The image features a white background with two large, abstract, organic shapes. One is a golden-brown shape in the upper right, and the other is a dark red shape in the lower left. The text is positioned in the lower right area of the page.

Goda möten
i hälso- och
sjukvården?

Goda möten i hälso- och sjukvården?

HENRIK HAMMAR-
SYMPOSIUM 2010

Region Skånes etiska råd
Region Skåne
JA Hedlunds väg
291 89 Kristianstad

ISBN 978-91-7261-223-5

© Region Skånes etiska råd och författarna

Grafisk form Johan Laserna

Tryckt av Media-Tryck, Lunds universitet,

Lund 2011

Innehåll

Förord · 5
Ingalill Rahm Hallberg

Att med närvaro se två gånger · 11
KG Hammar

Bilder ur verkligheten
– möten i vårdens vardag · 19
Ingrid Mattiasson

Det Goda mötet:
Det mångkulturella perspektivet · 25
Anne Sofie Roald och Hamida Nabi

Att beröra och beröras
– om att mötas i den psykiatriska vården · 39
Ing-Marie Wieselgren

Det goda mötet
– några reflektioner · 47
Daniel Brattgård

Bemötande i hälso- och sjukvården
– etik eller etikettfråga? · 53

Niels Lynöe

Hälsa alltings mål?
Funderingar kring det goda bemötandet · 75

Mats Johansson

Goda möten i vården · 85

Henrik Hammar

Medverkande · 93

Förord

Region Skånes etiska råd bildades 2007 på initiativ av regionrådet Henrik Hammar för att stärka den etiska medvetenheten i hälso- och sjukvården. När Henrik Hammar nu lämnar uppdraget som regionråd har etiska rådet valt att anordna ett symposium med fokus på en av de frågor som återkommande varit på etiska rådets bord, nämligen: goda möten i hälso- och sjukvården? Frågetecknet gestaltar den osäkerhet vi känner inför vad som egentligen är ett gott möte, om ett gott möte verkligen låter sig fångas i ord så att det kan generaliseras till andra möten och också oron för att det goda mötet förenklas till någon allmän vänlighet. För att bidra till samtalet om goda möten inbjöds medlemmar ur etiska rådet, personer som deltog i samtalet under dagen och naturligtvis Henrik Hammar att också bidra till denna skrift. Förhoppningsvis bidrar boken till fortsatta samtal om goda möten eftersom frågan knappast låter sig besvaras genom ett symposium. Snarare är frågan om hur goda möten uppstår eller hindras evig.

Etiska rådets verksamhet består också den i möten och då främst möten med dem som arbetar i vårdens vardag. I samtalen med dem har många frågor av etisk natur väckts. Dit hör frågor om prioriteringar, hur man kan/ska ställa en människa före en annan och hur man kan balan-

sera dessa beslut mot lagar och regler som till exempel vårdgarantin. Dit hör frågor om livets början och livets slut, hur långt man kan/ska gå i insatser för det långt för tidigt födda barnet eller tänja på livet för den åldrade personen eller den svårt sjuke som kanske kan få några dagar eller veckor till, dock inte utan ett pris. I dessa svåra beslut finns inte bara patientens och dennes närståendes smärta och lidande men också personalens känslor som väcks av livets villkor och av att hålla så svåra beslut i sin hand. Etiska rådet har också återkommande kommit i kontakt med de svårigheter som bjuds i möten mellan personer med olika kulturella ursprung och erfarenheter. Även här är det en fråga om ömsesidighet i det att såväl patienten som behandlaren/vårdaren kan representera en kultur som till synes är utanför normen. En ofta återkommande fråga handlar om patientens autonomi, rätt att bestämma och gränsen för självbestämmande. Förväntningarna på vad vården ska/kan åstadkomma ökar i takt med att mer och mer är möjligt. Ideal relaterade till utseende, funktionsförmåga, en vacker och spänstig kropp står ut i dagens samhälle vilket också återverkar på förväntningar på hälso- och sjukvården. Samtidigt är vårdens resurser begränsade. Dialogen mellan politiken, som ansvarar för resurserna, och befolkningen som förväntar sig att bli hjälpt är nödvändig för att inte de som arbetar i hälso- och sjukvården också ska bli tvingade att svara för den vertikala prioriteringen i hälso- och sjukvården.

