *Health Communication*, 1(1), 55-70.

Beisecker, A.E. (1996). Older persons' medical encounters and their outcomes. *Research on Aging*, 18(1), 9-23.

Beisecker, A.E., & Beisecker, T.D. (1990). Patient information – seeking behaviours when communicating with doctors. *Medical Care*, 288(1), 19-28.

Beisecker, A.E., Brecheisen, M.A., Ashworth, J., & Hayes, J. (1996). Perceptions of the role of cancer patients' companions during medical appointments. *Journal of psychosocial oncology*, 14(4), 29-45.

Belcher, V.N., Fried, T.R., Agostini, J.V., & Tinetti, M.E. (2006). Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of Internal Medicine*, 21, 298–303. [Epub ahead of print].

Berg, L., Skott, C., & Danielson, E. (2007). Caring relationship in a context: fieldwork in a medical ward. *International Journal of Nursing Practice*, 13(2), 100-6.

Biola, H., Sloane, P.D., Williams, C.S., Daaleman, T.P., Williams, S.W., & Zimmerman, S. (2007). Physician Communication with Family Caregivers of Long-Term Care Residents at the End of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (6), 846–856.

Birrell, J., Thomas, D., & Jones, C.A. (2006). Promoting privacy and dignity for older patients in hospital. *Nursing Standard*, 20(18), 41-6.

Bjelvehammar, B., & Olsson, H. (1983). *Samspel och omvårdnad. Analys av utbildning, organisation och samspel inom vården*. FoU-rapport nr 12.

Bolund, C. (1999). In the frontline of palliative medicine and psychosocial oncology. *Acta Oncologica*, 4, 403-404.

Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004a). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 410-419.

Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2004b). Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral. *European Journal of Cancer Care*, 13, 238-245.

Bottorf, J.L., Steele, R., Davies, B., Porterfield, P., Garossinmo, C., & Shaw, M. (2000). Facilitating day – to – day decision making in palliative care. *Cancer Nursing*, 23(2), 141-150.

Braddock, C.H., Fihn, S.D., Levinson, W., Jonsen, A.R., & Pearlman, R.A. (2002). How Doctors and Patients Discuss Routine Clinical Decisions Informed Decision Making in the Outpatient Setting. *Journal of General Internal Medicine*, 12(6), 339-345.

van den Brink-Muinen, A., van Dulmen, S.M., de Haes, H.C.J.M., Visser, A.P., Schellevis, F.G., & Bensing, J.M. (2006). Has patients' involvement in the decision – making process changed over time? *Health Expectations*, 9(4), 333–342.

Brown, C.A. (2004). Service providers' perception of affective influences on decision – making about treatments for chronic pain. *Disability and rehabilitation*, 26, 16–20.

Brown, J. (2008). How clinical communication has become a core part of medical education in the UK. *Medical Education*, 42(3), 271-278.

Brown, J.B., Brett, P., Stewart, M., & Marshall, J.N. (1998). Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. *Canadian Family Physician*, 44, 1644-1650.

Bruce, S.M., Conaglen, H.M., & Conaglen, J.V. (2005). Burnout in physicians: a case for peer – support. *Internal Medicine Journal*, 35(5), 272-278.

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvards University Press.

Bulfone, G., Giavon, L., Cedolin, C., & Bresadola, V. (2006). Relation between information, anxiety and satisfaction in oncological and surgical patient. *Professioni Infermieristiche*, 59(1), 3-7.

Carlander, J., Eriksson, K., Hansson-Pourtaheri, A-S., & Wikander, B. (2001). *Trygga och otrygga möten. Vardagsetik och bemötande i arbete med människor*. Stockholm: Gothia.

Carlström, E. (2005). *I skuggan av Ädel - integrering i kommunal vård och omsorg*. (Akad. avh.). Göteborg: Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.

Cedersund, E., & Säljö, R. (1990). Bureaucratic discourse, conversational space and concept of voice. I Säljö, R. (1991). *Institutioners makt över språk och omvärldsuppfattning*. SPOV 11, 18-25.

Cederquist, J., & Hjortendal Hellman, E. (2005). *Iakttagelser över landsting*. DS 2005:7. Finansdepartementet, Stockholm.

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (2004). Self-reported use of shared decision-making among breast cancer specialists and perceived barriers and facilitators to implementing this approach. *Health Expectations*, 7, 338–348.

- Clayman, M.L., Roter, D., Wissow, L.S., & Bandeen-Roche, K. (2005). Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision – making activity in geriatric prime care visits. *Social, Science & Medicine*, 60(7), 1583-91.
- Clark, J.P., Hudak, P.L., Hawker, G.A., Coyte, P.C., Mahomed, N.N., Kreder, H.J., & Wright, J.G. (2004). The Moving Target: A Qualitative Study of Elderly Patients' Decision-Making Regarding Total Joint Replacement Surgery. *Journal of Bone Joint Surgery America*, 86, 1366-1374.
- Coe, R.M., & Miller, D.K. (2000). Communication between the hospitalized older patient and physician. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16(1), 109-18.
- Cole, M. (1996). *Cultural psychology. A once and future discipline*. Cambridge, MA: The Belknap press.
- Cox, K. (1999). *Doctor & patient. Exploring clinical thinking*. University of New South Wales Press Ltd. University of New South Wales, Sydney. Australia.
- Croona, G. (2003). *Etik och utmaning - om lärandet av bemötandet i professionsutbildning*. Växjö: Växjö University Press.
- Daghio, M.M., Ciardullo, A.V., Cadioli, T., Delvecchio, C., Menna, A., Voci, C., Guidetti, P., Magrini, N., & Liberati, A. (2003). GPs' satisfaction with the doctor-patient encounter: findings from a community-based survey. *Family Practice*, 20(3), 283-288.
- Dahlgren, G. (1994). *Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare*. Stockholm. Natur och Kultur i samarbete med Institutionen för Framtidsstudier.
- David, C., Dugdale, D. C., Epstein, R., & Pantilat, S.Z. (1999). Time and the Patient – Physician Relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 14(1), 34-40.
- Davis, L.A. (2005). A phenomenological study of patient expectations concerning nursing care. *Holistic Nursing Practice*, 19(3), 126-133.

Delvaux, N., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S., Boniver, J., Etienne, A.M., Fontaine, O., Janne, P., Klastersky, J., Melot, C., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2005). Physicians' Communication with a Cancer Patient and a Relative: A Randomized Study Assessing the Efficacy of Consolidation Workshops. *American Cancer Society*, 103(11), 2397-2411.

Dent, M. (1993). Professionalism, educated labour and the state: hospital medicine and the new managerial. *Social Review*, 2, 244-273.

Douglas, M. (1986). How institutions think. New York: Syracuse University press. I Säljö, R. (1991). *Institutioners makt över språk och omvärldsuppfattning*. SPOV 11, 18-25.

