



SJÄLVSTÄNDIGT ARBETE I AUDIOLOGI, 15 hp

Grundnivå

Titel	
Audionomer om mötet med sorgen - En kvalitativ studie byggd på semistrukturerade intervjuer	
Författare	Handledare
Ingela Pettersson	Kim Kähäri
Madeleine Bergenholtz	
	Examinator
	Lennart Magnusson
Sammanfattning	
<p>Patienter som kommer till hörselverksamheten kan bära på någon form av sorg, vilken inte behöver vara hörselrelaterad. Hur väl förberedda är audionomer inför detta och hur hanterar de ett sådant möte utifrån den kunskap de har?</p> <p>Syfte: Syftet med studien var att ta reda på hur audionomer ute på Hörselverksamheten i Västra Götaland bemöter en patient i sorg samt audionomens egna emotionella upplevelser och reaktioner innan, under och efter besöket.</p> <p>Metod och material: Semistrukturerade intervjuer med fyra audionomer med olika lång arbetserfarenhet genomfördes. Dessa analyserades därefter utifrån återkommande teman, så kallad tematisk analys.</p> <p>Resultat: Trots olika arbetserfarenheter känner sig audionomerna ändå i vissa situationer inte tillräckligt förberedda i att bemöta patienter i sorg. Med tiden har arbetserfarenheten gjort dem mer säkra, men de känner ändå ett behov av mer handledning och information. Samtidigt känner audionomerna att de får tillräckligt med socialt och emotionellt stöd av sina kollegor på sin arbetsplats.</p> <p>Konklusion: Utifrån vad resultatet visar är arbetserfarenhet något som med tiden ökar audionomens trygghet i att möta patienter i sorg, men för audionomerna är detta inte tillräckligt. Det framgår tydligt att önskemål finns kring att vilja ha ytterligare information och kunskap angående detta ämne för att öka tryggheten. I framtiden behövs mer forskning som belyser sorgehantering utifrån audionomens perspektiv.</p>	
Sökord: Audiologi / audiologisk / counselling / förlust / hörselnedsättning / kommunikationsstörning / livskvalitet / patientens sorg / psykosociala emotioner / rehabilitering / sjukvård / sorgeprocessen / sörjande / vårdgivare .	



University of Gothenburg
The Sahlgrenska Academy
Institute of Neuroscience and Physiology
Unit of Audiology

Spring 2016

BACHELOR RESEARCH THESIS IN AUDIOLOGY, 15 ECTS

Basic level

Title	
Audiologists facing the grief - A qualitative study based on semi-structured interviews	
Author/s	Supervisor
Ingela Pettersson	Kim Kähäri
Madeleine Bergenholtz	
	Examiner
	Lennart Magnusson
Abstract Arriving to the audiologist patients occasionally struggle with feelings of grief not always hearing-related. The question is, how well prepared are the audiologists to meet with these patients and how do they handle the situation based on their knowledge? Aim: The purpose of this study was to examine how audiologists in Västra Götaland proceed in a meeting with a patient in grief but also the audiologists own emotional experiences and reactions before, during and after the meeting. Methodology and material: Four audiologists with different work experience took part in semi structured interviews. Later, a thematic analysis was used as method. Results: Despite work experiences, the audiologists are still not always prepared to deal with patients in grief. Work experiences has been given them confidence, however the audiologists still request more guidance and information about this issue. On the other hand, they experience a great deal of social and emotional support from colleagues at work. Conclusions: Based on the results, work experience is of importance and by time the audiologists become more secure in their interaction with the patients. More knowledge and information is yet required to increase confidence. More research from the audiologist point of view is needed in the future.	
Key words: Audiological / audiology / bereavement / care givers / communication disorders / counseling / grieving process / health care / hearing impairment/loss / mourning / patient grief / psychosocial emotions / quality of life / rehabilitation.	

Förord

Stort tack till de audionomer som deltagit i vår intervjustudie och gjort denna studie möjlig.

Vi vill också tacka vår handledare Kim Kähäri för hennes råd och vägledning.

Vi vill tacka varandra för ett gott samarbete!

*Arbetet har fördelats jämt och rättvist då båda varit lika delaktiga i
samtliga moment under arbetets gång.*

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	1
2. Bakgrund.....	1
2.1 Sorgeprocessen	1
2.2 Counselling och empati	3
2.3 Livskvalitet	4
2.4 Vårdgivare	5
2.5 Audionomyrket.....	7
3. Syfte.....	7
4. Frågeställningar	8
5. Material och Metod.....	8
5.1 Urvalet	8
5.2 Etik.....	9
5.3 Utformning av intervju	9
5.4 Intervjuerna.....	9
5.5 Analys	9
6. Resultat.....	10
7. Diskussion.....	13
7.1 Metoddiskussion	13
7.2 Resultatdiskussion	14
7.2.1 Medmänsklighet och empati.....	14
7.2.2 Counselling	15
7.2.3 Tidsramar och gränser.....	15
7.2.4 Audionomens inre konflikter.....	16
7.2.5 Tillvägagångssätt och strategier	18
7.2.6 Stöd på arbetsplatsen.....	19
8. Konklusion	21
Referenser	23
Bilaga 1 - Informationsbrev	26
Bilaga 2 - Intervjufrågor.....	27
Bilaga 3 – Intervjuerna	28

1. Introduktion

Under sin arbetstid möter audionomer patienter med flera olika behov och emotionella reaktioner, så som sorg. Denna sorg behöver inte vara hörselrelaterad utan kan uppkomma av andra orsaker. Ibland kan det vara svårt för audionomen att upptäcka sorgens olika dimensioner och bemöta dessa på rätt sätt. Vi har inte kunnat hitta några tidigare studier som belyser detta ämne utifrån audionomens perspektiv. Som blivande audionomer kan vi själva uppleva en osäkerhet och viss rädsla inför framtida möten med patienter i sorg. Detta för att vi inte upplever att vi fått ta del av audionomens strategier, rutiner och tillvägagångssätt i att hantera och bemöta dessa patienter. Därför vill vi med denna studie undersöka detta område mer djupgående och sträcka oss ut till audionomer på hörselverksamheterna.

2. Bakgrund

2.1 Sorgeprocessen

Sorg kommer som följd av en förlust och är något naturligt och nödvändigt hos människan (Kübler-Ross, 1969). Den kan förekomma hos en person som fått en allvarlig diagnos eller förlorat någon eller något som var av känslomässigt värde. Sorg kan uttryckas som flera olika psykologiska reaktioner. Hur sorg yttrar sig varierar väldigt från individ till individ (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). Synen på sorg har förändrats i takt med samhällets förändring. Tidigare var sorg en naturlig del av livet och som tradition förde man vidare till sina barn hur man sörjer och att det är okej att sörja (Fyhr, 1999). Idag är det något som vi helst inte vill beröra och tar avstånd ifrån (Clute, 2010; Fyhr, 1999; Gordon, 2013). Clute (2010) och Fyhr (1999) tror det beror på bristande utbildning och kunskap som gör att människan känner sig otillräcklig och tror sig inte ha vad som krävs för att bemöta och hantera en person i sorg.

Sorgmodellens moder, Elisabeth Kübler-Ross (1969), delade in begreppet sorg i fem olika stadier i syfte kring förberedelser inför döden. Dock går det att tillämpa denna modell på vilken förlust som helst, bara den är av betydelse för människan (Spiess, McLemore, Zinyemba, Ortiz & Meyr, 2014). I det första stadiet *förnekar* personen det som sker och misstror det professionella utlåtandet. I andra stadiet känner personen känslor av *vrede* och vill ha svar på frågan ”Varför jag?”. I nästa stadie *förhandlar* personen med högre makter för att inte dö och i det fjärde stadiet yttrar sig en *depression* då personen känner sig maktlös därför att det inte finns någon väg tillbaka. I det femte och sista stadiet har personen arbetat

sig igenom fyra stadier och har då kommit till en stilla *acceptans* inför vad som komma skall (Kübler-Ross, 1969).

I en artikel av Spiess, McLemore, Zinyemba, Ortiz & Meyr (2014) omvandlas Kübler-Ross fem sorgstadier för att de ska kunna tillämpas vid en förlust av en kroppsdel. När en patient är i det första stadiet är det viktigt att tala om diagnosen samt behandlingen och få patienten att upprepa denna sanning för att hämma patientens förnekelse. Här förespråkas gruppmöten med anhöriga men också vikten av andra professionella utlåtanden för att underlätta i detta stadie. Vidare skriver författarna liksom Kübler-Ross (1969) att i det andra stadiet är uppmärksamhet, förståelse och extra tolerans mot patientens ilska till hjälp för att lugna personen. Spiess et al. (2014) menar att även om en person inte riktigt vill eller kan inse sanningen och verkligheten måste man som vårdgivare vara bestämd i behandlingen och inte låta den omvandlas till en förhandling. I så fall är risken stor att personen försöker fly från viktiga diskussioner och beslut. Vidare anser Spiess et al. (2014) att om en person är i depression kan möten med andra i samma situation hjälpa personen ur depressionen. Det kan leda till att personen medvetet börjar släppa på kontrollen han eller hon var rädd att förlora och som vårdgivare kan man se till så att depressionen inte övergår till något större och allvarligare tillstånd. Love (2007) kommer i sin studie fram till att dialoger kring individens situation underlättar sorgeprocessen.

Men sorg för inte bara med sig negativa aspekter utan även positiva. I en studie av Gordon (2013) lyfter författaren upp de positiva delarna utifrån en anhörigs analys och reflektion kring vårdgivarens hantering och bemötande i den anhöriges sorgeprocess. Något som de anhöriga ansågs vara positivt var att vårdgivaren i över 90% av fallen lyssnade och respekterade den etnicitet och kultur som de vårdsökande hade. Även vårdgivarna till patienterna som avlidit intervjuades och de säger att de inte är lika rädda inför den slutliga processen i livet nu när de mött en människa i en sådan process. Vårdandet får dem att växa som människor och uppskatta mer det som livet ger.

Enligt Kübler-Ross (1969) är stadierna inte absoluta och i bestämd ordning, utan individen skiftar mellan dem och kan återgå till ett stadie som personen redan varit i beroende på hur sorgeprocessen ter sig. Dock menar hon att när en individ väl har kommit till en *acceptans* kan denne inte längre förneka det som komma skall, känner ingen vrede utan har kommit till en slags *acceptans* kring sitt öde. Kurtzer-White & Luterman (2003) har en annan åsikt då de menar att en sorg inte blir avklarad utan kommer aktiveras när det som utlöst sorgen blir

påtaglig igen. Ta till exempel en hörselnedsättning, individen och anhöriga märker inte av hörselnedsättningens effekt förrän det blir kommunikationssvårigheter. De menar också att om en människa är arg under en sorgprocess kan det betyda att personen är rädd men reagerar med ilska. Någoting har ändrats utifrån vad de tänkte sig att livet skulle se ut, livet har tagit en oväntad vändning. Dyker det då upp en räddning som gör att allt blir tillsynes ”normalt” kan individen, utan att bearbeta sorgen, lägga sina känslor åt sidan (Kurtzer-White & Luterman, 2003). Om hinder skulle tillkomma, som gör det som orsakade sorgen påtaglig, kan man säga att de inte har accepterat sitt öde utan bara trängt undan verkligheten och sina känslor. Detta menar Kurtzer-White & Luterman (2003) är till följd av en misslyckad counselling.

2.2 Counselling och empati

Målet för counselling är att hjälpa den sörjande att känna igen symptom och karaktär på sorg. Vidare att hjälpa den sörjande att utforma strategier för att hantera känslorna och komma fram till copingstrategier samt att söka professionell counselling vid behov (Friehe, Bloedow & Hesse, 2003). Varje sörjande individ behöver bemötas med omsorg och respekt. Vårdgivaren bör inta en roll som en vanlig medmänniska eller en yrkesperson utan psykologisk kunnighet. Med andra ord, en medmänniska som inte vet något om den sörjandes verklighet (Fyhr, 1999). Att inta ett empatiskt förhållningssätt innebär förmågan att kunna sätta sig in i en annan människas emotionella verklighetsupplevelse (Papadatou, 1997). Kohut (1980) har en annan definition då han menar att empati är fältet för våra observationer när vi betraktar en människas själsliga inre. Genom empati får vi reda på mer om den inre människan, samt vad och hur människor tänker och känner.

Ett känslomässigt engagemang med en öppenhet är förutsättning för att försöka förstå vad en människa går genom och upplever. Detta utifrån den sörjande individens referensramar och inte medmänniskans eller yrkesutövarens egna tankar och tolkningar (Papadatou, 1997). Som medmänniska uppfattar du och accepterar personens ”sorgsignaler” (olika uttryck för sorg som kan signalera den sörjandes behov för stunden), utan att nödvändigtvis behöva förstå eller lösa personens problem, eller tvinga på dina egna känslor. Det handlar helt enkelt om att finnas tillgänglig, lyssna och ta emot utan att för den sakens skull börja resonera och kommentera. Det är viktigt att acceptera sorgens olika uttryck och låta sorgen ta sin tid (Fyhr, 1999).

Friehe, Bloedow & Hesse (2003) menar att en aktiv lyssnare förmedlar empati och därigenom känner mottagaren att lyssnaren ger av sitt stöd. I ett empatiskt förhållningssätt är lyssnaren uppmärksam och visar villighet i att lyssna till individens känslor och upplevelser. Empatiskt bemötande är något som man lär sig med tiden och utifrån erfarenhet. Professionella yrkesutövare ska anamma ett engagemang för att visa förståelse för patientens känslor, men samtidigt ha distans till sina känslor för att kunna vara professionell (Papadatou, 1997). Yrkesverksamma professioner bör individualisera counselling och göra behovsbedömningar utifrån den sörjande individens personlighet, rådande omständigheter och utifrån den kontext som han eller hon befinner sig i. Detta utifrån ett holistiskt perspektiv, då sorgprocessen är individuell (Richardson, 2006), något som även Clute (2010) instämmer i när det gäller att ge stöd till sörjande individer.

Counselling kan vara effektivt och till hjälp om den sörjande vill ha detta erbjudande och söker counselling på eget initiativ (Friehe, Bloedow & Hesse, 2003). *Grief counseling* är tillgängligt för de individer som är intresserade, vidare även till de sörjande som inte klarar av den smärta som sorg bidragit till, eller för de individer där sorgen har blivit så pass djup att den är svår att ta sig ur. Detta på grund av att den är av kronisk art och är betydligt starkare i intensitet vad gäller sorgens emotionella reaktioner. För vissa sörjande är medvetenhet om counselling som ett erbjudande en tillräcklig hjälp. Andra känner att sorgprocessen underlättas av information om att de upplevda känslorna är fullt normala och att de med tiden kommer att avta för att så småningom försvinna (Richardson, 2006).