Etiska rådet arbetar på uppdrag av Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd men är helt oberoende i meningen att ingen av ledamöterna har anställning i Regionen och därmed inte heller är underställda någon beslutande funktion. Rådet bestämmer självt sina arbetsformer och

vem som helst kan hänskjuta frågeställningar till etiska rådet, enskilda eller nämnder. Rådet samarbetar nära med de lokala etiska råden och ambitionen är att sådana ska finnas i alla Region Skånes förvaltningar. Rådets oberoende ställning var en viktig fråga när Henrik Hammar initierade rådet och dess sammansättning. Ingen av oss i rådet funderade särskilt mycket inledningsvis på huruvida det var bra eller dåligt. Med tiden har det dock visat sig att det är en viktig grund för rådets arbete. Region Skåne har utan tvekan satt de etiska frågeställningarna på kartan och är måhända ledande jämfört med andra hälso- och sjukvårdsregioner. Genom det symposium som tillägnades Henrik Hammar vill etiska rådet inte bara ge en eloge till initiativet utan också ge möjlighet till reflektion omkring en central etisk fråga, den om mötet mellan behandlare/vårdare och patient/vårdtagare.

I programmet för symposiet och genom denna skrift har vi i etiska rådet valt att lyfta fram några aspekter på goda möten. KG Hammar belyser relationen som livets fundament och hur relationen samtidigt skapar beroende av den andre. Förutsättningen för goda möten ligger i att vara närvarande inte bara intellektuellt utan även känslomässigt. Ingrid Mattiasson delar med sig ur sin långa erfarenhet som chef och läkare i hälso- och sjukvården. Hennes berättelser från vårdens vardag belyser även de den känslomässiga närvarans betydelse både genom att våga be om ursäkt för vårdens brister och att våga fråga varför och närma sig förklaringen när vården inte tillgodosett patienternas krav på kvalitet. Dessa vardagens händelser demonstrerar på en vardaglig nivå det som KG Hammar lite gåtfullt valde att benämna att med närvaro se två gånger. Anne Sofie Roald, här tillsammans med

Hamida Nabi, adresserar det mångkulturella perspektivet och särskilt risken för att det är stereotypier om den andre som bestämmer hur vi närmar oss personer från andra kulturer. Särskilt problematiskt blir det när en generell förståelse av en grupp appliceras på individer utan förståelse för att heterogeniteten inom gruppen måhända är långt större än vad vi föreställer oss. Ing-Marie Wieselgren delar med sig av sina erfarenheter från den psykiatriska vården, en vård som väcker många etiska frågeställningar. Även i hennes exempel demonstreras kraften i att stiga ut ur sig själv och försöka förstå den andre. Niels Lynøe gav ett något annorlunda perspektiv på möten då han redogjorde för färsk forskning inom området. I denna skrift förmedlar han en översikt över några aspekter på möten i vården och särskilt makt och vanmakt.

Symposiet omfattade även en paneldiskussion i vilken bland andra Daniel Brattgård deltog. Han har i denna skrift bidragit med ytterligare några reflektioner omkring goda möten och deras betydelse för patientens hälsa och tillfrisknande. Måhända skulle man kunna tolka även hans text som ett uttryck för det som KG Hammar benämner att med närvaro se två gånger. Även Niels Lynøe problematiserar mötet som metod eller som ett faktiskt möte med känslomässig öppenhet för den andre. Den patientcentrerade metoden kan vara en hjälp för behandlaren/vårdaren. Balansgången mellan ett genuint möte och ett instrumentellt förhållningssätt är svår. Den patientcentrerade metoden som metod kan uppfattas som teknisk av den andre i vissa situationer medan det i andra kan vara det och inget annat patienten förväntar sig. Den fråga som väcks av många texter men som inte tiden räckte till för är hur personalen ska ha kraft och energi att

ständigt öppna sin känslomässiga värld för den andre. Den frågan har varit aktuell även i etiska rådets arbete och förtjänar eftertanke. Mats Johansson deltog i publiken genom att ställa en hel del intrikata frågor till panelen. Bland annat ifrågasätter han överdrivet fokus på patienters upplevelser av det bemötande de får.

Symposiet avslutades med att Henrik Hammar, dagens föremål, berättade om sin resa inom hälso- och sjukvården som politiker, utvecklingen över tid och de stora frågorna inför framtiden. Dit hör enligt hans förmenande tillgängligheten, de äldre och den åldrande befolkningen samt det hälsofrämjande arbetet. Dagen avslutades med en dikt som återfanns i den så kallade värdighetsutredningen. På ett slående sätt belyser denna dikt att vi genom livet behåller ett inre som inte återspeglas i det yttre och att det är det inre vi vill att den andre ska se, inte det yttre.