Edwards, D. (1997). *Discourse and cognition*. London, Thousands Oaks, New Delhi: Sage Publications.

Eldh, A.C. (2006). *Patient participation – what it is and what is not*. Örebro studies in Caring Sciences II. Örebro: Örebro University.

Eldh, A.C., Ehnfors, I., & Ekman, M. (2006). Conditions for patient participation and non – participation in health care. *Nursing Ethics*, 13(5), 503-14.

Eldh, A.C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse – led outpatient clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 45-53.

Eldh, A.C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2008). Considering patient non – participation in health care. *Health Expectations*, 11(3), 263-271.

d'Elia, G. (1999). Att känna att doktorn verkligen lyssnar. Medicin och samhälle. *Läkartidningen*, 95(3), 203-206.

Eliasson, G., & Werkö, L. (2005). Dags för läkarkåren att ta ansvar för sin professionella utveckling. Medicin och samhälle. *Läkartidningen*, 102(7), 490-493.

Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: the patient's first encounter with prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 16(3), 185-92.

Epstein, R.M., Morse, D.S., Frankel, R.M., Frarey, L., Anderson, K., & Beckman, H.B. (1998). Awkward moments in patient – physician communication about HIV risk. *Annals of Internal Medicine*, 128(6), 435-442.

Eriksson, K. (2003). Trygga och otrygga möten. Vardagsetik och bemötande i arbete med människor. I J. Carlander K. Eriksson A-S. Hansson-Pourtaheri & B. Wikander (red.), *Trygga och otrygga möten. Vardagsetik och bemötande i arbete med människor*. Stockholm: Gothia.

European Observatory on Demography and the Social Situation - Demography Network (2008). *Demographic trends, socio-economic impacts and policy implications in the European Union - 2007*; Monitoring report. Brussels: European Commission.

Exley, C., Field, D., Jones, L., & Stokes, T. (2005). Palliative care in the community for cancer and end-stage cardiorespiratory disease: the views of patients, lay-carers and health care professional. *Palliative Medicine*, 19, 76-83.

Faller, H. (2003). Shared decision making: an approach to strengthening patient participation in rehabilitation. *Rehabilitation*, 42(3), 129–135.

Fiske, J. (1990). *Introduction to communication Studies*. (2nd ed.). London: Routledge.

Ford, S., Schofield, T., & Hope, T. (2003). Are patients' decision – making preferences being met?. *Health Expectations*, 6, 72–80.

Fortinsky, R.H. (2001). Health care triads and dementia care: integrative framework and future directions. *Aging & Mental Health*, 5(2), 35-48.

Foss, C., & Hofoss, D. (2004). Patients' voices on satisfaction: unheeded women and maltreated men?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 273-280.

Fromme, E., & Billings, J.A. (2003). Care of the dying doctor: on the other end of the stethoscope. *Journal of American Medical Association*, 290(15), 2048-2055.

Fuller, R. (2004). Managing health risks: junior doctors' views of risk and decision making. *Journal of Health Organ Management*, 18, 155–178.

Gallagher, A., & Seedhouse, D. (2002). Dignity in care: the views of patients and relatives. *Nursing Times*, 98(43), 38-40.

Garner, U., & Thorslund, M. (2001). Helhetssyn behövs i vården av multiviktande äldre. Förslag till förändring av vård- och omsorgsstrukturen i Stockholms län. *Läkartidningen*, 98(21), 2596- 2602.

Gilmour, J.A. (2002). Dis/integrated care: family caregivers and in-hospital respite care. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 546-553.

Given, B., Sherwood, P.R., & Given, C.W. (2008). What knowledge and skills do caregivers need?. *American Journal of Nursing*, 108(9), 28-34.

Glasser, M., & Miller, B. (1998). Caregiver and physician perspectives of medical encounters involving dementia patients. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 13(2), 70-80.

Glasser, M., Prohaska, T., & Gravdal, J. (2001). Elderly Patients and their Accompanying Caregivers on Medical Visits. *Research on Aging*, 23(3), 326-348.

Glebocka, A., & Lisowska, E. (2007). Professional burnout and stress among Polish physicians explained by Hobfoll resources theory. *Journal of Physiology Pharmacology*, 5(1), 243-252.

Godolphin, W., Towle, A., & McKendry, R. (2001). Evaluation of the quality of patient information to support informed shared decision – making. *Health Expectations*, 4, 235–242.

Gordon, M. (2002). Ethical challenges in end-of-life therapies in the elderly. *Drugs Aging*, 19(5), 321-329.

Greene, M.G., Adelman, R.D., Friedmann, E., & Sharon, R. (1994). Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Social, Science & Medicine*, 38(9), 1279-88.

Greene, M.G., Majerovitz, S.D., Adelman, R.D., & Rizzo, C. (1994). The effects of the presence of a third person on the physician – older patient medical interview. *Journal of American Geriatrics Society*, 42(4), 413-419.

Grewin, B. (2004). *Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur*. Solna: Sveriges Läkarförbund.

Gustafsson, R.Å. (1987). *Traditionernas ok. Den svenska sjukvårdens organisering i historiesociologiskt perspektiv*. (Akad. avh.). Stockholm universitet. Stockholm: Esselte studium.

Habermas, J. (1990). *Kommunikativt handlande: texter om språk, rationalitet och samhälle*. Göteborg: Daidalos.

Hall, S. (2001). *Det offentliga mötet: om etik, tilltro och bemötande på försäkringskassan*. 2001:65, Lund: Bokbox.

Hall, J.A., Roter D.L., Milburn, M.A., & Daltroy, L.H. (1996). Patients' Health as a Predictor of Physician and Patient Behavior in Medical Visits: A Synthesis of Four Studies. *Medical Care*, 34(12), 1205-1218.

Hallowell, N. (2008). Encounters with medical professionals: a crisis of trust or matter of respect?. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(4), 427-437.

Hammarström, G. (2007). "Jag vet inte vad som händer!" *Multisjuka och multiviktande äldres erfarenheter av hälso- och sjukvård i Uppsala*. FoU rapport 3/2007. Sociologiska institutionen. Uppsala universitet.

Hedberg, B. (2005). *Decision Making and Communication in Nursing Practice. Aspects of Nursing Competence*. (Akad. avh.). Göteborg: ACTA universitatis Gothoburgensis. Göteborg studies in educational sciences 235.

Hertzberg, A., & Ekman, S.L. (2008). "We not them and us?" Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 614-622.

Hertzberg, A., Ekman, S.L., & Axelsson, K. (2003). 'Relatives are a resource, but...': registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 431-441.

Hesslefors Arktoft, E. (1996). *I ord och handling. Innebörder av "att anknyta till elevens erfarenheter", uttryckta av lärare*. (Akad. avh.). Göteborg: ACTA Universitatis Gothoburgensis. Göteborgs Studies in educational sciences 110.