2.3 Livskvalitet

Enligt World Health Organisation (WHO) definieras begreppet livskvalitet som en individs subjektiva upplevelse av tillvaron i det sammanhang och den kulturella kontext som denne befinner sig i. Upplevelsen av livskvalitet påverkas till stor del av individens personliga mål, önskningar och förväntningar. Dessutom menar WHO att livskvalitet är en personlig upplevelse som påverkas av den fysiska och psykiska hälsan, de sociala förhållandena och relationerna samt i vilken utsträckning personen är självständig och oberoende av andra (Saxena & Orley, 1997).

Papadatou (1997) nämner i sin artikel om den sjukhusfilosofi som säger att livskvalitet hos vårdgivaren är lika viktig som livskvalitet hos patienten. I en studie av Sjöblom, Pejler & Asplund (2005) ville man ta reda på hur sjuksköterskor inom psykiatrien upplever familjer som

får psykiatrisk vård. Sjuksköterskorna upplevde sig ha vad som krävdes för att hantera olika reaktioner hos dessa familjer. Oavsett hur vissa familjemedlemmar reagerade måste sjuksköterskorna hantera och bemöta dessa reaktioner på bästa sätt. Som stöd hade sjuksköterskorna tillgång till möjligheten att lätta sina känslor inför vårdteamet. Dermody & Bennett, (2008) belyser i sin artikel om upplevda stressfaktorer som rapporterats av sjuksköterskor. Vissa av de deltagande sjuksköterskorna valde att ventileras inför sina kollegor om dessa specifika stressfaktorer eller andra känslomässigt krävande händelser som inträffat under dagens arbetspass. Majoriteten valde dock att tåga upp uppkomna problem och istället bita ihop. Samtliga deltagare upplyste om att de hade möjlighet att vända sig till någon form av stödperson, samtidigt som de upplevde viss tveksamhet att ta kontakt när de märkte att stödpersonen var alltför upptagen. Lin, Hsu, Kuo, Wu, Chu & Lin (2014) visade att vårdgivare upplevde att deras roll som vårdare åt vuxna med funktionsnedsättning inverkar på deras mentala och fysiska hälsa, liksom deras sociala liv och familjeliv.

2.4 Vårdgivare

Naturligt inom vården är att tänka på patientens vårdbehov, hälsa och livskvalitet, men det glöms lätt bort att vårdpersonalens välbefinnande är minst lika viktigt för att de ska kunna ge en god vårdkvalitet. Därför måste möjligheten till ventilation av känslor och emotionellt stöd finnas antingen i form av kollegor, stödperson, eller, det som Papadatou (1997) tar upp i sin artikel, nämligen träningsprogram. Sjuksköterskor inom palliativ pediatrik fick möjlighet att delta i ett träningsprogram där en utbildare förmedlade kunskap, medvetenhet, insikt och hantering av sorg hos föräldrar som förlorat sitt barn. Dessutom fick sjuksköterskorna själva möjligheten att uttrycka sina reaktioner och känslor kring plötsliga dödsfall och därigenom få stöd från de övriga gruppmedlemmarna inom träningsprogrammet.

När en yrkesprofessionell vårdgivare träder in i sin roll som counselor måste denne inse sina egna begränsningar. Patienter som uppvisar tecken på klinisk depression, psykologisk ohälsa (Helm, 2015) eller komplicerad sorg som resulterar i depression eller trauma (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007) ska vidareremitteras till professionell psykolog (Helm, 2015). Likaså bör den professionella yrkesutövaren ha möjlighet att rådfråga psykolog eller kurator om denne misstänker att den sörjande individen eventuellt skulle behöva vidare behandling (Fyhr, 1999). I mötet med en sörjande person måste vårdgivaren vara införstådd i vad som är ett professionellt rätt beteende för att hjälpa den sörjande genom en hälsosam sorgprocess. Till detta ska vårdgivaren använda sin lyssnarförmåga, utbilda, ge emotionellt stöd, vara

tillgänglig och respektfull. Dessutom ska vårdgivaren vara medveten om sorg som multidimensionell, med både positiva och negativa aspekter (Gordon, 2013).

Författarna Alex & Whitty-Rogers (2012) menar att sjuksköterskors ordval kan ge oväntade effekter och att de därför bör vara vaksam över vad de säger. Därför måste vårdutbildningarna och professionella vårdgivare ute på verksamheter och sjukhus i tidigt skede lära studenterna kommunikationsfärdigheter och att överväga sina ordval så att de inte bär på en negativ och fördömsfull klang. Författarna Bruce & Schultz (2002) tar upp svårigheter som kan uppstå i kommunikationen mellan den professionella yrkesutövaren och föräldrar till barn med speciella behov. I det sorgeskede som en förälder kan befinna sig i är risken stor att denne kommer ur synkronisering vad gäller kommunikationen med den professionella vårdgivaren. Missförstånd kan uppstå när föräldern upplever att vårdgivaren tror att föräldern inte kan acceptera sitt barns diagnos och att de av den anledningen slutar dela med sig av information om barnets vardag. I detta läge måste vårdgivaren vara vaksam på hur mycket information en förälder klarar av att hantera och bearbeta. För att bemöta föräldrarnas förvarsmurar måste vårdgivaren noga välja sina ord så att inte föräldern börjar känna sig anklagad och misstror vården men också sig själv som förälder.

För att vårdgivaren ska kunna ge bästa möjliga vård måste kommunikationen med patient, anhöriga och andra vårdgivare vara tydlig, effektiv och empatisk. Detta kräver en personlig, inre medvetenhet hos vårdgivaren angående sina egna emotionella reaktioner som kan uppstå i samspel med andra aktörer. Vårdgivaren bör ha förmåga att stanna upp och reflektera över sina reaktioner för att sedan kunna göra rätta och positiva val vad gäller sitt agerande (Moore, 2005).

I en studie gjord i Malawi, i sydöstra Afrika, undersökte man hur sjuksköterskestudenter upplevde och reagerade inför att vårda HIV-smittade patienter. Studien rapporterade att studenterna saknade kunskap kring HIV, vilket i sin tur orsakade inre känslor av rädsla. För att skydda sig själva undvek studenterna att ta sig an möjligheten att vårda HIV-smittade patienter under sin praktiktid. Dessutom upplevde de omvårdnad av dessa patienter som känslomässigt krävande (Msiska, Smith, Fawcett & Nyasulu, 2014).

En studie gjord av Valente & Saunders (2010) beskrivs psykiatrisjuksköterskors självuppskattning kring deras kunskap och kompetens i att samtala och diskutera kring ämnen som t.ex. sorgearbete. Vissa sjuksköterskor upplevde sig vara begränsade i användandet av

dessa förmågor, samtidigt som andra upplevde att de hade kunskapen och förmågan, och kunde dessutom använda detta tack vare att de fått undervisning om hur. Dock visade studien på att 176 av de 190 deltagande sjuksköterskorna inom psykiatri önskade mer utbildning kring att bemöta och vårda patienter i ett palliativt stadie.

2.5 Audionomyrket

Hittills har vi tagit upp studier som fokuserar till stor del på palliativ vård och andra vårdprofessioners bemötande, reaktioner och hantering av patienter som är i sorg. Hur är det då när det kommer till professionen som hanterar hörselrelaterad problematik? Känner sig audionomer förberedda att bemöta patienter i sorg?

Audionomyrket är en mångvetenskaplig profession med bland annat områden som medicin, psykologi och teknik (Göteborgs Universitet, 2014). Utbildningsplanen för Audionomutbildningen, Göteborgs Universitet (2013) nämner ingenting om kommunikation och pedagogik i mötet med patienten och då särskilt med tanke på patientens emotionella livskvalitet. Däremot är målet för kommunikation riktat mot samarbete och interaktion med kollegor, både nationellt och internationellt. På Göteborgs Universitets hemsida för Audionomprogrammet (2014) beskrivs dock målen mer utförligt och går in på områden som pedagogik, counselling och audionomens förmåga till kommunikation och handledning av patienter, anhöriga och grupper i en förändringsprocess. Tittar man djupare i kursplaner inom counselling, pedagogik, psykologi, etc, får man en mer detaljerad redogörelse angående färdighet och förmåga. Däribland finns läromål som till exempel att studenten ska redogöra för vad som menas med patientcentrerad vård och counselling samt förstå värdet med att inta ett terapeutiskt förhållningssätt (Göteborgs Universitet, 2015).

Frågan är då hur verkligheten ser ut ute på hörselverksamheterna. Upplever audionomer att de har tillräckligt med kunskap för att känna sig förberedda i att bemöta patienter i sorg?

3. Syfte

Syftet med studien var att ta reda på hur audionomer ute på hörselverksamheter i Västra Götaland går tillväga i ett möte med en patient i sorg, samt audionomens egna emotionella upplevelser och reaktioner innan, under och efter besöket.

4. Frågeställningar

- Känner sig audionomen förberedd att hantera sorg hos patienter som kommer till hörselverksamheten?
- Om inte, vad skulle audionomen vilja ha för att känna sig mer förberedd?
- Finns det några rutiner kring bemötande och hantering av patienter i denna situation på audionomens arbetsplats?
- Känner audionomen att de har tillräckligt med stöd på sin arbetsplats?

5. Material och Metod

Den aktuella studien var kvalitativ och byggd på semistrukturerade intervjuer med audionomer från olika hörselverksamheter i Västra Götaland. Fyra audionomer med olika lång yrkeserfarenhet har intervjuats. Inklusionskriterier är:

- legitimerade audionomer som är yrkesverksamma inom Västra Götaland
- två audionomer som arbetat max två år
- två audionomer som arbetat i minst fem år

Dessa kriterier byggde på att vi ville undersöka om man ser någon skillnad mellan erfarna och nyexaminerade audionomer och i så fall vad denna skillnad beror på. Inga övriga inklusionskriterier tillkom.

5.1 Urvalet

Tre hörselverksamheter i Västra Götaland valdes ut utifrån ett bekvämlighetsurval. En utvald audionom från varje verksamhet kontaktades via mail. Från två verksamheter gavs gensvar om intresse av att delta och att vardera ställe kunde bidra med två audionomer som uppfyllde inklusionskriterierna. I mailet skickades det även med ett informationsbrev (bilaga 1) om studiens syfte, kriterier samt att audionomens medverkan är fullt konfidentiell. Varken personuppgifter såsom ålder, kön eller namngiven hörselverksamhet kom att framstå i studien. Audionomerna kom endast att bli titulerade “ ‘Nx’ - nyexaminerad” eller “ ‘Ex’ - erfaren”, där x står för siffran 1 eller 2 för att skilja dem åt. Nedanstående redogör för deltagarna;

Tabell 1. Redogörelse för utvalda deltagare

Audionom	Yrkeserfarenhet	Examensår	Titulerad
1	Erfaren	2007	E1
2	Erfaren	2008	E2
3	Nyexaminerad	2015	N1
4	Nyexaminerad	2014	N2

5.2 Etik

Studien har tagit hänsyn till Etikprövningsnämndens (u.å) krav kring frivilligt deltagande och anonymitet samt att deltagarna kan avbryta sin medverkan när som helst om de så önskar. Detta fick deltagarna information om via ett informationsbrev (bilaga 1) och även muntligt vid intervjutillfället.

5.3 Utformning av intervju

Intervjufrågorna (bilaga 2) utformades av intervjuarna på ett öppet sätt och delades in i ämnesområden för att få så utförliga svar som möjligt och på så sätt täcka in ett brett audionomperspektiv. Grundfrågorna berörde audionomens emotionella upplevelser och reaktioner, bemötande och hantering, stöd till audionomen samt grad av förberedelse inför möte med patienter i sorg (bilaga 2). Tanken var att audionomen skulle få tillfälle att berätta och reflektera fritt kring sina upplevelser och erfarenheter.

5.4 Intervjuerna

Genom mailkontakt bestämdes mötesplats och tid för intervjuer. Väl på plats gavs muntlig information till audionomen om vad studien gick ut på samt att studien är fullt konfidentiell. Intervjufrågorna delades upp mellan intervjuarna för att få ett jämt upplägg under intervjun. Intervjuarna hade med sig de åtta grundfrågorna och om någon av audionomerna hade svårt att vidareutveckla sina svar ställdes stödfrågor för att hjälpa dem vidare och uppmuntra dem att berätta. Intervjun spelades in via datorinspelningsprogram och mobil. Varje intervju tog ca 10-20 minuter att genomföra. Tanken var att fokus skulle ligga på audionomens möte med patienten och inte på orsaken till patientens livstillstånd. Vid avslutad intervju erbjöds audionomen en sammanfattning av intervjun för att kunna ha möjlighet att komplettera och/eller ändra om så önskades.

5.5 Analys

Efter att intervjuerna var klara delade intervjuarna upp så att de fick två intervjuer var att lyssna av och transkribera. Därefter fick båda på egen hand läsa genom och markera viktiga och återkommande teman i samtliga intervjuer. Efter det jämfördes vad båda hade kommit fram till och gemensamma teman framställdes och analyserades utifrån en tematisk analys. De gemensamma teman lyftes upp och diskuteras senare i resultatdiskussionen. Resultatet redovisas i en sammanfattande form utifrån de ställda grundfrågorna från intervjuerna. I samband med transkriberingen gjordes även en sammanfattning över vardera intervju som skickades till respektive audionom. I mailet med den bifogade sammanfattningen upplystes

audionomen även om vidare kompletteringar. Dessa kompletteringar saknades hos tre audionomer (E1, E2 och N1) och besvarades av samtliga efteråt via mail;

- Hur påverkas du om en patient uttrycker sin sorg i ilska?
- Hur känner du inför att möta den patienten igen i ett återbesök? Hur tänker du? Vad är viktigt att tänka på då?

6. Resultat

Resultatet kommer framställas i en kort sammanfattning som lyfter upp viktiga teman och aspekter vilka framkommit under intervjuerna (se bilaga 3).