Med detta förord vill jag på Etiska rådets vägnar tacka alla som bidragit till skriften och dagen om goda möten i hälso- och sjukvården. Etiken ber oss alla att reflektera, inte söka enkla snabba svar men reflektera, många gånger. Denna skrift kan vara ett bidrag till reflektion.

Ingalill Rahm Hallberg

Ordförande, Region Skånes etiska råd

Att med närvaro se två gånger

KG Hammar

Liv är relation. Inget liv fungerar på egen hand. Allt liv är beroende av allt annat. Detta betyder att mänsklighet är medmänsklighet. Vi är alla en del av varandras liv. Och vi är varandras förutsättningar för ett gott liv.

Ibland, när vi känner behov att definiera vad som gör en människa till människa och när människan blev människa under evolutionens gång, så hänvisar vi till medvetenheten. När förmänniskan blev medveten blev hon människa. Och det kan vi förstå som en insikt i att vi är relationsvarelser. Jag lever inte mitt liv på egen hand utan bredvid andra människor. Att vara medveten är att veta sig vara med en annan som tänker som jag, känner som jag och vill som jag. Den insikten skapar ett ansvar. Jag har ett ansvar för det jag vet, den andre är subjekt och person som jag. Ansvaret leder till sam-vetande, samvete, som ju egentligen är samma ord som med-vetande. Här uppstår den etiska frågan: hur hanterar jag det jag vet, vad leder min insikt till för handlingar?

Om vi inser att vi alla är en del av en livets väv, så innebär detta att vi är beroende. Ytligt sett kan det ses som besvärande. Vi lägger ju stor energi på att vara oberoende. Fostran av nästa generation handlar till stor del om att

skapa oberoende, självständiga individer med stark självkänsla. Och visst, barns losskoppling från sina föräldrar är nödvändig, om än smärtsam, för att de ska mogna som människor. Men leder denna nödvändiga process också till en föreställning om den egna personen som oberoende av andra och tillvarons självklara centrum, så finns ju risken att vi förtränger det som faktiskt gör oss till människor, medvetenheten om att vi är relationsvarelser och därför beroende. I evolutionsbiologins barndom fanns det föreställningar om att den starkare överlever och att tillvaron var en allas kamp mot alla. Idag betonar man samverkan som en kärnegenskap under evolution. De som lärde sig samverka var de som överlevde. Vi kan reflektera över med hur många man måste samverka. Från början handlade det väl om klanen, stammen, byn, närsamhället. Så växte människors omkrets och det uppstod krav på samverkan inom ett folk, en nation, en världsdel, ett större sammanhang. Idag återstår knappast avgränsningens möjlighet. Vi behöver lära oss att samverka med alla andra människor på den enda planet vi har till förfogande. Och det handlar inte längre endast om människor. Vi behöver samspela med allt annat levande för att överleva. De senaste decenniernas växande ekologiska medvetenhet och de tilltagande hoten mot vår långsiktiga överlevnad som människor har gett oss nya insikter om dessa beroenden.

Individualismen är stark i vår kultur. I stora drag ligger det något värdefullt i den historiska utveckling som lett fram till detta individualismens tidevarv. Processen kan sägas ha pågått under ett halvt millennium och inneburit en individens frigörelse ur ett kollektivt förtryckande sammanhang, där sammanhanget bestämde allt och indi-

viden knappast existerade. Men denna emancipatoriska process har gjort oss sårbara för individualismens villfarelse, att ensam är stark, att det är möjligt att vara människa på egen hand. Att vara människa är alltfört att vara medmänniska. Men detta är alltmer losskopplat från förtryckande yttre strukturer och istället beroende av fria val. Dessa blir dock aldrig förutsättningslösa i betydelsen att de sker från ett noll-läge. Vi är och förblir beroende av den omgivande kulturens tolkning av frihet, relation och beroende för dessa fria val.

Ett drastiskt exempel på en beroende- och relationskultur har vår tid fått i den sydafrikanska föreställningen om Ubuntu. Med ubuntu menar man det som gör oss till människor, vårt beroende av varandra. Vi är alla en del av en enda stor familj där den enes existens är den andres livsförutsättning. ”Jag finns därför att du finns.” Detta gäller även där några förbrutit sig på det grövsta mot sina medmänniskor. Dessas liv är inte bättre utan dessa förbrytare utan skulle vinna på att dessa finner en väg tillbaka in i det gemensamma sammanhanget. Denna väg heter försoning på sanningens grund. Ubuntu är alltså bakgrunden till den politiska process i Sydafrika efter apartheid som gått under namnet Sannings- och försoningsprocessen. Även de värsta bödlarna i den rasistiska apartheidregimens tjänst erbjöds amnesti och återinträde i samhällsgemenskapen i utbyte mot sanningen. Samhällskroppens helande framstår i ljuset av ubuntu som bättre än amputation. Det är ingen långsökt tanke att jämföra med den hämndmodell som tillämpats efter den 11 september 2001, då alla som kunde misstänkas för ”terrorism” sågs som legitima mål för ”amputationsverksamhet” utan rättsliga procedurer.