Heyland, D.K., Dodek, P., Rocker, G., Groll, D., Gafni, A., Picorra, D., Shortt, S., Tranmer, J., Lazar, N., Kutsogiannis, J., & Lam, M. (2006). What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *Canadian Medical Association Journal*, 174, online 1-9.

Ho, A. (2008). Relational autonomy or undue pressure? Family's role in medical decision-making. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 128-135.

Holm, U. (2007). *Det räcker inte att vara snäll*. Stockholm: Natur och Kultur.

Holmes-Rovner, M., Valade, D., Orlonski, C., Draus, C., Nabozny-Valerio, B., & Keiser, S. (2000). Implementing shared decision – making in routine practice: barriers and opportunities. *Health Expectations*, 3, 182-191.

van den Hombergh, P., Kunzi, B., Elwyn, G., Van Doremalen, J., Akkermans, R., Grol, R., & Wensing, M. (2009). High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 9(118).

Jakobsson, E., Bergh, I., & Öhlén, J. (2007). The turning point: identifying end-of-life care in everyday health care practice. *Contemporary Nurse*, 27(1), 107-118.

Jangland, E., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2008). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient, Education and Counseling*, Nov 25. [Epub ahead of print].

Jefford, M., Gibbs, A., & Reading, D. (2005). Development and evaluation of an information booklet/decision – making guide for patients with colorectal cancer considering therapy in addition to surgery. *European Journal of Cancer Care*, 14, 16–27.

Jensen, G.M., Lorish, C., & Shepard, K.F. (1997). Understanding patient receptivity to change: teaching for treatment adherence. I K.F. Shepard & G.M. Jensen (red.), *Handbook of Teaching for Physical Therapists*. Boston, M.A.: Butterworth Heinemann, (pp. 241-269).

Johanson, M. (1994). *Communicating about Health in Health Care. Perspectives on life style and post - operative complications*. (Akad. avh.). Linköping: Linköping Studies in Arts and Science. Linköpings universitet.

Johanson, M., & Sätterlund Larsson, U. (1999). "Vi tjejer förstår varandra väldigt bra gentemot utomstående – egentligen". Beträktelser av ett verksamhetsprojekt för unga kvinnor med ätstörningar. I U. Sätterlund Larsson & K. Bergqvist (red.), *Möten – en vänbok till Roger Säljö*. Linköping: Linköpings universitet. Tema Kommunikation.

Johanson, M., Sätterlund Larsson, U., Säljö, R., & Svärdsudd, K. (1998). Life-style discussion in the provision of health care. An empirical study of patient – physician interaction. *Social, Science & Medicine*, 1(47), 103-112.

Johnsson, L-Å. (2002). *Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvården*. (2:a upplagan). Stockholm: Thomson Fakta Sweden.

Jonsson, A. (1999). I J-O Ottosson (red.), *Patient – läkarrelation: läkekonst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SCB). SBU:s publikationsserie: 144.

Junefelt, K. (2001). Sociocultural Theory and Methods – from the Standpoint of a Linguist. I U. Sätterlund Larsson (red.), *Socio - cultural Theory and Methods An Anthology*. Vänersborg: Vänersborg University College of Health Sciences.

Karlsson, K. (2001). *Ny handlingsplan för framtidens äldreomsorg – Nulägesbeskrivning*. Rapport, 2001-03-07. Göteborg: Koncernledningsstaben, Göteborgs stadskansli.

Keeler, E.B., Solomon, D.H., Beck, J.C., Mendenhall, R.C., & Kane, R.L. (1982). Effect of patient age on duration of medical encounters with physicians. *Medical Care*, 20(11), 1101-1108.

Kim, S., Healey, M.K., Goldstein, D., Hasher, L., & Wiprzycka, U.J. (2008). Age differences in choice satisfaction: a positivity effect in decision making. *Psychology and Aging*, 23(1), 33-38.

Klein, G. (1996). An overview of naturalistic decision making applications. I C.E. Zsombok & G. Klein (red.), *Naturalistic Decision Making*. Mahwah New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, (pp. 49-59).

Knox, S.A., & Britt, H. (2002). A comparison of general practice encounters with patients from English-speaking and non-English-speaking backgrounds. *The Medical Journal of Australia*, 177(2), 98-101.

Kraetschmer, N., Sharpe, N., Urowitz, S., & Deber, R.B. (2004). How does trust effect patient preferences for participation in decision-making? *Health Expectations*, 7(4), 317-326.

Labrecque, M.S., Blanchard, C.G., Ruckdeschel, J.C., & Blanchard, E.B. (1991). The impact of family presence on the physician – cancer patient interaction. *Social, Science & Medicine*, 33(11), 1253-1261.

Lane, P., McKenna, H., Ryan, A., & Fleming, P. (2003). The experience of the family caregivers' role: a qualitative study. *Research Theory for Nursing Practice*, 17(2), 137-151.

Leard, L.E., Savides, T.J., & Ganiats, T.G. (1997). Patient Preferences for Colorectal Cancer Screening. *Journal of Family Practice*, 45, 211-218.

Lenneer-Axelsson, B., & Thylefors, I. (1989). *Arbetsgruppens psykologi. Om den psykosociala arbetsmiljön – gruppdynamik, relationer, arbetsroller, kommunikation, ledarskap, olikheter i personlighetsdrag och arbetssätt.* Stockholm: Natur och Kultur.

Levenstein, J.H., McCracken, E.C., McWhinney, I.R., Stewart, M.A., & Brown, J.B. (1986). The patient-centred clinical method. A model for the doctor - patient interaction in family medicine. *Family Practice*, 3(1), 24-30.

Levine, C. (2004). The good doctor: the carer's perspective. *Clinical Medicine*, 4(3), 244-245.

Levine, C., & Zuckerman, C. (1999). The trouble with families: toward an ethic of accommodation. *Annals of Internal Medicine*, 130(2), 148-152.

Li, H. (2005). Hospitalized elders and family caregivers: a topology of family worry. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 3-8.

Libert, Y., Merckaert, I., Reynaert, C., Delvaux, N., Marchal, S., Etienne, A-M., Boniver, J., Klastersky, J., Scalliet, P., Slachmuylder, J-L., & Razavi, D. (2006). Does psychological characteristic influence physicians' communication styles? Impact of physicians' locus of control on interviews with cancer patient and relative. *Supportive Care in Cancer*, 14(3), 230-244.

Lindström-Myrgård, K. (1990). *Vi är våra möjligheter!. Synsätt och inspirationskällor i FRAMSIKTS-programmet*. Stockholm: Kylén Förlag.

Linell, P. (1990). De institutionella samtalens elementära former: om möten mellan professionella och lekmän. *Forskning om utbildning*, 4(17), 18-35.

Linell, P. (1999). Är kommunikationsvetenskapen ett ämne?. I U. Sätterlund Larsson & K. Bergqvist (red.), *Möten – en vänbok till Roger Säljö*. Linköping: Linköpings universitet, Tema Kommunikation.