Samtliga audionomer har någon gång eller flera gånger mött en patient i sorg. Patienterna har uttryckt sin sorg på olika sätt. Vissa har reagerat genom att börja gråta och andra har uttryckt sin sorg genom ilska. Audionomerna har olika sätt och strategier för att kunna bemöta och hantera dessa patienter. Det som audionomerna anser som svårt vid dessa patientbesök är dels att man inte kan sätta sig in i patientens situation fullt ut och dels stressen över tidsschemat. *”Man har ju samtidigt den här stressen att de e vissa saker man ska hinna med på ett besök också så att det är svårt att flytta fokus ibland från de här som e viktigt att de berättar naturligtvis.”* (se E2 fråga 2, bilaga 3).

Ett patientmöte kan bidra till olika upplevda känslor hos audionomen. Några exempel som kom fram under intervjuerna var att känna sig berörd, uppleva ångest, frustration, känner sig svettig, dränerad, bli stel som en pinne eller gå in i ett auto-pilotläge. Alla dessa känslor uppgavs med negativ klang, men en nyexaminerad audionom (N1) valde att lyfta upp en positiv aspekt genom att berätta att denne fick god kontakt med sin patient. Denna kontakt bibehölls under hela rehabiliteringen. En erfaren audionom (E1) lyfte upp osäkerheten kring om man gör och säger de rätta sakerna och framförallt hur pass ”intim” man ska vara gentemot patienten? I vissa fall blir det svårt vad gäller balansgången mellan att vara professionell och medmänniska. *“... Det svåra e nog de här liksom hur pass intim (e fel o säga (haha)), men hur pass ska man, ska man krama nån som gråter till exempel, eller inte?”* (se E1 fråga 2, bilaga 3).

Under intervjuerna framkommer vikten av att låta patienten få prata om sin sorg. En nyexaminerad menar att det är viktigt att bekräfta patientens känslor och gå in med öppenhet och förståelse;

/.../ bara för att man förklarar och kanske säger att det är ok. Det är helt ok att patienten blir ledsen, att det är ganska så naturligt. /.../ Man kanske inte behöver fråga om cancern utan mera att man försöker få... man brukar försöka få patienten att prata ur sig lite så att den kanske kan, man kanske kan återgå efter en liten stund till det man håller på med. (se N2 fråga 2, bilaga 3)

I ett sådant läge är audionomerna överrens om att hörsel och hörapparater inte är första prioritet, utan det får komma i andra hand när patienten känner sig redo.

Audionomerna känner sig säkra på när och vart de ska vidareremittera patienter när det gäller hörselproblematik, men osäkerhet uppstår när patienten är i så djup sorg att denne upplevs instabil. Då får audionomerna svårt att avgöra var gränsen går mellan att vara audionom eller psykolog;

Vi ska fråga lite om det sociala men vi, vi kan ju egentligen inte vara psykologer /.../ på någon djup nivå. Så att ibland kan man känna att man blir lite... fundersam till hur man ska, vad man kan fråga om och lite... var gränsen går... så... vi har ju en viss kompetens på att vara lite terapeutiska, /.../ man skulle gärna vilja lämna över till någon. (se N2 fråga 2, bilaga 3)

I vissa fall hänvisas patienten till vårdcentralen men audionomerna känner sig osäkra på om patienten kommer få den hjälp som han eller hon behöver;

Asså är det tydligt att dom e ledsna eller behöver hjälp pga deras hörsel, då finns, då känner jag att de finns ställen att remittera till. Men om de inte e de, utan att de kanske är ledsna över att någon har dött eller att man är dement o dum eller vad som helst då känner jag att liksom, då är de bara att hänvisa till vårdcentralen. Så känner jag lite såhär att kommer de verkligen få hjälp där? (se E1 fråga 5, bilaga 3)

Om svårare patientfall har påverkat audionomen i negativ bemärkelse är det oftast till sina kollegor som audionomen vänder sig till. Detta för att få ventilera sina känslor, utbyta erfarenheter eller bara bekräfta om audionomen gjort rätt. I särskilt svåra fall finns även chefen tillgänglig på arbetsplatsen men som en nyexaminerad audionom (N2) menar, vill denne inte gärna störa chefen i onödan;

Ja, alltså chefen och så... det är ju klart att de kan stötta och så, men det är som att... det blir... hon har så mycket att göra ändå på något sätt. Så att man tar inte, man lägger inte på den det

extra på något sätt... men kollegorna där känner jag att jag får stöd, absolut. (se N2 fråga 6, bilaga 3)

När det gäller frågan om audionomerna känner sig förberedda inför dessa patientbesök, svarar samtliga med en viss tveksamhet. Det beror lite på fall till fall, vilken vana man har och erfarenhet. En erfaren audionom (E2) känner sig tryggare och säkrare nu än när denne var nyexaminerad; *"Jag känner mig mycket tryggare med det nu än när ja va helt ny, när man inte hade så mycket er.. ja tror att de kommer väldigt mycket med erfarenhet att man faktiskt råkar ut för de också men de e klart att första gångerna så var man ju väldigt osäker /.../."* (se E2 fråga 7, bilaga 3). Däremot tror en nyexaminerad audionom (N1) att det har med personlighet att göra; *"Liksom, det tror jag är en personlighetsgrej. Jag tror inte att det är något du typ kan lära dig... faktiskt"* (N1 fråga 2, bilaga 3).

De två nyexaminerade audionomerna tar upp frågan om audionomutbildningen har gett dem tillräckligt för att kunna bemöta patienter i sorg. De har skilda meningar då den ena audionomen (N2) anser att utbildningen är en grund som denne själv måste bygga vidare på, då man inte kan få med sig allt från utbildningen. Den andra audionomen menar istället att utbildningen inte gav något konkret rent handlingsmässigt;

/.../ man kanske får lära sig ännu mer längs vägen... så jag tycker att man lär sig ganska mycket i utbildningen. Men det är klart att man kan alltid vidareutveckla. Man kan läsa mer och man kan läsa på. Så jag tror att det... det är så mycket annat på utbildningen att det handlar liksom, att få ett, någon start (skratt) och så ska man fortsätta på det helt enkelt... Så att det kanske skulle kunna finnas ännu mer på utbildningen men frågan är... vad? (se N2 fråga 8, bilaga 3)

/.../ på utbildningen var det typ så här att vi hade ju lite skådespel... att dem typ filma en... men det gick ju inte så bra, för man vet ju att det inte är på riktigt. Och så här sjukt stelt... så var det för mig i alla fall. Så på mig funkade det ju inte, men det kanske funkar på andra? Det vet jag inte? Nä... så jag menar... och typ så här, nä men jag tror inte på det alls. Jag tror att det är ju att man måste ha den erfarenheten innan. Eller få den här! (se N1 fråga 8, bilaga 3)

Till sist ställdes frågan till audionomerna om det finns något som de behöver/saknar för att känna sig mer säkra i mötet med patienter i sorg? Audionomerna tar då upp önskan om mer handledning i grupp för att kunna utbyta erfarenheter och ge råd till varandra. Denna handledargrupp skulle i så fall innehålla fler professioner såsom en psykolog för att kunna få

mer konkreta verktyg utifrån en annan professions synvinkel. Även mer information och tydligare riktlinjer är något som audionomerna efterfrågar;

/.../ jag skulle nog önska att man hade lite mer ändå. Fick lite mer konkreta redskap för, mycket för sin egen del; "Hur gör jag detta för att inte ta med mig detta hem?" "Vad gör jag när patienten går och det känns som att det är ett stort moln över huvudet på mig o axlarna liksom är uppe vid hakan?" (se E1 fråga 8, bilaga 3)

Asså lite tydligare riktlinjer kring ... ovanifrån från ledningen hur man ska gå tillväga att ... e de en person som uttrycker de här o de här att de e den här o den här planen man ska ha liksom. De finns ju de, men de e inte vanligt, men de finns ju dom med suicide-tankar också o där finns inga riktiga tydliga riktlinjer på att såhär gör du steg för steg. (se E2 fråga 8, bilaga 3)

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer är ett lämpligt sätt att låta audionomen beskriva och fritt associera kring sina egna tankar och känslomässiga upplevelser.

Våra frågor utformades på ett sådant sätt att de skulle bidra med information utifrån ett brett audionomperspektiv. Genom att nå ut till yrkesverksamma audionomer fick vi del av dagsaktuell information om hur audionomer upplever sin verklighet ute på hörselverksamheterna. Dock omfattades studien av få audionomer på grund av att kursens tidsbegränsning styrde studiens omfång. De utvalda hörselverksamheterna kontaktades utifrån ett bekvämlighetsurval. Detta dels på grund av att det var lätt för oss, författare, att åka till hörselverksamheterna men även för att vi tidigare haft kontakt med dessa hörselverksamheter. Studiens tillförlitlighet hade ökat om vi varit mer praktiskt vana kring intervjumetodik och börjat med provintervjuer med slumpmässigt utvalda audionomer och/eller audionomstudenter. Därefter hade vi tillsammans fått gå genom provintervjuerna och därmed haft chans att korrigera oss själva inför de avgörande intervjuerna. Vi kunde till exempel ha förbättrat oss i att ställa relevanta följdfrågor eller göra uppföljningar så att audionomen hade haft möjlighet att korrigera eller förklara sina svar om vi misstolkat något.

Innan intervjun startade gavs en instruktion om vad studien gick ut på. Efterhand kände vi att denna instruktion kunde varit mer utförlig och fastställd redan innan intervjuerna. Detta för att varje audionom skulle ha lika stor möjlighet att ta del av samma information. För att nämna

ett exempel, i den information som gavs till de tre första audionomerna (E1, E2, N1) nämns ingenting om ilska som en sorgereaktion. Efter diskussion med handledare valde vi att i sista intervjun med N2, ge en mer utförlig information kring sorgprocessen, så som att ge fler exempel på hur sorg kan yttra sig. Detta för att se om svaren påverkades, vilket det också gjorde. Det bidrog till att vi kände att vidare komplettering krävdes av de tre tidigare audionomerna. Kompletteringsfrågorna skickades och besvarades via mail. I efterhand funderade vi på om kommunikationen borde varit verbal för att sedan bearbetats på samma sätt som tidigare intervjumaterial, men också för att få spontana svar. Detta för att inte ge audionomerna på samma verksamhet möjligheten att diskutera kompletteringsfrågorna med varandra. Vi har en tanke om att man som "nyexaminerad" gärna vill kontrollera med den "erfarne" för att ge så bra och säkert svar som möjligt.

När det kommer till transkribering valde vi att dela upp intervjuerna. Detta för att enskilt markera viktiga teman i var och en av intervjuerna för att sedan jämföra vad vi kommit fram till och hitta gemensamma nyckelord. Det hade varit bra att låta en utomstående läsa genom det sammanfattade materialet för att få någon annans perspektiv och åsikter. Resultatet presenterades i form av en kort sammanfattning utifrån intervjufrågorna och i resultatdiskussionen analyserades resultatet utifrån temanord. Detta för att lättare kunna se likheter och skillnader, samt återkommande mönster på ett enkelt och strukturerat sätt.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka hur audionomer på hörselverksamheter i Västra Götaland går tillväga i mötet med en patient i sorg samt audionomens egna emotionella upplevelser och reaktioner innan, under och efter patientbesöket. Samtliga audionomer som intervjuades har någon gång eller flera gånger mött en patient i sorg. De ger alla exempel på patientfall där patienten börjat gråta. Här väljer en av de nyexaminerade att generalisera ett patientfall då denne inte kan återge något specifikt fall.

7.2.1 Medmänsklighet och empati

I sina patientberättelser tar de erfarna audionomerna upp att man som audionom går mer in i rollen som medmänniska och betraktar därför medmänsklighet som ett verktyg. Detta överensstämmer med vad Fyhr (1999) säger om att varje sörjande individ behöver bemötas med omsorg och respekt och därför ska vi inta rollen som medmänniska. I ett sådant möte försöker en av de nyexaminerade audionomerna gå in med en öppenhet och ta in det som patienten berättar. Detta svar som audionomen delger påminner oss om Papadatous åsikt

(1997) om att öppenhet är en förutsättning för att försöka förstå vad en människa upplever. Som en motsättning till Papadatou menar en erfaren audionom att man inte kan sätta sig in och förstå patientens situation och att detta är något som man bör tänka på.

7.2.2 Counselling

Samtliga audionomer indikerar på vikten av att samtala med patienten. Det handlar om att låta patienten prata av sig och som två audionomer vill understryka, att bara lyssna och finnas till. Detta överensstämmer med vad Fyhr (1999) skriver när det handlar om tillgänglighet. Här påpekar Friehe, Bloedow & Hesse (2003) att genom aktivt lyssnande förmedlas empati, vilket gör att mottagaren känner att denne får fullt stöd. En erfaren audionom uttrycker det som; “... svårt att flytta fokus ibland från de här som e viktigt att de berättar naturligtvis”, (se E2 fråga 2, bilaga 3). Detta citat tyder på att audionomen anser det viktigt att patienten berättar innan man fortgår patientbesöket.

En erfaren och en nyexaminerad audionom lyfter fram en annan viktig aspekt, nämligen att stämna av med patienten angående vad denne klarar av inför dagens besök. Man kan även ställa frågan vad patienten själv är beredd att göra under besöket, men också att audionomen själv ser och känner av hur mycket patienten orkar hantera för tillfället. En aspekt som den nyexaminerade vidare lyfter upp är; “... Liksom att man kollar av med patienten och patienten kanske inte alls har lust att komma till mig. Det kanske är det som är problemet? Det kanske är därför som den är frustrerad, därför att den hellre skulle gå till någon annan...” (se N2 fråga 4, bilaga 3). Med detta citat i åtanke kan vi återkoppla till Friehe, Bloedow & Hesse (2003) som säger att counselling kan vara effektiv och till hjälp om patienten vill och söker counselling på eget initiativ. Effekten kanske inte blir lika god om audionomen inte uppmärksammar patientens signaler utan istället av rutin “tvingar” på patienten counselling.

7.2.3 Tidsramar och gränser

Ett problem som tre av de fyra intervjuade audionomerna påpekar är den upplevda stressen över det begränsade tidsschemat. Kan audionomen verkligen bjuda på den tid som redan är avsatt för något som har med patientens hörselsituation att göra? Var sätter man gränsen? Hur mycket av tiden ska man använda för enbart samtal? Love (2007) menar att samtal är viktigt för att underlätta sorgprocessen, men vad gör man med de patienter som kommer till hörselverksamheten i syfte att bara få prata av sig? En av de erfarna audionomerna tar upp exemplet med patienter som fastnar i sorgen eller i sitt handikapp och inte pratar om något annat under besöken. Audionomen undrar hur man kommer vidare i dessa situationer?