Argumentationen hittills har handlat om synen på mänsklighet som medmänsklighet och ett medvetet ansvarstagande för alla våra relationer som det goda mötets signum. Den som kanske mer än alla andra bidragit till fördjupad reflektion kring det goda mötets anatomi och psykologi är den judiske religionsfilosofen Martin Buber (1878–1965). Buber är mest känd för sin bok *Jag och du* (1923), där han första gången uttrycker sin dialogiska filosofi och beskriver mänskligt liv som möte. Han talar om de två ”grundorden” jag-du och jag-det. I ett verkligt möte möter jaget ett du, men risken är alltid stor att duet förvandlas till ett det, ett objekt för jagets projekt och ambitioner med själva mötet. När jaget låter duet förbli ett du, avstår jaget från ett redigerande och instrumentalisering förhållningssätt, där duet blir ett medel för jagets projekt, alltså ett det. När jaget förhåller sig öppet, lyhört och mottagande inför duet uppstår ett kreativitetens tomrum i det mellanmänskliga, mellan människorna i möte.

Förståelsen av det buberska grundordet jag-du ledde i den fenomenologiska och postmoderna filosofins strömfåra vidare i föreställningen om den Andres avgörande betydelse för personlighetens utveckling i mötet. Alteritet, det annorlunda, ses som drivkraften i varje mänskligt möte. Att möta den Andre utan behovet att göra den andre likadan eller likriktad blir den mänskliga utmaningen. Jaget framträder alltså som fritt, beroende och ansvarigt på samma gång. I varje relation är makt närvarande, makten att frigöra och uppbygga, men också makten att nedvärdera och utnyttja, makten att ge värde och makten att beröva värde.

Denna personliga makt att ge värde och beröva värde ligger utanför den politiska domänens räckvidd. Den kan

inte styras fram med politikens instrument, lagar och förordningar. Politiken kan medverka i att skapa en kultur, ett socialt sammanhang, där ”goda möten” underlättas och uppmuntras. Men framtvingsas kan de inte. En belysande illustration är FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna från 1948. Med rätta är detta aktstycke betraktat som ett högvattenmärke i mänsklighetens utveckling i humanistisk riktning. Deklarationen återger snarare en mänsklighetens dröm än den faktiska verkligheten. ”Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter.” Vi vet ju alla att så förhåller det sig inte. Vi föds in i fruktansvärt ojämlika förhållanden. ”De har utrustats med förnuft och samvete, och *bör* (min kursiv) handla gentemot varandra i en anda av gemenskap.” Att det kommer in ett *bör* visar att vi lämnat politikens och juridikens område och inträtt på etikens. Vad stater kan förplikta sig är att inte stifta eller behålla några diskriminerande lagar. Men vad medborgarna ser när de betraktar en medmänniska kan inte tvingas fram, möjligen ”odlas” fram i en gynnsam kultur. Våra krav på ”mänskliga rättigheter” kan vi rikta mot staten och lagstiftarna men knappast mot en medmänniska. I den relationen handlar det snarare om en existentiell förväntan, en bön: ”Se mig!” Det frekventa ordet ”respekt” hör hemma i detta sammanhang. Ordet, som är latin, betyder ordagrant ”se en gång till”. Detta kan förstås som en blick som ger värde åt den andre och som därför bär på insikten att en flyktig engångs-blick inte på något vis uttömmar den andres väsen. Endast den som har en instrumentell blick kan snabbt utforska om den andre erbjuder något fördelaktigt, något som kan vara till nytta för betraktaren. Den snabba blicken förutsätter att det buberska grundordet

”jag-det” föreligger. Om grundordet ”jag-du” är närvarande följer ”respekten” på ett naturligt sätt. Den gåtliknande rubriken för denna artikel börjar få sin tydning. ”Att med närvaro se två gånger” handlar om det möte som bygger på grundordet ”jag-du” och där jag inser vikten av att låta blicken återvända till den betraktade, vars värde är ett egenvärde och inte kopplat till nyttan för mig som betraktare.