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., & Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal*, 322(7284), 468-472.

Locke, A. (2008). Developmental coaching: bridge to organizational success. *Create Nursing*, 14(3), 102-110.

Luck, P. (2006). Does the presence of psychological distress in patients influence their choice of sitting position in face-to-face consultation with the GP?. *Laterality*, 11(1), 90-100.

Lukoschek, P., Fazzari, M., & Marantz, P. (2003). Patient and physician factors predict patients' comprehension of health information. *Patient, Education and Counseling*, 50(2), 201-210.

Maly, R.C., Umezawa, Y., Leake, B., & Silliman, A. (2004). Determinants of participation in treatment decision – making by older breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment*, 3, 1–9.

Mauksch, L.B., Dugdale, D.C., Dodson, S., & Epstein, R. (2008). Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 168(13), 1387-1395.

McGuire, A.L., McCullough, B., Weller, S.C., & Whitney, S.N. (2005). Missed expectations? Physicians' views of patients' participation in medical decision – making. *Medical Care*, 43, 466-470.

McIntyre, M. (2003). Dignity in dementia: Person – centered care in community. *Journal of Aging Studies*, 17, 473-484.

McKinlay, J.B., Lin, T., Freund, K., & Moskowitz, M. (2002). The unexpected influence of physician attributes on clinical decisions: results of an experiment. *Journal of Health Social Behavioural*, 43, 92–106.

Mercer, S.W., Neumann, M., Wirtz, M., Fitzpatrick, B., & Vojt, G. (2008). General practitioner empathy, patient enablement, and patient – reported outcomes in primary care in an area of high socio – economic deprivation in Scotland – A pilot prospective study using structural equation modelling. *Patient, Education and Counseling*, Aug. 25 [Epub].

Medicinska Forsknings Rådet (MFR). (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningspolicy och organisation i Sverige.* (Rapport nr 2). Stockholm: Medicinska Forskningsrådet.

Mishler, E.G. (1984). *Discourse of Medicine: Dialectics of medical interviews.* Norwood, NJ.: Ablex.

Mishler, E.G. (1986). *Research interviewing. Context and Narrative.* Cambridge, Ma.: Harvard University Press.

Morén, S. (1996). *Att utvärdera socialt arbete.* Stockholm: Publica.

Mossberg-Sand, A-B. (2000). *Ansvar, kärlek och försörjning. Om anställda anhörigvårdare i Sverige.* (Akad. avh.), Göteborg: Göteborgs universitet, Sociologiska institutionen.

Müller-Engelmann, M., Krones, T., Keller, H., & Donner-Banzhoff, N. (2008). Decision making preferences in the medical encounter – a factorial survey design. *BMC Health Services Research*, 17(8), 260.

Mylopoulos, M., & Scardamalia, M. (2008). Doctors' perspectives on their innovations in daily practice: implications for knowledge building in health care. *Medical Education*, 42(10), 975-981.

Mäkitalo, Å.R.S. (2002). Talk in institutional context and institutional context in talk: categories as situated practices. *Text*, 22(1), 57-82.

Naik, A.D., Schulman-Green, D., McCorkle, R., Bradley, E.H., & Bogardus, S.T. Jr. (2005). Will older persons and their clinicians use a shared decision-making instrument?. *Journal of General Internal Medicine*, 20(7), 640-643.

Nationalencyklopedins ordbok (2003). Hämtad 2003-06-14 från http://80www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=163688

Nilsson, V. (1999). *Empati och distans. En studie av överläkares förhållande till ekonomistyrning*. (Akad. avh.). Göteborg: Göteborgs universitet. Förvaltningshögskolan.

Nilsson, K. (Red). (2005). *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, K., Hertting, A., Petterson, I-L., & Theorell, T. (2005). Pride and confidence at work: potential predictor of occupational health in a hospital setting. *BMC Public Health*, 5, 92.

Nordberg, G. (2007). *Formal and Informal Care in an Urban and a Rural Elderly Population. Who? When? What?*. (Akad. avh.). Stockholm: Aging Research Centre (ARC), Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet.

Nordenfelt, L. (2003). Dignity and the care of the elderly. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6(2), 103-110.

Normann, R. (2001). *När kartan förändrar affärslandskapet*. Malmö: Liber.

Ogden, J., Bavalia, K., Bull, M., Frankum, S., Goldie, C., Glassau, M., Jones, A., Kumar, S., & Vasant, K. (2004). "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. *Family Practice*, 21(5), 479-483.

Olden, K.W., & Brown, A.R. (2006). Treatment of severe refractory irritable bowel patient. *Current Treatment Options Gastroenterology*, 9(4), 324-330.

Olin Lauritzen, S. (2000). Vardagliga föreställningar om hälsa och sjukdom. I R. Qvarsell & U. Torell (red.), *Humanistisk hälsoforskning. En forskningsöversikt*. Linköping: Linköpings universitet, Tema Hälsa och samhälle, 30.

Olsson, L-E., Svedberg, L., & Jeppsson Grassman, E. (2005). *Medborgarnas insatser och engagemang i civilsamhället - några grundläggande uppgifter från en ny befolkningsstudie*. Regeringsuppdrag. Sköndalsinstitutet, Ersta: Sköndal högskola.

Orasanu, J., & Connolly, T. (1995). The reinvention of Decision Making. I G. Klein, J. Orasanu, R. Calderwood & C.E. Zsombok (red.), *Decision Making in Action: Models and Methods*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Cooperation, (pp. 4-20).

Ory, M.G., Peck, B.M., Browning, C., & Forjuoh, S.N. (2007). Lifestyle discussions during doctor-older patient interactions: the role of time in the medical encounter. *Medical Gerontology Medicine*, 9(4), 48.

Ory, M.G., Yuma, P.J., Wade, A., Kaunas, C., & Bramson, R. (2008). Physician Discussion About Social Activities in Primary Care Encounters With Older Adults. *Southern Medical Journal*, 101(7), 718-729.

Ottosson, J-O. (1999) (red.), *Patient – läkarrelationen: läkekonst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SCB). SBU:s publikationsserie: 144.

Pager, C.K. (2004). Expectations and outcomes in cataract surgery: a prospective test of 2 models of satisfaction. *Archives of Ophthalmology*, 122(12), 1788-1792.

Palmberg, M. (2003). *Kunskapsunderlag om ledarskap i Hälso- och sjukvården. Inom ramen för utredningen om skolans ledningsstruktur*. U2003:3. I SOU 2004:116. Stockholm: Socialdepartementet.

Paul, F., Hendry, C., & Cabrelli, L. (2004). Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 396-405.

Pelkonen, R. (2006). *Patienten och läkaren i Medicinsk etik*. (6:e upplagan), Helsingfors: Finlands läkarförbund.