Richardson (2006) tar upp *Grief counseling* som en åtgärd då sorgen har hamnat på djupare nivå och patienten har svårt att ta sig vidare. Hur ska audionomen agera när en person har fastnat i sorg? Är vidareremittering till psykolog alltid det rätta svaret?

7.2.4 Audionomens inre konflikter

Ingen av de intervjuade audionomerna går oberörda från ett möte med en patient i sorg. Några känslomässiga reaktioner som kommer fram under intervjuerna är att audionomen känner sig berörd, upplever ångest, frustration, det känns svettigt, audionomen känner sig dränerad, blir stel som en pinne eller går in i ett auto-pilotläge. Hur kommer det sig att audionomerna känner dessa negativa reaktioner? Kanske är det så som många studier påvisat, att samhället inte längre ser sorg som något naturligt och därför något som vi människor helst vill undvika (Clute, 2010; Fyhr, 1999; Gordon, 2013)?

En av de erfarna audionomerna anser att det beror på hur van man är i att ta emot sörjande patienter. När den andra erfarna audionomen var nyexaminerad kände sig denne osäker på om denne verkligen gjorde rätt i sitt agerande, men med ökad erfarenhet ökade även audionomens säkerhet. En av de nyexaminerade tror att det har att göra med ens personlighetstyp och att det måste komma naturligt, men också att det har med livserfarenhet att göra.

Enligt Papadatou (1997) ska man som professionell yrkesutövare inta ett aktivt engagemang för att förstå patientens verklighet, men samtidigt ha distans till sina känslor. Detta handlar om en balans mellan att vara medmänniska och samtidigt professionell. En erfaren och en nyexaminerad audionom berör huruvida personlig man ska vara med en patient; “... *Det svåra e nog de här liksom hur pass intim (e fel o säga (haha)), men hur pass ska man, ska man krama nån som gråter till exempel, eller inte?*” (se E1 fråga 2, bilaga 3). Den nyexaminerade är mer klar på denna punkt; “... *Eller typ så här man kan ju inte kramas liksom, men man säger ju ”Aha va jobbigt” och så får de liksom prata ...*” (se N1 fråga 2, bilaga 3). Är det för att begreppet professionalitet är så pass förankrat i oss som gör det svårt att veta hur “intim” och personlig man ska/kan vara gentemot sin patient eller är det den egna personligheten som ställer till en inre konflikt?

Flera av de känslor som kan uppkomma under ett sådant besök tror en av de erfarna audionomerna beror på om audionomen känner att denne har hjälpt patienten tillräckligt, till exempel;

... man kanske har hänvisat dom kanske till att ta kontakt med en psykolog o så o de har gjort de då kan man känna sig jättebra efteråt (skratt) vad skönt att de ledde till nå bra om de kanske

till o med har varit inne o pratat om självmordstankar å sånt o man känner att gud de här är ja inte alls, vet jag inte alls vad jag ska göra av, så kan man ha en oro efteråt också, när man inte vet hur de gick. (se E1 fråga 3, bilaga 3)

Utifrån ovanstående audionomsvar ställer vi oss frågan hur personligt engagerad man egentligen ska vara för att bevara sin egen livskvalitet, då vår livskvalitet, enligt Papadatou (1997), är lika viktigt som patientens? Som medmänniskor och professionella yrkesutövare måste vi någonstans sätta en gräns, annars kommer, enligt Lin et al. (2014), vårt välmående att påverka patienten men också vårt eget privatliv liksom den mentala och fysiska hälsan. Här tar en av de nyexaminerade upp den viktiga aspekten i att kunna släppa patientbesöket och inte ta med sig det hem. Man vill vägleda patienten, men frågan är om audionomen verkligen ska engagera sig så djupgående med risk att träda in som psykolog istället för audionom? Ett tydligt tema som vi fått fram från samtliga intervjuer är att audionomen ofta löper stor risk att agera psykolog. Diskussion förs om det verkligen är audionomens uppgift och i så fall hur mycket man ska ta på sig samt om man verkligen säger de rätta sakerna. I en sådan situation där både patient och audionom är sårbara är det viktigt att tänka på sina ordval, något som Alex & Whitty-Rogers (2012) tar upp i sin studie. Som intervju författare känner vi spontant på samma sätt som en av de nyexaminerade uttrycker det; “ ... vi kan ju egentligen inte vara psykologer på någon djup nivå. ... vi har ju en viss kompetens på att vara lite terapeutiska ... man skulle gärna vilja lämna över till nån ... ” (se N2 fråga 2, bilaga 3). Men som en av de erfarna audionomerna beskriver förstår vi varför vi lätt hamnar i en sådan position; “.... jag tycker att vi är utsatta när vi har de här utredande samtalen ibland att vi får väldigt mycket på oss. Dom har helt plötsligt 45 minuter med en sjukhusklädd person som dom vet har sekretess och de e ju jättemånga som känner ”gud vad skönt, nu kan jag prata”. O så sitter man där liksom helt oförberedd.” (se E1 fråga 8, bilaga 3).

Utifrån vad Helm (2015) skriver i sin artikel, så måste man som yrkesprofessionell vårdgivare inse sina begränsningar när man träder in i rollen som counselor. Eller som Moore (2005) beskriver det, då hon menar att man måste ha förmåga att stanna upp och reflektera över sina reaktioner, alltså en slags inre medvetenhet. Detta kan vara ett sätt att skydda sig mot att gå alltför djupt in i patientens sorg och därmed behålla sin professionalitet, utan att för den sakens skull förlora sitt empatiska förhållningssätt.

7.2.5 Tillvägagångssätt och strategier

Tankar kring förberedelser inför ett patientmöte skiljer sig lite mellan de intervjuade deltagarna. De flesta vill förbereda sig genom att läsa journal, remiss eller använda minneslappar som sätts på audiogramblanketten. Detta för att komma ihåg viktig information, till exempel "Patientens fru gick bort" så att audionomen inte råkar göra misstaget att fråga; "Hur går det nu med att höra frun i hemmet?". En av de nyexaminerade utmärker sig genom att denne inte vill veta så mycket om patientens emotionella situation. Detta för att gå in neutralt utan föreställningar som kan leda till konstigt bemötande. Audionomen påpekar att det bästa är att behandla alla likvärdigt. Detta tar även den andra nyexaminerade audionomen upp då denne menar att man ska behandla alla lika men måste ändå anpassa sitt bemötande och agerande till viss del. Mycket beroende på situation och patientens känslöstämning. En av de erfarna audionomerna kontrar med att det känns skönt att känna till patientens situation innan patientbesöket, eftersom det är jobbigt att vara oförberedd.

När det kommer till audionomens reaktioner under själva patientbesöket, får vi en bild av att man som audionom går in i sin professionella roll och agerar av ren rutin. Audionomen vill göra sitt bästa gentemot patienten och intar därför en lyssnarroll för att låta patienten prata av sig. I det här läget känns hörapparat inte så viktigt, så som en av de erfarna uttrycker det; "... utan man måste nog ta de här första innan man ... innan de andra kan bli bra också." (se E2, fråga 4, bilaga 3). Detta kan dock leda till att fler patientbesök behövs. Det kan ju vara så som en av de nyexaminerade påpekar, att patienten inte kan ta in någon information i nuläget utan behöver istället bara prata och ska då få möjlighet till detta. Frågan är om detta är audionomens jobb? Samtliga audionomer svarade att de är väl införstådda i vart de ska vidareremittera när det gäller hörselproblematik, vilket är till vuxenteamet. Har patienten någon annan kroppslig, psykisk eller emotionell problematik så kan det plötsligt bli lite svårare. Ibland kan sorgen ligga på djupare nivå och gör att patienten upplevs instabil. Tre av audionomerna talar till och med om patienter med självmordstankar. Hur går man då tillväga? En av de erfarna audionomerna tar upp ett patientmöte som började från patientens sida med hälsningsfrasen; "... "Jag kom inte, jag kom en halvtimme försent nu för jag satt hemma och kunde inte bestämma mig för om jag skulle ta livet av mig eller inte". Och då är man sådär; "gör jag rätt saker nu?" "Borde jag ta henne till akuten eller hur asså ska jag bete mig?" " (se E1, fråga 7, bilaga 3).

Audionomerna uppger en osäkerhet kring om de gör rätt i sitt agerande, hur mycket de själva ska ta på sig och när de ska lämna över till en annan profession. Samtliga audionomer påpekar att i de flesta fall är det vårdcentralen som patienten hänvisas till. Tanken är att patienten ska söka dit själv, men i flera lägen har audionomen möjlighet att själv skriva remiss åt patienten utifall att patienten skulle vara så pass instabil. Audionomerna nämner att de ibland känner oro kring om patienten verkligen kommer att bli hjälpt av vårdcentralen eller inte. Här känns det som att audionomerna är utlämnade till att på egen hand försöka avgöra vad som är bäst för patienten och hoppas på att de gör det rätta. Detta tunga ansvar är säkert en tillräcklig börda som riskerar att följa med hem och påverkar audionomens välmående. Allt för att audionomen inte riktigt har några tydliga riktlinjer att luta sig mot.

Efter patientbesöket upplever samtliga audionomer en emotionellt negativ inverkan. Dock urskiljer sig en av de nyexaminerade audionomerna i positiv bemärkelse genom att denne fick en god kontakt med sin patient, som bibehölls genom hela rehabiliteringsprocessen.

Audionomen har därmed reflekterat kring sorg utifrån en positiv aspekt och betraktat sorgen som multidimensionell, något som Gordon (2013) lyfter fram att man som vårdgivare ska vara medveten om. Emellertid det är inte alla gånger som det första mötet börjar och slutar lika bra. Under intervjun ställdes frågan hur audionomen påverkas när denne möter en patient som uttrycker sin sorg i form av ilska. En av audionomerna kände sig hotad medan en annan drog sig undan. En tredje upplevde inga specifika svårigheter med detta såvida inte patienten var ohövlighet eller väldigt arg. Den fjärde audionomen hanterade det hela med att försöka stå på sig. Orsaken till dessa olika reaktioner kan vara att audionomerna har olika erfarenhet och personlighet eller också att de kanske inte har stött på dessa patienter så ofta. Denna tanke kopplar vi till studien i Malawi (Msiska, Smith, Fawcett & Nyasulu, 2014) där sjuksköterskestudenterna, som saknade kunskap om HIV, tenderade att undvika vårdandet av de smittade patienterna. Vi tänker oss att om man saknar kunskap kring sorgens olika reaktioner och hur man ska bemöta dessa, så väljer man automatiskt att dra sig undan. Utifrån vad audionomerna säger angående erfarenhet, tror vi att ju mer man ställs inför sådana patientfall desto lättare har man att hantera liknande besök i framtiden.

7.2.6 Stöd på arbetsplatsen

Till vem ska då audionomen vända sig till när denne känner sig osäker på om denne har agerat rätt? Samtliga audionomer väljer att vända sig till sina kollegor när de känner ett behov av att ventilera eller bolla idéer. Chefen finns tillgänglig på arbetsplatserna, men som en av de nyexaminerade påpekar så vill audionomen inte gärna störa då denne vet att chefen har fullt

upp med mycket annat. Detta tas även upp i Lin et al. (2014) då en sjuksköterska kände sig tveksam till att ta kontakt med sin stödperson eftersom denne verkade alltför upptagen. En av de erfarna audionomerna har tidigare erfarenhet av handledning i grupp med psykolog, där audionomer tillsammans med en psykolog tog upp olika fall, utbytte erfarenheter samt fick konkreta verktyg för hur man skulle kunna hantera vissa situationer. Denna grupphandledning påminner om det träningsprogram för sjuksköterskor som Papadatou (1997) tar upp i sin artikel. Detta är något som efterfrågas under samtliga intervjuer då audionomerna känner att de skulle behöva få prata med annan profession och inte bara med kollegor för att få tag på konkreta verktyg. Frågan är om detta skulle fungera med tanke på den redan uppmärksammade tidsbristen, men också pengafrågan? Är detta något som kan vidareutvecklas redan i utbildningen eller är det som en av de nyexaminerade säger, att det kommer ju mer man utsätter sig för det? De intervjuade audionomerna vill ha en annan professions synvinkel på olika patientfall. Finns det tillräckligt med resurser för det? Utöver efterfrågades tydligare information och riktlinjer, till exempel när det kommer till hantering av patienter som visar tecken på självmordstankar. Under intervjun tillfrågades audionomerna om de känner att utbildningen gav dem en bra förberedelse inför att bemöta patienter i sorg? Samtliga audionomer önskar att de hade fått lite mer, men kunde inte riktigt sätta fingret på vad. En av de erfarna audionomerna hade velat ha lite mer konkreta verktyg för att inte ta med sig patientmötet hem. Den andra erfarna audionomen påpekar att nyexaminerade, liksom audionomen själv, hävdar att de inte fått tillräckligt från utbildningen angående detta ämne. En av de nyexaminerade audionomerna kommenterar utbildningens praktiska moment i att filma ett drama kring counselling och tycker inte att detta gav någonting. Audionomen menar att man glömmer bort allt då verkligheten inträffar på riktigt, medan den andra nyexaminerade anser att utbildningen är en start eller en grund på vilken man sedan själv ska fortsätta bygga vidare. Liknande behov kan man se i studien av Valente & Saunders (2010), då sjuksköterskorna inom psykiatri önskade att de hade tillgång till mer utbildning i att bemöta patienter i palliativvård.

På frågan om audionomerna känner sig förberedda att ta emot en patient som är i sorg är svaret väldigt tveksamt. Några är osäkra på om de säger eller gör rätt och andra är mer tveksamma i allmänhet. Trots att audionomer får med sig kurser inom counselling, psykologi och pedagogik från utbildningen känner de sig inte förberedda att ta emot en patient i denna situation när det kommer till verkligheten. Verkligheten ter sig annorlunda då den skiljer sig från utbildningens skolexempel. Detta är något som vi, blivande audionomer, håller med om

då vi kan känna en viss rädsla och ett obehag inför att möta en patient som gråter, är arg och upprörd eller anklagande på grund av sorg. Praktiskt sett har ingen av oss fått chans att möta dessa patienter. Vi tror att verksamheterna försöker ge oss, studenter, de "lättare" patientfallen. Därmed kommer vi aldrig i kontakt med denna sida av verkligheten vilket gör att vi inte har utvecklat de verktyg som vi behöver. Utbildningen ger oss mycket vad gäller teori, men det svåra är att applicera detta i praktik. Samtidigt kan inte utbildningen erbjuda den erfarenhet som man behöver, utan detta är något som får komma med tiden i arbetslivet och på arbetsplatsen. Eftersom utbildningen inte kan erbjuda studenterna allt, är det arbetsplatsernas ansvar att erbjuda till exempel kurser, information och annan form av kunskapsmässigt stöd för att vidareutveckla audionomens kompetens och erfarenhet.