Perreault, M., Paquin, G., Kennedy, S., Desmarais, J., & Tardif, H. (1999). Patients' perspective on their relatives' involvement in treatment during a short-term psychiatric hospitalization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(3), 157-165.

Petek Ster, M., Svab, I., & Zivcec Kalan, G. (2008). Factors related to consultation time: experience in Slovenia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(1), 29-34.

Pichert, J.W., Miller, C.S., Hollo, A.H., Gauld-Jaeger, J., Federspiel, C.F., & Hickson, G.B. (1998). What health professionals can do to identify and resolve patient dissatisfaction. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24(6), 303-312.

- Pilhammar Andersson, E. (1996). *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet. En jakt efter ledtrådar*. Lund: Studentlitteratur.
- Pilhammar Andersson, E. (2007). Centrala begrepp av betydelse för patientundervisningen. I B. Engström (red.), *Patientundervisning och patienters lärande*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Pingel, B., & Robertsson, H. (1998). *Yrkesidentitet i sjukvård – position, person och kön*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet. Arbete och hälsa, vetenskaplig skriftserie, 1998:13.
- Pinguart, M., & Duberstein, P.R. (2004). Information needs and decision making processes in older cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Haematology*, 51(1), 69-80.
- Prohaska, T.R., & Glasser, M.G. (1996). Patients' views of family involvement in medical care decisions and encounters. *Research on Aging*, 18(1), 52.
- Quinn, K., Hudson, P., Ashby, M., & Thomas, K. (2008). "Palliative care: the essentials": evaluation of multidisciplinary program. *Journal of Palliative Medicine*, 11(8), 1122-1129.
- Rabow, M.W., Dibble, S.L., Pantilat, S.Z., & McPhee, S.J. (2004). The Comprehensive Care Team. A Controlled Trial of Outpatient Palliative Medicine Consultations. *Archives of Internal Medicine*, 164, 83-91.
- Radecki, S.E., Kane, R.L., Solomon, D.H., Mendenhall, R.C., & Beck, J.C. (1988). Do physicians spend less time with older patients?. *Journal of American Geriatric Society*, 36(8), 713-718.
- Reed, A.E., Mikels, J.A., & Simon, K.I. (2008). Older adults prefer less choice than young adults. *Psychology and Aging*, 23(3), 671-675.
- Rees, C., Sheard, C., & McPherson, A. (2004). Medical student's view and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient, Education and Counseling*, 54(1), 119-121.
- Regeringens proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Regeringen.
- Roberts, V., & Perryman, M.M. (2007). Creating a culture for health care quality and safety. *The Health Care Manager*, 26(2), 155-158.

Rodriguez-Osorio, C.A., & Dominguez-Cherit, G. (2008). Medical decision making: paternalism versus patient – centred (autonomous) care. *Current Opinion in Critical Care*, 14(6), 708-713.

Rogers, A., Karlsen, S., & Addington-Hall, J. (2008). All the services were excellent. It is when the human element comes in that things go wrong': dissatisfaction with hospital care in the last year of life. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 768-774.

Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking*. NY: Oxford University Press.

Rommetveit, R. (1974). *On message structure*. London: John Wiley and Sons.

Rosenberg, E., Kirmayer L.J., Xenocostas, S., Dao, M.D., & Loignon, C. (2007). GPs' strategies in intercultural clinical encounters. *Family Practice*, 24(2), 145-151.

Rosenberg, E., Seller, R., & Leanza, Y. (2008). Through interpreters' eyes: comparing roles of professionals and family interpreters. *Patient, Educational and Counseling*, 70(1), 87-93.

Rudebeck, C.E. (1992). General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentation, and bodily empathy. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Suppl. 1, 1.

Ruiz-Moral, R., Perez Rodriguez, E., Perula de Torres, L.A., & de la Torre, J. (2006). Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient, Educational and Counseling*, 64(1-3), 242-248.

Sachs, L., & Evengård, B. (2000). Speciell patient – läkarrelation vid kroniskt trötthetssyndrom. Antropolog och läkare söker ny kontaktmodell. *Läkartidningen*, 97(3), 176-181.

Salkeld, G., Solomon, M., Short, L., & Butow, P.N. (2003). A matter of trust – patient's views on decision – making in colorectal cancer. *Health Expectations*, 7, 104–114.

Saltman, R.B., Figueras, J., & Sakellarides, C. (1998). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

- Sandén, I., Linell, P., Starkhammar, H., & Sätterlund Larsson, U. (2001). Routinization and sensitivity: interaction in oncological follow – up consultations. *Health, 5*(2), 139-163.
- Sator, M., Gstettner, A., & Hladschil-Kermer, B. (2008). Doctor-patient-communication in an oncological outpatient department. A linguistic study of communication problems. *Wiener Klinische Wochenschrift, 120*(5-6), 158-170.
- Say, R., Murtagh, M., & Thomson, R. (2006). Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient Education and Counseling, 60*(2), 102-114.
- Sayers, G.M., & Bethell, H.W.L. (2004). Pacing extremely old patients: who decides – the doctor, the patient, or the relatives? *Heart Journal, 90*, 134–135.
- Schein, E.H. (1985/1992). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass publishers.
- Schilling, L.M., Scatena, L., Steiner, J.F., Albertson, G.A., Lin, C.T., Cyran, L., Ware, L., & Anderson, R.J. (2002). The third person in the room: frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. *Journal of Family Practice, 51*(8), 685-690.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C., & Bindman, A.B. (2003). Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine, 163*(1), 83-90.
- Schmid Mast, M. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician – patient interaction. *Patient, Education and Counseling, 67*(3), 315-318.
- Schweitzer, S., van Oorschot, B., Kohler, N., Leppert, K., Steinbach, K., Hausmann, C., & Anselm, R. (2005). The patient and his family. *Psychotherapy Psychosomatic Medicine Psychology, 55*(6), 298–304.
- Scotti, D.J., & Stinerock, R.N. (2003). Cognitive predictors of satisfaction with hospital inpatient service encounter among the elderly: a matter of trust. *Journal of Hospital Mark Public Relations, 14*(2), 3-22.

Sebrant, U. (2000). *Organiserande och identitet. Om arbetsorganisation i geriatrisk sjukvård.* (Akad. avh.). Stockholm: Stockholms universitet. Pedagogiska institutionen.

Selander, S. (1991). Om kommunikation i vården och medicinsk information. *SPOV*, 11, 3-10.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*. Hämtad: 2006-05-17 från [www:http://www.notisum.se/](http://www.notisum.se/)

SFS 1982:763. *Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*. (ändrad SFS 2006:192). Hämtad: 2006-05-17 från [www:http://www.notisum.se/](http://www.notisum.se/)

SFS 1982:763. *Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*. (ändrad SFS 2007:403). Hämtad: 2008-06-22 från [www:http://www.notisum.se/](http://www.notisum.se/)

SFS 1982:763. *Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*. (ändrad SFS 2009:430). Hämtad: 2009-08-31 från [www:http://www.notisum.se/](http://www.notisum.se/)

SFS 1998:531. *Lagen om yrkesverksamhet på Hälso- och sjukvårdens område (LYHS)*. Hämtad: 2008-06-22 från [www:http://www.notisum.se/](http://www.notisum.se/)

Shepherd, H.L., Tattersall, M.H., & Butow, P.N. (2008). Physician – identified factors affecting patient participation in reaching treatment decisions. *Journal of Clinical Oncology*, 26(10), 1724-1731.

Shields, C.G., Epstein, R.M., Fiscella, K., Franks, P., McCann, R., McCormick, K., & Mallinger, J.B. (2005). Influence of accompanied encounters on patient – centeredness with older patients. *Journal of American Board Family Practice*, 18, 344–354.

Silliman, R.A. (2000). Caregiving issues in geriatric medical encounter. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16(1), 51-60.

Silverman, D. (2001). *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction.* (2nd ed). London: SAGE Publications. Thousands Oaks.

Silverman, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data. Method for Analyzing Talk, Text and Interaction.* (3rd ed). London: SAGE Publications. Thousands Oaks.

Siminoff, L.A., Ravdin, P., Colabianchi, N., & Saunders Sturm, C.M. (2000). Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health Expectations*, 3(1), 26-36.

Sjödin, C. (2005). Framtidens läkarroll kräver personligt engagemang. *Läkartidningen*, 35(102), 2402-2403.

Skyvell Nilsson, M., Knutsson, A., Samuelsson, B., Lönnroth, P., & Pilhammar Andersson, E. (2006). *Läkares erfarenhetsbaserade kunskap. Delrapport 1: Erfarenhetens professionella uttryck*. Göteborg: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Sleath, B., Callahan, L., DeVellis, R.F., & Sloane, M.D. (2005). Patients' perceptions of primary care physicians' participatory decision – making style and communication about complementary and alternative medicine for arthritis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11, 449–453.

Socialdepartementet (2008:18). *Stöd till anhöriga som vårdare och stödjer närstående*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (1996:2). *Ädelreformen*. Slutrapport. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2000a). *Vårdens värde. Hälso- och sjukvård och socialtjänst för män och kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2000b). *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2000*. Hämtad: 2002-04-11 från http://www.sos.se/FULLTEXT/0046-001/S88_134.PDF.

Socialstyrelsen (2003a). *Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande*. Läget efter lagändringarna 1 januari 1999. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2003b). *Kommunikationen mellan patient och läkare vid svåra beslut. Analys av ett antal fallstudier om förnyad medicinsk bedömning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2004). *Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapport 2004. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005). *Anhörigas röster. Om att se, förstå och stödja anhöriga till äldre*. Lägesbeskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2006a). *Kommunernas anhörigstöd - utvecklingsläget 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2006b). *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2007). *Närstående till äldre. Deras behov och användning av stöd*. Linköpings universitet. Publicerad www.socialstyrelsen.se maj 2007. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2008). *Din trygghet och säkerhet som patient*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sorell, J.M. (2007). Caring for the caregivers. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services*, 45(11), 17-20.

SOU 1996:133. *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 1997:51. *Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 1997:154. *Patienten har rätt. Delbetänkande av HSU 2000*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 1997:170. *Bemötande av äldre*. Stockholm: Fritzes.

Steen, B. (2001). *Äldre i går, idag och i morgon. Aspekter på kohortskillnader och prevention av åldrandets manifestationer*. *Läkartidningen*, 98, 545-550.

Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C., McNeilly, M., Grambow, S., Parker, J., & Tulsky, J.A. (2001). Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *Journal of Pain Symptom Management*, 22(3), 727-737.

Stolt, C-M. (1998). Mötet patient – läkare kan vara livsavgörande. *Läkartidningen*, 95(37), 3904-3908.

Sundström, G., Johansson, L., & Hassing, L.B. (2002). The shifting balance of long – term care in Sweden. *Gerontologist*, 42(3), 350-355.

Svenska Akademiens Ordbok hemsida, Hämtad: <http://www.saob.se> 2009-02-06.

- Svenska Kommunförbundet (2000a). *Kommunala framtider – en långtidsutredning om behov och resurser till år 2050*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svenska Kommunförbundet (2000b). *Aktuellt om Äldreomsorgen*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svensson, L-G. (1990). Kommunikationer i professioner. Forskning om utbildning. *Tidskrift för analys och debatt*, 4, 36-56.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2007). *Patienter i slutet vård 2006*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Säljö, R. (1991). Institutionernas makt över språk och omvärldsuppfattning. *SPOV*, 11, 18-25.
- Säljö, R. (1992). *Kunskap genom samtal*. Didaktisk tidskrift, 2-3, 16-27.
- Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.
- Sätterlund Larsson, U. (1989). *Being involved. Patient participation in health care*. (Akad. avh.). Linköping: Linköping University: Linköping Studies in Arts and Science, 36.
- Sätterlund Larsson, U. (1991). Patientens delaktighet i vårdbeslut. *SPOV*, 11, 36-43.
- Söderström, M. (1983). *Organisationsteoretiska perspektiv*. Stockholm: Liber Förlag.
- Tang, P.C., Newcomb, C., Gorden, S., & Kreider, N. (1997). Meeting the information needs of patients: results from a patient focus group. *Proc AMIA Annu Fall Symp*. 672-676.
- Temaserien Vård och omsorg – en framtidsbransch. (2007). *Effektivare vård med patienten i fokus*. Initiativtagare: Nutek och Almega.
- Thornquist, E. (1994). Profession and life: separate worlds. *Social, Science & Medicine*, 39, 701-713.
- Teutsch, C. (2003). Patient – doctor communication. *Medicine Clinical of North America*, 87(5), 1115-1145.

Tracy, M.F., & Skillings, K. (2007). Upholding dignity in hospitalized elders. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(3), 303-312.

Waern, Y. (1999). Ingen regel utan undantag – Debatter kring princip och praktik. I U. Sätterlund Larsson & K. Bergqvist (red.), *Möten – en vänbok till Roger Säljö*. Linköping: Linköpings universitet, Tema Kommunikation.

Waitzkin, H., Britt, T., & Williams, C. (1994). Narratives of Aging and Social Problems in Medical Encounters with Older Persons. *Journal of Health & Social Behaviour*, 35(4), 322-348.

Walker, E., & Dewar, B.J. (2001). How do we facilitate carers' involvement in decision making? *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 329-337.

van Walraven, C., Mamdani, M., Fang, J., & Austin, P.C. (2004). Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge. *Journal of General Internal Medicine*, 19(6), 624-631.

van Walraven, C., Taljaard, M., Bell, C.M., Etchells, E., Zarnke, K.B., Stiell, I.G., & Forster, A.J. (2008). Information exchange among physicians caring for the same patient in the community. *Canadian Medical Association Journal*, 179(10), 1013-1018.