Med detta sagt vill vi lyfta upp studiens betydelse för audionomer, just för att rikta uppmärksamheten mot detta problem, då sanningen är att audionomerna inte alltid känner sig förberedda. Förberedelse ligger till grund för ett gott välmående hos audionomen vilket i sin tur inverkar på patientens välmående. Vi menar då att en audionom med upplevd god livskvalitet bidrar till en effektiv patientcentrerad vård. För att nå fram till en god och värdefull förberedelsegrund som utrustar audionomer inför verkligheten, bör vidare forskning eller utveckling ske kring audionomutbildningen och information på arbetsplatsen. Fler studier bör göras med fokus på audionomens perspektiv. Många studier finns redan, men då riktade mot sjuksköterskor, palliativvård och acceptans kring döden.

8. Konklusion

Resultatet av denna intervjustudie gav ett brett perspektiv på audionomens tankar och känslor inför, under och efter ett möte med en patient i sorg. Utifrån våra frågeställningar har vi nu fått svar på att;

- oberoende av arbetserfarenhet känner sig audionomerna oftast inte förberedda i att bemöta patienter i sorg och önskar därför någonting ytterligare som bidrar till deras kunskap och som får dem att känna sig tryggare.
- vissa av audionomerna skulle vilja ha mer av handledning, information, mer utbyte av erfarenheter mellan olika professioner, etc.
- audionomerna vet vilka vårdenheter de kan vidareremittera till men är osäkra på när de ska remittera och av vilken anledning. Här önskar audionomerna tydligare riktlinjer för att vara säkra på sitt agerande och inte gå tillväga på det sättet de tror är rätt.

- samtliga audionomer känner stöd från kollegor, men även vid specifika fall, stöd från chefen. Dock det sistnämnda med viss restriktion för att inte belasta chefen med något ytterligare då denne är redan fullt upptagen med annat.

Mer forskning och utveckling av utbildning och information på arbetsplatser måste bli till för att ge audionomen det rätta verktygen och en ökad insikt om sorg som en naturlig process. Den är något oundvikligt som människan måste gå genom, men skjuter man denna nödvändiga sorgprocess åt sidan är det svårt att ta sig vidare i livet. Vi bör kunna se och acceptera sorgen som en naturlig del av livet. Därför behöver audionomer, liksom andra vårdprofessioner från tidigare studier, lära sig mer kring hantering och bemötande samt att kunna skydda sig emotionellt och, så långt det är möjligt, inte ta patientbesöket med sig hem efter arbetsdagens slut.

Referenser

Alex, M., & Whitty-Rogers, J. (2012). Time to disable the labels that disable -the power of words in nursing and health care with women, children, and families. *Advances in Nursing Science*, 35, 113-126.

Bruce, E., & Schultz, C., (2002). Non-finite loss and challenges to communication between parents and professionals. *British Journal of Special Education* 29, 09-13.

Clute, M. A. (2010). Bereavement interventions for adults with intellectual disabilities: what works? *Omega (Westport)*, 61(2), 163-177.

Dermody, K., & Bennett, P., N. (2008). Nurse stress in hospital and satellite and haemodialysis units. *Journal of Renal Care*, 34(1), 28-32.

Etikprövningsnämnden. (u.å). *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Hämtad 2016-02-12 från <http://www.epn.se/media/1025/vaegledning-till-forskningspersoninformation.doc>.

Friehe, M. J., Bloedow, A., & Hesse, S. (2003). Counseling families of children with communication disorders. *Communication Disorders Quarterly* 24, 211-220.

Fyhr, G. (1999). *Hur man möter människor i sorg*. Stockholm: Natur & Kultur.

Gordon, T. A. (2013). Good Grief: Exploring the dimensionality of grief experiences and socialwork support. In E. L. Csikai (Ed) *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, (s. 9:27–42) Oxford: Taylor & Francis Group.

Göteborgs Universitet. (2013). Utbildningsplan för Audionomprogrammet 180 högskolepoäng. Hämtad från <https://gul.gu.se/node.do?id=25354186>

Göteborgs Universitet. (2014). Audionomprogrammet. Hämtad 2016-02-26, från http://utbildning.gu.se/program/program_detalj/?programid=V1AUP

Göteborgs Universitet. (2015). *Kursplan. AUD440 Audiologi: Audiologisk rehabilitering I - pedagogik och counselling I, 5 högskolepoäng*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi.

Helm, B. M. (2015). Exploring the genetic counselor's roll in facilitaiting meaning-making: rare disease diagnoses. In B. S. LeRoy (Ed), *Journal of genetic counseling*. New York: Springer

Kohut, H. (1980). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Toronto: The Macmillan company.

Kurtzer-White, E., & Luterman, D. (2003). Families and children with hearing loss: grief and coping. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 9(4), 232-235.

Lin, L. P., Hsu, S. W., Kuo, M. T., Wu, J. L., Chu, C., & Lin, J. D. (2014). Onset aging conditions of adults with an intellectual disability associated with primary caregiver depression. *Research in Developmental Disabilities*, 35(3), 632-638.

Love, A. W., (2007) Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse* (s. 27:73-83). Oxford: Taylor & Francis Group.

Moore, C. (2005). Communication issues and advance care planning. *Seminars in Oncology Nursing*, 21(1), 11-19.

Msiska, G., Smith, P., Fawcett, T., & Nyasulu, B. M. (2014). Emotional labour and compassionate care: What's the relationship? *Nurse Education Today* 34, 1246–1252

Papadatou, D. (1997). Training health professionals in caring for dying children and grieving families. *Death studies* 575-600. Oxford: Taylor & Francis Group

Richardson, V. E. (2006). A dual process model of grief counseling. *Journal of gerontological social work* 311-329. Oxford: Taylor & Francis Group

Saxena, S., & Orley, J. (1997) Quality of life assessment: the world health organization perspective. *European Psychiatry*, 12, 263-266.

Sjöblom, L. M., Pejlert, A., & Asplund, K. (2005). Nurses' view of the family in psychiatric care. *J Clin Nurs*, 14(5), 562-569.

Spiess, K. E., McLemore, A., Zinyemba, P., Ortiz, N., & Meyr, A. J. (2014). Application of the five stages of grief to diabetic limb loss and amputation. *J Foot Ankle Surg*, 53(6), 735-739.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370, 1960-1973.

Valente, S., & Saunders, J. (2010). Psychiatric Nurses' Expertise, Interest in End-of-Life Care, and Requests for Continuing Education on End of Life. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 27, 24-30.

Bilaga 1 - Informationsbrev

Hej,

Vi är två audionomstudenter på Göteborgs Universitet i termin 6. Vi är nu igång med vårt examensarbete och det handlar om audionomens möte med patienter som är i någon form av sorg/livskris/depression. Syftet med vår undersökning är att ta reda på hur audionomer ute i Hörselverksamheter i Västra Götaland går tillväga i ett möte med en patient i sorg/ livskris (oberoende av orsak) samt audionomens egna emotionella upplevelser och reaktioner innan, under och efter besöket. Tanken är att fokus ska ligga på själva mötet med patienten och inte orsaken till patientens livstillstånd. Vår målsättning med studien är att se om audionomutbildningen ger tillräckligt med kunskap för att audionomen ska känna sig väl förberedd i mötet med patienten.

Tanken är att vi ska intervjua 4 stycken yrkesverksamma audionomer; 2 som har yrkesverksam i minst 5 år och 2 som är relativt nyexaminerade och har max 2-års erfarenhet.

Intervjun kommer bestå av ca 10 frågor med berätta-och-beskriv-svar. Vi kommer att spela in intervjun och ta anteckningar under tiden. Efter intervjun kommer vi att bearbeta materialet och sedan skicka en sammanfattning till dig så att du kan läsa igenom samt kommentera utifall att något inte stämmer eller något du önskar ta bort/komplettera. Vi har full respekt för detta och vi kommer även att behandla intervjuerna konfidentiellt. Det är frivilligt att vara med och du kan när som helst avbryta om du önskar. Du bör också vara medveten om att intervjun eventuellt kan behöva kompletteras, men i så fall hör vi av oss till dig.

Är det något du undrar över är det bara att kontakta oss;

Madeleine Bergenholtz

mail: xx

telefonnummer: xx

Ingela Pettersson

mail: xx

telefonnummer: xx

Tack på förhand,

Med vänliga hälsningar

Ingela & Madeleine

Bilaga 2 - Intervjufrågor

När gick du klart utbildningen?

Hur länge har du arbetat som audionom?

1. Har du mött en patient i sorg?
2. Kan du berätta hur ett sådant patientmöte kan se ut och hur du hanterar det? Vad kan vara lätt/svårt?
3. Påverkas du på något sätt innan, under och/eller efter patientmötet, i så fall på vilket sätt?
4. Hur fortgår du rehabiliteringen, vilka strategier använder du dig av?
5. Har du möjlighet att vidareremittera patienten till andra professioner i vårdkedjan?
6. Känner du att du får stöd på din arbetsplats vid behov?
7. Känner du dig förberedd för möten med patienter i sorg? Hur har du lärt dig att ta emot dessa patienter?
8. Finns det något som du behöver/saknar för att känna dig mer säker i mötet med dessa patienter?

Bilaga 3 – Intervjuerna

Intervjuerna kommer att presenteras med en fråga i taget där samtliga audionomers svar för den frågan kommer att redogöras.

1. Har du mött en patient i sorg?

E1 - Ja, flera gånger. Absolut.

E2 - Absolut de har jag gjort. De e ju lite olika vanligt förekommande så men de e ju inte ovanligt på nåt sätt. Både som ni sa kring hörseln men ofta är de mycke andra saker man kanske råkat ut för.

N1 - Jag har haft några som typ...* (kommer att representera tystnadspaus) jag har haft en som... börja gråta... i... ja när man mätte och då har hon haft cancer och typ så här... och... det blev väl bra typ. Vi fick ju lite kontakt. Men man blir ju stel som en pinne liksom.

N2 - Ja de är ju, alltså det finns patienter vars... ja partner ska man säga som har gått bort och det finns ju dem som har fått cancer eller liknande och det är ju en sorg i sig. Eller kanske att dem rent... jag kan tycka att sorg också är att dem kanske tappar sin förmåga att se eller höra, att det är en sorg i sig. Så det möter man ju ganska ofta. Att det är någon form av kris runt det, men rent sorg för att någon har gått bort, det händer ju...kanske inte så ofta. Det kanske inte är så många som vågar berätta om det egentligen, men det händer ju då och då. Det gör det ju.

2. Kan du berätta hur ett sådant patientmöte kan se ut och hur du hanterar det? Vad kan vara lätt/svårt?

E1 - Det jag tänker på direkt det var en man jag träffade för något år sen som var väldigt go och glad. Och så skulle han komma tillbaka på ett återbesök och jag hämtade honom i väntrummet och så frågade jag hur det var med honom och så sa han; ”Ääh de e inte så bra för min fru dog igår”. Och så började han gråta. Det är väl det som jag kanske tänker på främst så, som var så där väldigt konkret att det var sånt nästan akut sorg i honom. **(Intervjuare - Vad gjorde du då?)** (suck), ... Vad gjorde jag? (audionomen tänker tillbaka) Han berättade redan i korridoren så det var ju folk där så jag tror att jag klappade honom lite på axeln och så sa jag; ”Men då börjar vi med att gå in och sätta oss och prata lite för jag antar att du behöver

det". Det känns ju som att man blir liksom en medmänniska fast man har, man har nåt slags skydd av att man är kliniskt blåklädd så att säga. Så man behöver inte vara privatperson så. Men, asså man får ju bara ta fram sin medmänsklighet känner jag. O så sa jag väl det, sa jag väl det ganska snabbt att vi får väl se hur mycket vi hinner göra med hörapparaterna för jag förstår att du kanske inte nå tänker främst på dom idag. Och det tycker väl jag att när man hamnar i dom situationerna, i såna akuta fall, att att man måste ändå tänka först och främst så är jag en medmänniska och jag jobbar inom vården och hörapparaterna kanske inte är så viktig just nu. I det fallet var det väl så, han pratade väldigt mycket och grät ganska mycket. **(Intervjuare - Vad kan vara lätt och svårt i den situationen?)** Dels så tror jag att det beror på hur man själv har för vana o ta emot sånt. Jag tror att är man inte van vid att träffa nån som är väldigt ledsen, så tror jag att det kan vara svårt att veta vad som är rätt o säga. Det svåra e nog de här liksom hur pass intim, e fel o säga (skratt), men hur pass ska man, ska man krama nån som gråter till exempel, eller inte? Hur pass kan man verkligen bjuda på den tiden man har som egentligen är avsatt för nånting helt annat. Det kan jag tycka är svårt, en del patienter som man märker dom egentligen bara går kvar hos en för att dom har ett behov av att prata. Och hur gör man med dom? Vart går, var var nånstans går ramen för vad man kan erbjuda då. Det tycker jag är svårt. **(Intervjuare - Finns det nåt läge där du känner att du kan föra dig framåt ändå, nånslags taktik eller nån tråd som patienten ger dig så att du kan fortsätta vidare?)** ... Ja de skiljer lite i vad de är i för läge så. Är de i akuta lägen då tror ja att då (skratt) får de bli som det blir, men en del patienter kan man märka att de har ett behov av att få prata av sig, o då tycker jag att de kan va bra att lägga upp en strategi där man säger att; "Okej, men vi kan väl prata lite först om hur du mår o så, hur är de med själen idag" tex, o sen att man, sen säga att okej men om vi nu går över på dina hörapparater, att man försöker liksom avgränsa det lite, men nä de de e svårt ibland. Det händer väl att man faktiskt ändå låter patienten få komma tillbaka fastän de inte borde ibland för att man vet att de behöver de.

E2 - De var inte för så länge sen jag hade en patient som var i väldig chock o sorg mycket beroende på sin tinnitus. Hade fått ganska plötslig, jätte kraftig tinnitus o de hade dras med så de var väldig mycket problem med familjen o med jobb o liksom på många sätt sådär. I de mötet så var de som allt släppte så att han började gråta jättemycket o liksom de kändes som att hela besöket gick ut på att lyssna o försöka trösta mycke. O då kände man att man går nog mer in me som medmänniska än liksom att man har jättemycke att luta sig mot kanske; "Såhär borde jag säga eller göra" så utan, att man försöker finnas där. **(Intervjuare - Vad kan vara lätt eller svårt i ett sånt läge?)** De som kan va svårt eller de som man bör

tänka på kanske är man inte kan förstå de, asså man kan ju aldrig sätta sig in i den personen helt hur de är, utan man får försöka säga att; ”Jag förstår att du e ledsen eller att de e jobbigt” men de e ju svårt att förstå vad dom upplever såklart. Man har ju samtidigt den här stressen att de e vissa saker man ska hinna med på ett besök också så att det är svårt att flytta fokus ibland från de här som e viktigt att de berättar naturligtvis. Man är inte så förberedd på de.

N1 (**fortsättning från fråga 1**) - Nä... vad jag gjorde? ... (tänker) typ bara; ”Jaha” (alla skrattar). Eller typ så här, man kan ju inte kramas liksom, men man säger ju; ”Aha va jobbigt” och så får de liksom prata och så... så blev det ju bra sen. Så det var ju... (tänker)... nä det var faktiskt inte så jobbigt. Nä. Men... det svåra är väl de som har tinnitus, som tycker det är jobbigt, för det ju... och gubbar säger ju typ ingenting. Alltså det här är vad jag tror, för de säger ju typ ingenting. Men de är ju verkligen, (tänker) man kan se på dem att de ser typ spända ut när man tar upp det. Så det är ju väldigt jobbigt för dem... typ. Fast jag vet inte om de kanske inte vill säga det till en annan kille typ, jag vet inte vad som är bäst om de säger det till en kille i min ålder... eller om de säger det till en tjej... jag vet inte. Det är svårt. Men jag vet inte om dem...(tvekar)... jag vet faktiskt inte (skratt). Alltså man är ju inte tillräckligt förbered heller, liksom. (**Intervjuare - Vad kan vara lätt och svårt i ett sådant läge? Om någon börjar gråta, vad är det svåra i det?**) (Audionomen suckar och funderar). Ja, det svåra är väl att man... att man typ skulle vilja vara så där ”åh!”(Gör till ett mjukt tillgjort röstläge) eller du vet, så där mjuk och go, men så blev det inte för mig i alla fall (skratt). Fast man var ju ändå så här typ intresserad av att prata. Så jag tror inte **man** kan förvänta sig mer liksom. Men... (**Intervjuare - Är det för att man har lite det här att man ska vara professionell, alltså att man har detta i bakhuvudet någonstans?**) Ja men det är det väl ändå. Typ... och... sen är det väl också personlighetstyper... Jag tror inte jag är så duktig på sådant. Men det finns väl säkert vissa som är det (alla skrattar). Liksom, det tror jag är en personlighetsgrej. Jag tror inte att det är något du typ kan lära dig... faktiskt... Men jag menar man kan nog... (tänker)... Nä! (bestämt) Jag tror det är en personlighetsgrej, faktiskt.

N2 - Ja... (tänker efter) Alltså jag visste ju inte, jag kan inte komma på något specifikt fall, men jag kanske kan generalisera lite... Alltså innan besöket har man oftast inte så stor koll på vad patienten ska säga, men sen i början märker man kanske att den för ett kroppsspråk som att den, den blir ganska så... att det liksom släpper någonting i patienten om man säger så kanske den till och med börjar gråta och liksom börjar förklara varför... varför det kan ju liksom, då får man ju... alltså jag tycker att det viktigaste då... själv upplever man det som

att; ”Oj, nu händer det någonting”. (skratt) Man blir liksom ganska, jag tror att jag personligen är ganska öppen och försöker ta in bara. Egentligen bara lyssna och... alltså, ställa någon fråga kanske, eller fråga om de vill ha något, en näsduk eller så, bara för att man förklarar och kanske säger att det är ok. Det är helt ok att patienten blir ledsen, att det är ganska så naturligt. Men inte försöka att... alltså man kanske inte behöver fråga liksom om pat... partnern så mycket. Man kanske inte behöver fråga om cancer utan mera att man försöker få... man brukar försöka få patienten att prata ur sig lite så att den kanske kan, man kanske kan återgå efter en liten stund till det man håller på med. Att man låter det ta en liten stund... (tänker) och att sedan så frågar man; ”Är det är ok att vi fortsätter med besöket?” Men att man ändå... man på något sätt visar att det är ok... men det är klart att man blir ju lite påverkad själv också. Så efteråt får man försöka sätta sig ner och fundera lite på... (funderar) om man ska ses igen, vad ska man göra då? Och lite hur man hanterar det själv och så men... jag tror bara att man måste försöka... alltså öppna upp och lyssna! Alltså så som vi har lärt oss då på utbildningen. Ja att... det passa ju ganska många situationer att man bara... ja, låter det bara ta lite tid och försöker bara vara där helt enkelt... (tänker)... och kanske vill ha en kopp kaffe (skratt) eller vad som helst. Någonting som lättar upp lite. **(Intervjuare - Finns det något som kan vara lätt eller svårt i ett sådant läge?)** (Andas ut och funderar)... alltså... som när man har ett schema att gå efter så kan det vara lite svårt att man inte riktigt får tiden på sig och faktiskt lyssna... (tänker)... och ibland kan det vara svårt att veta alltså hur, hur pass... egentligen så ska vi bara fråga om hörsel. Vi ska fråga lite om det sociala men vi, vi kan ju egentligen inte vara psykologer (skrattar till) på någon djup nivå. Så att ibland kan man känna att man blir lite... fundersam till hur man ska, vad man kan fråga om och lite... var gränsen går... så... vi har ju en viss kompetens på att vara lite terapeutiska, om man säger det så, men ibland så känner man att det blir lite... man skulle gärna vilja lämna över till någon... Man har ju fått lite verktyg ändå med krissituationer och så, att man vet hur man ska bemöta och så men... ja... inget på djupet kanske.

3. Påverkas du på något sätt innan, under och/eller efter patientmötet, i så fall på vilket sätt?

E1 (innan patientmötet) - Ja de kan ja nog säga, för de finns patienter som, ... det är så hemskt att använda ordet, men en del kan man uppleva som jobbiga. Därför att de kanske har en sorg eller ett handikapp som yttrar sig kanske i att dom inte kan prata om nånting annat. Att dom fastnar i det. Och att man känner att; ”Ååh nu har jag lyssnat på de här varenda gång och man

vet inte hur man ska komma vidare och man känner att liksom de kommer aldrig fram för att det bara är de här som blockerar och man känner att det spelar ingen roll om jag lyssnar för det liksom händer ingenting”. Men asså innan kan de väl va så att vet jag om det så så, för de första så, jag dåligt minne och ja kan ju inte skriva allt i journal så att jag gör ibland så som man egentligen inte ska göra att ja sätter gula post-it lappar på audiogrammet tex, så skriver jag ”patientens fru nyligen dött” till exempel för att ja ska va lite förberedd på att; ”Juste förra gången var det såhär”, så att ja ska komma ihåg de. Då kanske ja brukar ta upp de för de kan vara skönt o känna innan att ja kommer ihåg de så att ja inte sitter o börjar fråga igen; ”Hur går de när frun pratar då?” För de kanske vi hade sagt i delmålet för tre månader sen. Men men de beror väldigt mycket på vad de e ledsna för. Men ja tror inte att jag är så rädd för sorg faktiskt. Jag har inga problem med det.....Om det inte är min egen då. **(Intervjuare - Under o efter själva patientbesöket, påverkas du på nåt sätt då?)** Med tiden tror jag ... Man går in i en slags autopilot-läge faktiskt, men efter kan jag ju verkligen känna mig väldigt, jag kan känna mig dränerad ibland. Sen att de ofta sitter kvar långt efteråt, jag mer, jag kommer ihåg hur de ser ut en del av mina patienter. O precis hur dom har mått o sett ut när de har gråtit o sådär. O sen beror de nog på om ja känner att jag har hjälpt dem eller inte. I vissa fall när man kanske har hänvisat dom kanske till att ta kontakt med en psykolog o så o de har gjort de då kan man känna sig jättebra efteråt (alla skrattar) vad skönt att de ledde till nå bra. Men när man inte riktigt vet, om de kanske till o med har varit inne o pratat om självmordstankar å sånt o man känner att gud de här är ja inte alls, vet jag inte alls vad jag ska göra av, så kan man ha en oro efteråt också, när man inte vet hur de gick.

E2 (innan patientmötet) - De gör man säkert omedvetet, ja tycker att de e väldigt bra om man vet om de för de e långt ifrån alla remisser där de faktiskt står men ibland kan de ju stå o då kan ja tycka att de e skönt o veta om de. Sen så vet man ju ändå aldrig oftast va de beror på eller hur svårt personen har de eller så. Men visst har man de lite mer i bakhuvudet om man vet det, det är mer jobbigt om de liksom bara kommer sådär. Tycker jag. **(Intervjuare - Under och efter själva patientmötet påverkas du på nå sätt då och på vilket sätt?)** Efter e klart att beroende på vad det är som har kommit upp så är de klart att man inte går därifrån helt opåverkad utan viktigt att man får prata med kolleger bolla lite grann vad som har hänt o vad som har kommit upp å sådär. Så att då e de väldigt skönt att man är en grupp där man känner att man kan prata med alla faktiskt som vi kan göra här. De hade vart jobbigt om man hade varit helt själv.

N1 (innan patientmötet) - Ja men om jag läser om det menar du, innan? **(Intervjuare - Ja precis.)** Ja det ska man ju aldrig göra nästan tycker jag för när man läser om det så är det ju... blir det ju alltid annorlunda typ. Om man läser om det så tror man så här; ”Ah shit! Åh va jobbigt!” Ångest typ. Och så blir det typ... konstigt bemötande på något sätt. För dem kanske, det kanske inte alls är så. Eller tvärtom du läser så står det ingenting och så gör du som vanligt och så är de gör- deprimerade, du vet. **(Intervjuare - Hur påverkas du då? Om du märker det under själva besöket?)** Alltså man blir ganska... ”Shit!”... men... man blir ju ganska typ... ja, det är jättesvårt. Det är ju jättesvårt. Jag vet inte riktigt. **(Intervjuare - Blir du rädd eller vad är känslan i dig? Liksom första reaktionen.)** Nä det är nog... jag vet faktiskt inte (skratt). Inte rädd blir man ju inte... men man blir ju... (tänker) man blir ju intresserad och man skärper till sig liksom. Det gör man ju. Så och det ju... man försöker verkligen... göra sitt bästa. Men det är ju skitsvårt. Det är ju så här... nyanser i allting, man kanske... man kanske typ (tänker)... Man kanske försöker för mycket liksom. Ja, det är ju jättesvårt. Men det kanske inte är ju... ja, man är ju ganska dåligt förberedd ändå. Så ja... **(Intervjuare - Efter ett sådant besök, påverkas du på något sätt då?)** Ja men lite så här... typ svettigt och så; ”Shit! Vilken grej!” Men jag menar det har ju inte varit ofta, men när det har hänt så har det ändå blivit bra till slut. Mm. Eller typ så här, man har ju fått en kontakt, att man ändå går genom någonting. Som när hon den här patienten som jag hade, hon gick ju ändå genom någonting typ därinne. Det blev en grej. Så då lär man ju känna varandra. Och sen blir det inga problem att prata med varandra efter det. Hon har ju typ ”blottat” sig, eller du vet så där. Jo men så är det ju. Så det blir ju oftast bra av det. Till slut.

N2 (innan patientbesöket) - Jag vet inte, det beror lite på hur patienten var förra besöket. För om den blivit arg så försöker jag tänka genom besöket, så att jag, att vi ska försöka komma framåt och vi ska försöka lägga upp det på något konstruktivt sätt, men om jag vet att patienten är... liksom har någon form av depression, så är det bara att man kanske helt enkelt... får ta ner tempot lite om man säger det så... man kanske får...(tänker)... man kanske får tänka lite på hur man, hur man är då (skratt) mot patienten... Jag vet inte om jag svara på din fråga riktigt men... men att man får tänka sig lite för hur man ska... man blir ju lite olika även om man ska behandla likvärdigt så får man tänka sig lite för, hur man kanske lägger upp besöket eller tillfället när man träffar patienten och kanske att man... Det kanske inte är så viktigt att de får en massa information av mig, utan det kanske är viktigare att man får prata lite om hur det ser ut i vardagen generellt och socialt för det kanske är ganska viktigt och kanske den, då kanske det lossnar lite så att man kan... så att när den patienten går därifrån,

att den blir mer pepp till att ta tag i sin hörsel, sina hörselproblem på något sätt...