Weick, K.E. (1979). *The Social Psychology of Organizing*. Addison-Wesley, Reading, Mass.

Weitzman, P.F., Chang, G., & Reynoso, H. (2004). Middle-aged and older Latino American women in the patient – doctor interaction. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19(3), 221-239.

Wensing, M., & Grol, R. (1998). What can patients do to improve health care? *Health Expectations*, 1(1), 37-49.

Vetenskapsrådet (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. MFR-rapport. Uppsala: Almqvist & Wiksell.

Wertsch, J. (1998). *Voices of mind*. Cambridge, Ma: Harvard University press.

White, C.L., Korner-Bitensky, N., Rodrigue, N., Rosmus, C., Sourial, R., Lambert, S., & Wood-Dauphinee, S. (2007). Barriers and facilitators to caring for individuals with stroke in the community: the family's experience. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 29(2), 5-12.

Wibeck, V. (2002). *Forskarens syn på samtal med allmänheten forskarens syn på allmänhetens inställning till vetenskap och på möten mellan forskare och lekmän*. Stockholm: Vetenskap & Allmänhet. VA-rapport (Stockholm), (2002:3).

Wilby, M.L. (2005). Cancer patients' descriptions of comforting and discomforting nursing actions. *International Journal for Human Caring*, 9(4), 59-63.

Williams, S.L., Haskard, K.B., & DiMatteo, M.R. (2007). The therapeutic effects of the physician – older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clinical Intervention and Aging*, 2(3), 453-467.

World Health Organization (WHO) (1998). *The World Health Report. Life in the 21st Century: A Vision for All*. WHO, Geneva.

Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. I M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner & E. Souberman (red.), Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Vygotsky, L.S. (1987). *Thought and language*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

Wyndham, J. (1999). Lärarens triangel och elevens trekant. Kommentarer till några matematiska samtal i klassrummet. I U. Sätterlund Larsson & K. Bergqvist (red.), *Möten – en vänbok till Roger Säljö*. Linköping: Linköpings universitet Tema Kommunikation.

Zackari, G., & Modigh, F. (2000). *Värdegrundsboken. Om samtal för demokrati i skolan*. Från Utbildningsdepartementets Värdegrundsprojekt. Stockholm: Regeringskansliet.

Zandbelt, L.C., Smets, E.M., Oort, F.J., & de Haes, H.C. (2005). Coding patient – centred behaviour in the medical encounter. *Social, Science & Medicine*, 61(3), 661-671.

Zandbelt, L.C., Smets, E.M., Oort, F.J., & de Haes, H.C. (2006). Determinants of physicians' patient – centred behaviour in the medical specialist encounter. *Social, Science & Medicine*, 63(4), 899-910.

Referenser

Zandbelt, L.C., Smets, E.M., Oort, F.J., & de Haes, H.C. (2007). Medical specialists' patient – centred communication and patient-reported outcomes. *Medical Care*, 45(4), 330-339.

Öhlén, J., Carling Elofsson, L., Hydén, L-C., & Friberg, F. (2008). Exploration of communicative patterns of consultations in palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 44-52.

Tabellbilaga

Tabell 1. Äldre patienters ålder och kön (n=20).

Ålder	Kvinnor	Män	Totalt
65-69	3	3	6
70-74	0	1	1
75-79	3	2	5
80-84	2	0	2
85-89	2	3	5
90-94	1	0	1
Totalt	11	9	20

Tabell 2. Närståendes ålder och relation till den äldre patienten (n=20).

Ålder	Maka	Make	Dotter	Son	Syster	Totalt
35-39	0	0	0	1	0	1
40-44	0	0	1	1	0	2
45-49	0	0	0	0	0	0
50-54	0	0	0	0	2	2
55-59	0	0	2	0	0	2
60-64	1	0	1	0	0	2
65-69	0	1	0	0	0	1
70-74	2	2	0	0	0	4
75-79	1	0	0	0	0	1
80-84	1	0	0	0	0	1
85-89	4	0	0	0	0	4
Totalt	9	3	4	2	2	20

Tabell 3. Läkarnas ålder och kön (n=18).

Ålder	Kvinnor	Män	Totalt
30-39	2	3	5
40-49	1	3	4
50-59	0	0	0
60-69	1	7	8
70-	0	1	1
Totalt	4	14	18

Tabell 4. Yngre läkarnas tjänstgöringsbefattning (n=9).

Tjänstgöringsbefattning	Kvinnor	Män	Totalt
Biträdande överläkare	1	1	2
Underläkare	1	1	2
Under spec.utb.	1	4	5
Totalt	3	6	9

Av de nio yngre läkarna var fem under ST-utbildning (specialisttjänstgöring). De övriga fyra läkarna hade gått färdigt ST-utbildningen. Av de fyra läkarna som var färdiga med ST-utbildningen, hade två läkare nyligen fått befattning som biträdande överläkare. De övriga två läkarna hade fortsatt befattning som underläkare.

Tabell 5. Äldre läkarnas tjänstgöringsbefattning (n=9).

Tjänstgöringsbefattning	Kvinnor	Män	Totalt
Professor	1	4	5
Docent	0	3	3
Medicine doktor	0	1	1
Totalt	1	8	9

Av de nio äldre läkarna hade fem befattning professor/biträdande professor. Tre av läkarna var docenter och en av läkarna var medicine doktor.

Äldre patient- och närståendeinformation

Syftet med det här projektet är att beskriva äldre patienters och närstående erfarenheter av mötet med läkaren.

Olika uppfattningar kan vara rådande sett till äldre patient, närstående och läkare om erfarenheter om mötet dem emellan då äldre patient befinner sig på sjukhus.

Tjugo äldre patienter och tjugo närstående kommer att intervjuas i hemmet alternativt annan plats. Platsen väljs tillsammans med Dig som ska intervjuas. Intervjun kommer att genomföras av Sandra Pennbrant. Studien avses att göras i Västra Götalandsregionen, i Göteborgs kommunala vård. Äldre patienter och närstående som ska intervjuas får bestämma tid och plats för intervjuens genomförande. Intervjuerna beräknas att ta cirka 1 timma och hela proceduren beräknas att ta cirka 2 timmar av Din tid.

Vid de enskilda intervjuerna kommer ljudbandinspelare att användas. Intervjuerna behandlas konfidentiellt, vilket innebär att Dina svar inte kan igenkännas och på så sätt inte röja Din identitet. Deltagandet är naturligtvis frivilligt. Du kan avbryta deltagandet i studien när Du så önskar utan att det påverkar Din framtida behandling.

Efter att Du fått denna information hemskickad, kommer Sandra Pennbrant att kontakta Dig per telefon. Du kommer att tillsammans med Sandra Pennbrant bestämma en lämplig tid och plats för intervjun.

Har Du frågor som Du vill ha besvarade innan Du bestämmer Dig är Du välkommen att ta kontakt med Sandra Pennbrant tfn. xxx-xxx xx xx

Med Vänliga Hälsningar

Sandra Pennbrant
Doktorand
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet
Institutionen för vårdpedagogik
405 30 Göteborg

Ullabeth Sätterlund Larsson
Professor
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet
Institutionen för vårdpedagogik
405 30 Göteborg

Äldre patienters erfarenheter av mötet med läkare

Syftet är att beskriva äldre patienters erfarenheter av mötet med läkaren

Bakgrundsfrågor:

- Ålder
- Civilstånd
- Närstående
- Boendeform

Huvudfrågor:

- Kan Du kort beskriva varför Du har vistas på sjukhus?
- Kan Du beskriva hur Du upplevde mötet med läkaren när Du skulle hem efter sjukhusvistelsen.
- Vad det så här Du hade tänkt att det skulle gå till? Ville Du något annat, i så fall vad? Berätta.
- När Du åkte hem, var det något som Du tycker kunde ha gjorts annorlunda vad gäller informationen till Dig?
- Hur tycker Du att Du medverkade i mötet med läkaren? Berätta.
- Hur anser Du att läkaren lyssnade på Dig som patient? Berätta.
- Är det något ytterligare som Du vill tillägga?

Följdfrågor:

- Hur menar du då?
- Har jag förstått dig rätt när jag säger...?
- Menar du att...?

Närståendes erfarenheter av mötet med läkare

Syftet är att beskriva närståendes erfarenheter av mötet med läkaren

Bakgrundsfrågor:

- Ålder
- Civilstånd
- Närstående
- Boendeform

Huvudfrågor:

- Kan Du kort beskriva varför Din närstående vistades på sjukhus?
- Kan Du beskriva hur det gick till vid mötet med läkaren i samband med utskrivning från sjukhus till hemmet?
- Kan Du beskriva hur Du upplevde att informationen till Dig som närstående var? Berätta.
- Vad det så här Du hade tänkt att det skulle gå till? Berätta.
- Nu när din närstående har kommit hem från sjukhus, är det något som Du tycker kunde ha gjorts annorlunda vid mötet?
- Hur tycker Du att Du medverkade i mötet med läkaren? Berätta.
- Hur anser Du att läkaren lyssnade på Dig som närstående? Berätta.
- Är det något ytterligare som Du vill tillägga?

Följdfrågor:

- Hur menar du då?
- Har jag förstått dig rätt när jag säger...?
- Menar du att...?

DOKTORSAVHANDLINGAR
FRÅN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA
SAHLGRENSKA AKADEMIN VID GÖTEBORGS UNIVERSITET,
GÖTEBORG

Doktorsavhandlingar

Skärsäter, I. (2002). The importance of social support for men and woman, suffering from major depression – a comparative and explorative study.

Ahlberg, K. (2004). Cancer-Related Fatigue – experience and outcomes.

Drevenhorn, E. (2006). Counselling patients with hypertension at health centres – a nursing perspective.

Olsson, L-E. (2006). Patients with acute hip fractures motivation, effectiveness and costs in two different care systems.

Berg, L. (2006). Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård.

Knutsson, S. (2006). Barns delaktighet genom besök hos närstående som vårdas på en intensivvårdsavdelning.

Jakobsson, E. (2007). End-of-life care in a Swedish county – patterns of demographic and social condition, clinical problems and health care use.

Henoch, I. (2007). Dyspnea Experience and Quality of Life among Persons with Lung Cancer in Palliative Care.

Sahlsten, M. (2007). Ömsesidighet i förhandling – Sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet.

Wikström, A-C. (2007). Knowing in Practice – a Tool in the Production of Intensive Care.

Falk, K. (2007). Fatigue in patients with chronic heart failure – Patient experiences and consequences of fatigue in daily life.

Jansson, U-B. (2007). Urinary bladder function and acquisition of bladder control in healthy children.

Lindström, A-C. (2007). ”Något som inte längre är” – distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral ur ett genusperspektiv.

- Jerlock, M. (2007). Patients with unexplained chest pain - Pain experience, stress, coping and health-related quality of life.
- Melin-Johansson, C. (2007). Patients' quality of life – Living with incurable cancer in palliative home care.
- Hedmalm, A. (2007). Immigrants with heart failure – A descriptive study of symptoms, self care, social support, care and treatment.
- Patel, H. (2008). Patients with worsening Chronic Heart Failure – Symptoms and aspects of Care.
- Larsson, I. (2008). Patient och medaktör – Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras.
- Browall, M. (2008). Experience of adjuvant treatment among postmenopausal women with breast cancer - Health-Related Quality of Life, symptom experience, stressful events and coping strategies.
- Kenne Sarenmalm, E. (2008). When Breast Cancer Returns – Women's Experiences of Health, Illness and Adjustment During the Breast Cancer Trajectory.
- Sparud Lundin, C. (2008). Living with diabetes during transition to adult life – Relationships, support of self-management, diabetes control and diabetes care.
- Wickström Ene, K. (2008). Postoperative pain management – predictors, barriers and outcome.
- Wigert, H. (2008). Föräldrars delaktighet i sitt barns vård vid neonatal intensivvård.
- Westin, L. (2008). Encounters in Nursing Homes – Experiences from Nurses, Residents and Relatives.
- Ringdal, M. (2008). Memories and Health Related Quality of Life – in patients with trauma cared for in the Intensive Care Unit.
- Janson Fagring, A. (2009). Unexplained chest pain in men and women – symptom perception and outcome.
- Hedman Ahlström, B. (2009). Major depression and family life – The family's way of living with a long-term illness.
- Johansson, I. (2009). The health care environment on a locked psychiatric ward and its meaning to patients and staff members.
- Abdalrahim, M. (2009). Postoperative Pain Assessment and Management. The Effects of an Educational Program on Jordanian Nurses' Practice, Knowledge, and Attitudes.

Nolbris, M. (2009). Att vara syskon till ett barn eller ungdom med cancersjukdom – Tankar, behov, problem och stöd.

Alsén, P. (2009). Illness perception and fatigue after myocardial infarction.

Olsson, U. (2009). Återhämtning och upplevd livskvalitet efter övre gastrointestinal kirurgi – ett patientperspektiv.

Bisholt, B. (2009). Nyutexaminerade sjuksköterskors yrkessocialisation – Erfarenheter av ett introduktionsprogram.

Lundblad, B. (2009). Skall jag gå, eller är det bättre att jag väntar? – Förutsättningar för barns toalettbesök i skolan.

Licentiatavhandlingar

Moene, M. (2006). Samtal inför ett kirurgiskt ingrepp.

Lindström, I. (2007). Patienters delaktighet – en studie om vård i livets slutskede.