(Intervjuare - Tycker du att det är obehagligt att återträffa en patient som, som var ilsken, har gråtit, varit upprörd eller vilken reaktion som helst?) Nä... (tänker)... Jag vet inte. Oftast så, så är ju... Jag har ju ändå varit med ett litet tag. Jag har ju inte varit med mer än ett par år, men jag tycker nog ändå att patienten... (andas ut)... ska man säga... om de har varit arga så är de ju oftast... då, då bestämmer jag mig för att, att jag bara... man får ju ändå stå på sig lite och tänka att jag duger liksom. Jag får göra så gott jag kan och det här är det jag har och man kanske pratar med någon kollega då för att känna sig lite extra trygg i det man har gjort och tänka lite på vissa saker. Men oftast när patienten som kommer tillbaka varit arg så kanske man nånstans... då kanske han inte är lika arg längre, han eller hon, utan det brukar oftast lossna, ilskan... upplever jag det som... (tänker efter)... Men man kan ju gå in och vara ganska så självsäker då och försöka berät... visa på att... ja men..."Det här vill vi! Det här vill jag! Jag förstår att du är arg". Bekräfta att; "Jag förstår att du är arg, men nu är det så här att vi behöver göra det här också och... ja jag tycker fortfarande på det här viset, så här gör vi". Men om någon är ledsen så är det klart att man försöker... man kanske kollar av; "Hur är det med dig idag?"... innan man börjar gå in på allt som ska göras helt enkelt eller det man ska prata om... ja... så att man, man kanske frågar lite extra. Men andra besök kanske man inte frågar; "Men hur är det idag?", utan bara; "Ja idag ska vi göra de här o de här", att man bara börjar på en gång. Men oftast så tar det ganska lång tid upplever jag att patienten... innan de börjar öppna upp. De kanske inte gör det i första besöket. Men ibland så när de kanske... är i lite kris för de tycker att de blivit felbehandlade... ja så kris... vad ska man säga... nederlag eller så då kan de ... då kanske de öppnar upp sig på en gång och då får man ju... när de kommer tillbaka sen så kanske... ja men oftast så förändra sig ju känslan. De kanske går från ledsen till arg eller arg till ledsen och så. Och så till slut har de kanske förstått att det... det är ok (skratt) liksom får säga det att det är ok... att de är arga eller ledsna liksom... men man är... man får ju ändå vara, man får ju inte tänka att; "Det är den där arga patienten som kommer nu", utan...(tänker efter)... det är klart man tänker det, man får försöka... man får försöka tänka liksom att; "Nu börjar vi om igen" liksom, "Nu är det någon ny, ett nytt besök... nu får vi göra så gott vi kan här"... så klart... oavsett om det är ledsen, sorg eller ilska det handlar om... ja. **(Intervjuare - Påverkas du på något sätt under själva besöket och kanske efter? Om de har varit arga eller ledsna eller något sådant, hur påverkas du då?)** (andas ut)... alltså under själva besöket så är jag väl ganska inriktad på att försöka se vad ... om jag liksom kan stötta på något sätt och kanske säga, tipsa om att de kan prata med vårdcentralen eller att de kan prata med hörselteamet eller så... mest bara vara i situationen.

Så då tänker jag nog inte så mycket på vad som händer. Det kanske bara blir lite så här... inte så här chockat på något sätt utan mer, lite överraskad kanske för det är inte ofta som jag kanske märker något innan... men om man säger efteråt, så är det klart att man funderar på det. Jag tror jag är ganska bra på att släppa det. Alltså efter, om man tänker sig att det kanske går lite stund efter besöket. Men precis efteråt så är det klart att man blir lite tagen. Man kanske behöver ventilera då med någon kollega eller så för att... kunna få något... sätta lite distans till det. Liksom det är klart att man kan, att någon som kanske får cancer eller någon som går bort... ja... att man ändå får prata av sig att det är ju... man är ju ändå medveten om det... (letar efter ord)... att man själv kan hamna i en sådan sits. Det kan vara lite obehagligt att man känner att man själv kan liksom... ja... någon i närheten kan gå bort eller man kan drabbas av någon sjukdom eller så... (pausar)... så det, det är klart att det drabbar en också men... man är ju ändå ganska så duktig under själva besöket tror jag och liksom... ja... och sen så efteråt, att man liksom, man får tänka genom det så släpper man det igen tror jag... ja....

4. Hur fortgår du rehabiliteringen, vilka strategier använder du dig av?

E1 - För de tror jag är jätte olika, hur man är som person. Många tänker nog konkret; ”Nu kan vi inte ta detta” och egentligen så är det inte vårt jobb faktiskt, jag menar det är ju inte de. Men som sagt de beror på fall till fall, o just att man kanske frågar patienten vad de själva är beredda på att göra under de besöket. O att man kan till o med frågor; ”Klarar du av detta idag, orkar du med de här?” O de kan ju allt möjligt, olika sorters sorg. För de mesta tycker ja att man kan göra mycket fastän de e väldigt ledsna. Strategimässigt så tycker ja de svåraste, som sagt, e mer när de e, de här när de har fastnat i nånting, en tanke om att; ”Ja äh de spelar ingen roll för ja hör ändå inte vad, vad min man säger vid TVn o han blir så arg”, o så blir de ledsna. De är ledsna över nåt specifikt o så kan dom inte komma förbi de trots att man kanske har sagt att; ”Aa men de här kommer vi inte komma åt för de handlar om situationen o de e omöjligt”. De e då jag saknar strategier (audionomen skrattar) faktiskt.

E2 - De e ju jättesvårt asså de känns ju de e ingenting man kan bara stressa över på nåt sätt utan de har väl hänt att de har vart besök där man egentligen inte kommer in särskilt mycket på hörseln eller hörapparater utan att man behöver få sitta o prata om de här. Sen har man ju alltid nästa patient så att nånstans får man ju bryta också. Men de e svårt o stressa förbi de o säga att nu ska vi bara fokusera på detta utan de måste ju ta den tiden som behövs. Eller att

man skjuter på de till nästa gång. **(Intervjuare - Så ta sorgen eller vad man säger så i första hand då?)** Aa ja tycker de. De tycker ja. ... Oo att man kanske e tydlig med patienten då att; ”Pga av de här, att vi har pratat mycket så hinner vi inte detta”. Men oftast så är de ju inget problem för dom utan man måste nog ta de här första innan man ... innan de andra kan bli bra också.

N1 - Hm... (tänker efter)... nä nu tycker jag bara efter att jag jobbat, nu har jag jobbat lite i alla fall och då tycker jag att man inte ska ha det, typ. Man ska nog bara gå in och bemöta dem och vara sig själv liksom. För då blir det bara fel annars. Det blir ju typ jätte... med en gång det blir som om du ska gå in och läst på innan och tror... tror massa tankar så kan det ju bli helt fel. Men jag tycker det är bäst att vara... det blir bra om du behandlar alla... på samma sätt. **(Intervjuare - Planerar du om besöket efter patientens reaktion? Så att säga, eller fortgår du din plan så som du hade tänkt dig?)** Jo men det blir ju annorlunda, typ som, typ man har väl sin plan men när någon börjar gråta så får man ju släppa det liksom... det kan ju bli att man pratar... en timme istället. Man kan ju inte bara; ”Jaha!” och så bara; ”Har du någon typ hereditet?” (skratt). Eller nej, det går ju inte. Så ja det blir ju, man får nog släppa planen ja. Jag menar... och typ lyssna och så...

N2 - Nä, alltså om vi säger att det är någon patient som har någon form av kris eller så, så kanske man behöver mer tid för, och... jag tror inte att informationen går lika lätt in då hos patienten, utan det är mycket att man... De måste få just bara sitta och kanske vara och kanske måste få prata av sig lite innan man kan fylla på med ny information. Så jag tror att då kanske det är... (tänker)... precis som patienter som kanske har minnessvårigheter, så kanske man måste ha bara ett till besök eller kanske två till besök... kanske ett i början på rehabiliteringen, liksom bara prata om hörsel och situationen och så... ja... och sedan så... ja men efter när man provat någon form av åtgärder och se lite hur det går... (funderar)... om man bara tänker på rehabiliteringen liksom... Att man behöver kanske lite mer besök men det är ju inte något påtvingat. Det är ju mer att man känner av; ”Hur mycket ska vi göra idag egentligen?” Liksom att man kollar av med patienten och patienten kanske inte alls har lust att komma till mig. Det kanske är det som är problemet? Det kanske är därför som den är frustrerad, därför att den hellre skulle gå till någon annan... psykolog eller så, och då kanske de är bra att den får göra det i så fall. Att man tar ett litet avbrott och så får den komma tillbaka... det beror lite på fall till fall så.

5. Har du möjlighet att vidareremittera patienten till andra professioner i vårdkedjan?

E1 - Ja och nej. Asså problemet e ju att man då ska försöka bedöma vart dom ska och av vilken anledning. Asså är det tydligt att dom e ledsna eller behöver hjälp pga deras hörsel, då finns, då känner jag att de finns ställen att remittera till. Men om de inte e de, utan att de kanske är ledsna över att någon har dött eller att man är dement o dum eller vad som helst då känner jag att liksom, då är de bara att hänvisa till vårdcentralen. Så känner jag lite såhär att kommer de verkligen få hjälp där? Så ibland kan jag känna att jag saknar de. Vi hade ju vid ett tillfälle handledning i grupp så att vi fick prata med en psykolog vi som arbetade. O de va skönt för då kan man känna att man kunde fråga henne så, men de e väldigt sällan man har. De känns som att alla ställen skulle behöva en psykolog.

E2 - De tycker jag absolut! Där vet man väl mer hur man ska gå tillväga om de e team eller om de kanske ska till en vårdcentralskontakt till en psykolog eller kurator o sånt men de kan vara lite svårare att veta vad man själv ska göra o hur mycke man ska lägga på patienten själv. Egentligen så är väl tanke oftast att patienten själv ska kontakta sin vårdcentral men de e ju inte alla skenen dom ens orkar, så att då får man ju själv skriva en remiss i så fall, de har man ju möjlighet att göra. Absolut!

N1 - Nä men om, det, det jag har varit med om, om det är så här typ sjukdom, de... kan man ju inte skicka vidare. Men det är väl, det är ju ganska... (tänker) det är ju ganska jobbigt när det är typ tinnitus kan jag tycka. För då... det vi har varit med om är att... man vill typ remittera till vuxenteam och när man har gjort det så har det varit lite "kalla handen" typ och; "Nej det tar inte vi". Det har ganska många här varit med om tror jag. Och... om dem typ så här, att de inte vill leva och sånt typ... då skulle det vara enklare tycker jag att... att få hjälp att remittera. För vad ska man annars ha dem till? (fnyser till, alla skrattar). Eller det är ju klart att dem ska dit då. För det är så här att... nu är det väl att man ska säga; "Ja du får gå tillbaka till vårdcentralen och söka" liksom... så ja.

N2 - Alltså man kan ju, om det gäller hörseln, så kan man ju remittera till... om det har något med hörseln... någon sorg kring det, att man har tappat hörseln eller vad som helst så kan man ju vidareremittera till vuxenteamet... och de känns ju ganska tryggt att det går att göra. Men ibland så om det är nånting som kanske har med kroppen att göra, att det är nånting annat, att de är någon sorg som inte kopplar till det helt enkelt då... då är de ju svårare och då

vill, då ska man ju be att patienten själv egentligen söker sig till vårdcentralen helst! ... Man kan ju skriva en remiss själv också, men det bästa är att patienten gör det själv via vårdcentralen och sen att de skickar vidare. Och det känns ju lite jobbigt ibland... om patienten är så pass instabil, så att man själv känner att man vet inte riktigt. Man är lite osäker på hur man ska gå tillväga ibland... (tänker)... patienter som är kanske deprimerade och som kanske inte ens vill prata med någon fast de skulle behöva. Så det är ju en svår balansgång... Är patienten lite skör så kan de vara svårt att veta om den själv kan fixa det och om de själva vill prata med någon. Lite så tänker jag att det är. De beror lite på, men ibland är det lite svårt att veta hur man ska göra. Och det diskuterar vi en hel del på jobbet ibland att; ”Ja hur... om det är någon som har liksom någon form av sjukdom eller så och hur ska vi göra?”. Ja det är mycket på jobbet eller så, så det är ju... det är ju inte vårt ansvar men det är klart att det påverkar oss. Vi vill ju gärna vägleda vart man ska ta vägen.

6. Känner du att du får stöd på din arbetsplats vid behov?

E1 - **(Intervjuare - Har ni kvar detta med stöd/handledningsgrupp?)** Nej de var ett tag vi hade de. O då var de mycket prat om de; ”Vad gör vi i dom här situationerna när vi egentligen inte har verktyg?”. För de har man ju inte riktigt o de behöver ju inte bara va de (sorgpatienter) utan de kan vara aggressiva patienter, patienter man inte kommer vidare med, eller vad som helst. Oo de va jätte jättebra för då var de ju en psykolog som man pratade med som gav oss ganska konkreta verktyg så. Men vi har också ganska bra klimat så ja känner att ja kan, kan gå in o prata med mina kollegor så. Vi hade en föreläsning i i jämlikvård för ett tag sen o då pratade dom om att det fanns undersökningar som visade att man, när de e lite, patienter man upplever som lite jobbigare så har man en tendens att prata om dom mer i fikarummet med mer lite han, hon o såhär, o de tror inte jag alls är konstigt o de ju inte på nåt nedsättande sätt utan det e ju att det kanske är ända gången på dan jag har möjlighet att ventilera ut mitt. Sen försöker man kanske ta det i enrum men ibland blir de ju att man sitter i fikarummet fast man inte borde. Det e ju ett skydd liksom. Men ja känner nog att ja har stöd. **(Intervjuare - Varför har ni inte kvar handledning i grupp?)** Handledningen upphörde nog mest pga att vi kände att vi slagit i taket för den form vi hade handledningen i. Vi var i stora grupper och jag upplevde själv att jag nog gärna hade haft handledning i små grupper eller enskilt för att det skulle vara fortsatt givande. Men, det är min gissning, tidsbrist både från vår sida och från psykologen som höll i det är nog en annan orsak.

E2 - Jaa men absolut! Men ja tycker att vi pratar ganska mycket, man kan gå in o prata på nåt rum till en kollega eller så tar man de mer med stängda dörrar när man fikar o så. Så ja tycker att alla pratar väldigt öppet om om de o även med chefen om de e nåt speciellt. Så de e bra.

N1 - Ja det är ju kollegorna man gör det ju. Eller vi gör det här. Mm. Det känner jag. Så då får man ju prata en stund så blir det bättre. Eller typ, fråga vad dem skulle ha gjort... eller... hur de skulle göra och så där... men ja.

N2 - Jo... det är lite svårt med sekretessen ibland och försöka... lägga upp det på något bra sätt så att, så att det liksom, det inte hamnar hos fel person och så. Man kan liksom inte kolla hur som helst på journaler, men man kanske kan ventilera och förklara på ett allmänt sätt. Att det handlar om en depression, eller det handlar om en... om sjukdom... att man försöker förklara ganska ytligt ändå vad som det handlar om och på så sätt få lite stöd... Kan man ju... (funderar)... ja så att... Ganska så bra stöd får vi ändå... Det är alltid komplicerat med sekretessen... **(Intervjuare - Från vem får du stödet?)** Ja det är mina kollegor. Ja, alltså chefen och så... det är ju klart att de kan stötta och så, men det är som att... det blir... hon har så mycket att göra ändå på något sätt. Så att man tar inte, man lägger inte på den det extra på något sätt... men kollegorna där känner jag att jag får stöd, absolut.

7. Känner du dig förberedd för möten med patienter i sorg? Hur har du lärt dig att ta emot dessa patienter?

E1 - ... Nää asså ja vet ju aldrig om jag gör rätt, det kan jag känna är ett problem. Jag känner inte att jag är orolig längre om ja; ”Oo gud tänk om jag möter nån som gråter”, så känner jag inte. Men, för de har man liksom lärt sig med åren vad som funkar o inte funkar. (Intervjuare - Av erfarenhet?) Ja precis. Men men däremot så har man ju alltid den här gnagande känslan av; ”Sa jag verkligen rätt nu?” Därför man har inte utbildning för att se sånt. Så det kan jag ju känna ibland att man. Jag hade nån patient som till exempel började princip med att säga att; ”Jag kom inte, jag kom en halvtimme försent nu för jag satt hemma och kunde inte bestämma mig för om jag skulle ta livet av mig eller inte”. Och då är man sådär; ”gör jag rätt saker nu?” ”Borde jag ta henne till akuten eller hur asså ska jag bete mig?”

E2 - ... Jag känner mig mycket tryggare med det nu än när ja va helt ny, när man inte hade så mycket er.. ja tror att de kommer väldigt mycket med erfarenhet att man faktiskt råkar ut för

de också men de e klart att första gångerna så var man ju väldigt osäker på; ”Borde ja ha sagt nåt annat eller vad händer när patienten går hem nu” o de e ju ibland tveksamt på hur dåligt man mår också. Jag tycker lite mer exakt så att man blir mer och mer erfaren, att det är mer enklare ändå att känna att man gjorde hyfsat rätt så. Sen kan man ju alltid ha velat göra mer eller skulle kunna hjälpa dem på andra sätt fort sådär o de tar ju tid allting också. Men de e ingenting som skrämmer en så. De e de inte. **(Intervjuare - Men de gjorde de innan lite mera, när du va ny?)** Ja som ny tyckte ja de va mer svårt o avgränsa de, de va lättare att man tog på sig för mycket. Att man liksom kan känna att dom komma tillbaka igen fast man mest pratade om sånna här saker. Man kanske skulle ha vart tydligare med att remittera vidare eller avgränsa sig att; ”De här e inte mitt område” så. Nu vet man o känner på ett bättre sätt att; ”Här men liksom inte längre” utan då behövs de andra insatser. Men de tyckte ja va jättesvårt i början.

N1 -Nä men... ja men... (tänker) Nä! (skratt) Eller jag tror ingen är det, typ... Då måste man nog ha jobbat med sådant innan. **(Intervjuare - Så lite mer erfarenhet?)** Ja och typ på riktigt. Du kan ju inte läsa eller typ så här... ja skådespel... för det glömmer du med en gång sedan när det händer på riktigt. Alltså det tror jag! För det är ju klart... jo men så tror jag att det är. Men... ja.

N2 - Ja (tvekande)... alltså någorlunda skulle jag säga... Jag tror det handlar lite om sunt förnuft. Man har lärt sig mycket och så men, det handlar liksom om att använda både det och hur man själv är som person tror jag... Det beror lite på hur man, hur man är mot medmänniskor, hur man tänker generellt... så jag tror att ... ganska så bra, men det skulle vara bättre att få ännu mer information så klart... och hantera ilska eller sorg så klart. Det är ju klart att det är alltid bra tycker jag. Man kan alltid bli bättre på det. För det är ju ganska många som, som förnekar eller har vissa sorgeprocesser eller ganska mycket sådana... ja... sådana processer helt enkelt (skratt). **(Intervjuare - Och det du har lärt dig, är det från om man säger utbildningen eller är det från erfarenhetsmässigt?)** Jag försöker tänka på utbildningen ganska ofta liksom vad man har lärt sig där... Man försöker... jag tror det ligger liksom i... ja ryggmärgen så, men samtidigt så tror jag att det handlar mycket om att man, man försöker tänka efter vid besöken. Det är någon kombination helt enkelt... ja någonting som man lär sig. Det är svårt att sätta fingret på tror jag.

8. Finns det något som du behöver/saknar för att känna dig mer säker i mötet med dessa patienter?

E1 -Handledning, ABSOLUT! Kan jag känna att vi skulle behöva ha faktiskt. **(Intervjuare - Det som du berättade om innan att ni fick?)** Ja! Jo även kanske att man ibland att man har det kontinuerligt och även ensam ibland med nån. Just för att vi har, jag tycker att vi är utsatta när vi har de här utredande samtalen ibland att vi får väldigt mycket på oss. Dom har helt plötsligt 45 minuter med en sjukhusklädd person som dom vet har sekretess och de e ju jättemånga som känner; ”gud vad skönt, nu kan jag prata”. O så sitter man där liksom helt oförberedd. Vi hade under våra psykologkurser så hade vi en tjej som jobbade med oss, och hon var väldigt BRA på många sätt. Hon lärde ut en del strategier för hur man liksom skulle ta oväntade situationer så. Men ... jag skulle nog önska att man hade lite mer ändå. Fick lite mer konkreta redskap för, mycket för sin egen del; ”Hur gör jag detta för att inte ta med mig detta hem?” ”Vad gör jag när patienten går och det känns som att det är ett stort moln över huvudet på mig o axlarna liksom är uppe vid hakan?” Vad gör jag med det? Det skulle jag önska.

E2 - Asså lite tydligare riktlinjer kring ... ovanifrån från ledningen hur man ska gå tillväga att ... e de en person som uttrycker de här o de här att de e den här o den här planen man ska ha liksom. De finns ju de, men de e inte vanligt, men de finns ju dom med suicide-tankar också o där finns inga riktiga tydliga riktlinjer på att såhär gör du steg för steg. **(Intervjuare - Så lite mer handledning eller?)** Aa lite mer så. O sen tror ja att de hade vart bra i vissa fall att man hade nån genomgång med nån psykolog eller kurator så att man hade lite handledning i grupp också o prata om olika fall o utbytte erfarenheter o gjorde ja rätt eller fel o vad kunde ja ha tänkt på? Nu gör man de med kollegor men inte med nån annan profession så. Så de tycker ja hade vart jättebra. **(Intervjuare - Har du tänkt på din utbildning som du fick, känner du att du fick tillräckligt från utbildningen?)** Nej, inte alls nej. Nu vet man ju inte vad man har glömt heller men de känns inte som att; ”Jo men vi hade den kursen som vi hann läsa”, de som att de va ganska lite. De e så man hör me dom nya också som har kommit att; ”Nä men de hade vi ju ingenting liksom”. De e väldigt märkligt. O som ni var inne på själva de har ju inte ofta att det har med hörsel att göra, det händer ju naturligtvis också, men de e väldigt mycket de andra. Man träffar ju väldigt mycket människor i olika åldrar och många äldre som kanske har mist sin livskamrat eller de händer ju både de ena o de andra, så att de e ju inget ovanligt liksom. Så att beroende på va man själv har för erfarenhet så kanske vissa tycker att

de e jättejobbigt o bemöta också medan vissa är lite mer trygga med de o hur gammal man e o sådär. Så att de behövs nog.

N1 - (Audionomen suckar och tänker)... Nä men alltså... på utbildningen var det typ så här att vi hade ju lite skådespel... att dem typ filma en... men det gick ju inte så bra, för man vet ju att det inte är på riktigt. Och så här sjukt stelt... så var det för mig i alla fall. Så på mig funkade det ju inte, men det kanske funkar på andra? Det vet jag inte? Nä... så jag menar... och typ så här, nä men jag tror inte på det alls. Jag tror att det är ju att man måste ha den erfarenheten innan. Eller få den här! (audionomen skrattar lätt). Ja eller om du... jag menar du behöver ju inte jobba, det är väl bara om du har levt lite längre så är det väl enklare också. Typ vart med om grejer själv. Nä det är görasvårt alltså.

N2 - Alltså det skulle vara skönt med någon form av information eller att man kanske sitter och diskuterar lite som i grupper på arbetsplatsen hur man skulle bemöta det? Om man kan göra nån förbättring?... Och kanske... ja hur man, hur man skickar dem vidare till, till andra instanser som kan ta över helt enkelt om de behövs... Ja och lite vad som gäller i olika situationer. Hur de andra vårdgivarna kanske behandlar sorg och ilska? Vad dem, om det är sjukskrivning som gäller eller vad man, vad de finns för krav, vad de finns för riktlinjer där helt enkelt... Men mer information skulle absolut vara bättre så... Men stöttning och så det tycker jag man får ganska bra från kollegorna ändå. Så det saknar jag inte så mycket, men däremot att man, man kanske kan diskutera mer och informera mer. **(Intervjuare - Tycker du att utbildningen gav dig tillräckligt?)** Ja... alltså ungefär lika tillräckligt som det gav mig andra delar om man säger så... (tänker)... för att vissa delar om man tänker på... ja viss teknik och så, det lär man ju sig ganska mycket om och tillämpa det och man kanske får lära sig ännu mer längs vägen... så jag tycker att man lär sig ganska mycket i utbildningen. Men det är klart att man kan alltid vidareutveckla. Man kan läsa mer och man kan läsa på. Så jag tror att det... det är så mycket annat på utbildningen att det handlar liksom, att få ett, någon start (skratt) och så ska man fortsätta på det helt enkelt... Så att det kanske skulle kunna finnas ännu mer på utbildningen men frågan är... vad? Hur ska man rikta mer tid och så hur ska man, hur ska man lägga upp den informationen i så fall? Det är klart att det är uppskattat men frågan är liksom skulle man behöva jobba på fler andra typer av ämnen också? Skulle man behöva mer medicin? Skulle man ha mer... ja... akustik och sådant. Det skulle man också fundera lite på i så fall... men... ja lite mer skulle ju uppskattas så klart absolut. Mm...

Kompletteringsfrågor

9. Hur påverkas du om en patient uttrycker sin sorg i ilska? Hur känner du inför att möta den patienten igen i ett återbesök? Hur tänker du? Vad är viktigt att tänka på då?

E1 - Ilska har jag faktiskt inte stött på så ofta, det är bra eftersom jag har mycket svårare att bemöta det. Har vid ett tillfälle varit utsatt för en patient som blev väldigt arg när jag gav honom ett besked han inte gillade, han blev väldigt arg och jag kände mig hotad även fysiskt. Jag träffade honom aldrig igen. Någon gång när jag känt mig utsatt har jag inför återbesöket bitt en kollega sitta med i rummet för att slippa sitta själv. Det har däremot inte heller varit pga sorg (vad jag vet) utan pga kognitiva problem. Jag tror att det är viktigt att i de fallen patienten uttrycker ilska att man som audionom försöker se att ilskan egentligen inte är riktad mot mig personligen utan är uttryck för något annat. Jag gissar att ett sätt att möta det är med frågor i stil med "jag märker att du är arg över något, vill du berätta om det?".

Men, jag är som sagt inte jättebra på att hantera den formen av konflikt och blir ofta mycket illa berörd och bär med mig ett sådant samtal länge och går igenom i huvudet hur jag kunnat uttrycka mig annorlunda etc.

E2 - Ibland kan ju patienten på en gång förklara att den är arg, vad det beror på och vara tydliga med att det är själva situationen i sig som får dem att reagera på ett visst sätt, då är de medvetna själva om detta och det är lättare att ta. Då påverkas man inte emotionellt lika mycket, utan man försöker ta det därifrån och nå så bra lösningar som möjligt. Det är lättare att lyssna in och försöka förstå det man tar upp, och ens egna känslor blir inte lika påverkade. Vid en del besök får man reda på saker som hänt i personens liv som kan vara väldigt jobbiga och sorgliga, och jag tycker i mötet med patienten att man tar en lyssnande roll, att man förstår att det är jobbigt men att man är tydlig med att säga att man aldrig kan sätta sig in i den situationen patienten befinner sig i. Efter besöket har man ofta behov av att diskutera det som hänt/sagts med kollegor, så man får bolla det men dem, det är ju först efter som man börjar känna efter och fundera lite mer, i mötet med patienten håller man sig professionell. I andra situationer märker man av att patienten inte mår bra, är arg etc men att det tar lite längre tid att komma fram till vad det beror på. Jag har inga problem att bemöta en patient som uttrycker sorg på detta sätt, så länge patienten inte är direkt ohövlig/eller väldigt arg. Detta händer ju också, då tycker jag det är viktigt att säga att man förstår att de känner frustration/ilska, men att man inte accepterar att det betar sig oförskämt, att man sätter en gräns för vad som är ok och inte. Även om det är ovanligt så kan det förekomma både i telefon och vid personliga

möten på mottagningen, och det är klart att man inte tycker det är roligt eller rättvist att bli bemött på ett sånt sätt. Man kan känna en frustration när man vet hur hårt man ändå jobbar och att man alltid försöker göra det bästa för patienten, när man får oförtjänt kritik. Sen påverkas man såklart olika beroende på hur man själv mår, dagsform, hur det fungerat för övrigt på jobbet under dagen etc. Så är det också väldigt olika hur det känns inför återbesöket. På vår mottagning försöker vi diskutera sådana här saker, och tillsammans komma fram till om det är lämpligt att man i så fall fortsätter att träffa denna patient, eller om det är bättre att den träffar en annan audionom nästa gång. Ibland är det bättre att börja om med ny audionom, för båda parter. Jag tycker att man känner sig trygg i att det är helt ok att "lämna över" till kollega i de fall det känns jobbigt. Om man bestämmer sig för att träffa patienten igen så funderar man ju på föregående besök innan nästa möte. Viktigt att försöka öppna upp med att det är ett nytt besök och att det skall bli så bra som möjligt. Öppna med en neutral fråga kring hur det fungerat sedan sist, och att patienten själv får börja prata. Det är en svår fråga beroende på att det kan vara så oerhört många olika saker som kan ha diskuterats, och att det är så olika saker som patienten känt sin ilska emot. Jag tycker inte det är någon bra strategi att direkt börja prata om det patienten upplevde förra gången, blir lätt att man fastnar i det, tar patienten själv upp det så får man diskutera vidare, men ibland har det ju hänt saker mellan besöken som kan ha gjort situationen lättare.

N1 - Jag påverkas negativt tror jag eftersom man drar sig undan om någon är ilsk/aggressiv. Tyvärr är det också till ens egna dagsform, om man är glad och utvilad tar man det med ro men annars kan det bli ett ganska dåligt bemötande om jag får gissa. **(inför återbesöket)** Man får väl en klump i magen och tycker det är jobbigt. Kan bli onaturligt möte och onödiga diskussioner. Det bästa är väl om man "startar om" och är öppen med detta med patient så att hen också släpper det.