Vi är beroende av varandra som människor. Våra möjligheter att utvecklas till inkännande, empatiska och solidariska medmänniskor grundläggs från första andetag. Åtminstone finns det tankar inom hjärnforskning och spädbarnspsykologi som stöder en sådan tanke. Genom de sk spegelneuronerna härmar ett spädbarn de omgivande ansiktens känslouttryck. En kärleksfull blick är med och skapar barnet och ger det möjlighet att titta kärleksfullt tillbaka, att ”titta en gång till”. Detta beroende av omgivningen, kulturen, kontexten, fortsätter hela livet och är en del av livets sårbarhet. Vi kan aldrig vara människor på egen hand. Vi är utlämnade åt varandra, beroende och sårbara. Men däri ligger också vår styrka och möjlighet. Vi kan med vår blick ge värde, upprätta och utrusta. För liksom jag är beroende av andra, är andra beroende av mig.

För Martin Buber låg det en tragisk erfarenhet bakom framväxten av hans dialogfilosofi. Han berättar i någon av sina böcker hur han under det ödesdiga året 1914 blev uppsökt av en ung man som ville samtala med honom. Samtalet kom till stånd. Men eftersom Buber under dagen före samtalet haft en stark mystisk upplevelse var han inte riktigt närvarande i mötet med den unge mannen. Senare fick han höra att den unge mannen var död.

Han hade stupat i det stora kriget som bröt ut på hösten 1914. I den skuldyngda kamp som följde för Buber växte övertygelsen om ”det mellanmänniska”, människan som relationsvarelse, mänskligt liv som möte, vikten av närvaro i mötet med den andre, fram.

Jag har svårt att tänka mig ett ”gott möte” som inte är präglad av denna buberska övertygelse, vare sig vi har gjort den medveten för oss eller den föreligger på intuitiva grunder. Men hur kan man tillämpa denna syn på det ”goda mötet” i relationen mellan en läkare och en patient, mellan representanter för sjukvården och de vårdbehövande? Här handlar det i hög grad om en asymmetrisk relation med en stark part och en svag. Den starka parten besitter en professionalitet som den svaga parten behöver. Den starka parten utövar sin professionella kunskap och färdighet på den svaga parten. Hur kan man då tala om en jag-du-relation? Handlar det inte istället om en typisk jag-det-relation där den svaga parten är objekt för den starkes verksamhet? Till dels måste vi se det så. Och Martin Buber förnekade ju inte att det var legitimt och nödvändigt att stundtals behandla en annan människa som objekt, som ett det. Men om det stannade vid detta skulle vi förlora det mänskliga mötets kännetecken, jag-du-relationen. Om jag ska våga dra en slutsats av mitt förda resonemang i läkar-patient-situationen, så skulle den bli att en läkare inte kan vara blott och bart proffs i mötet med patienten. Hon eller han måste också vara medmänniska, ha kontakt med sin egen sårbara mänsklighet på djupet och genom denna nalkas medmänniskan som också är patient. Det tycks handla om att kunna växla mellan att vara professionell och medmänsklig, om inte samtidigt så åtminstone vid samma tillfälle. Jag tror inte

någon kan vara professionell på "goda möten" om professionell innebär att den andre blir objekt för ens medicinska verksamhet. Utan tillgång till det egna känslolivet blir mötet med en annan slutet och förtingligat, ett "manér", något som "man" gör och inte jag. "Man" ser inte med närvaro två gånger på den andre. Men jag kan göra det.

Bilder ur verkligheten – möten i vårdens vardag

Ingrid Mattiasson

Som chefläkare träffar man människor som blivit besvikna på sjukvården. Hos chefläkaren ligger ansvaret för att utreda allvarliga negativa medicinska händelser i vården, men inte så sällan får man även kontakt med personer – patienter eller närstående – som inte tycker att man fått det bemötande man förväntat sig och därför vänder sig till sjukhuschefen/chefläkaren med sina frågor. Genom dessa möten och de samtal jag haft med de berörda har jag funnit att det finns tre nyckelfaktorer för att ett möte i vården på det mänskliga planet ska upplevas positivt:

- Att bli sedd
- Att bli delaktig
- Att få en ursäkt om man haft negativa upplevelser

Den upplevelse en människa haft kan inte förnekas. För den det berör är det avgörande att den egna upplevelsen av händelsen bekräftas. Skuldfrågan – rätt eller fel – saknar betydelse.

När man även vägt in personalens bild av samtal och möten kan man fråga sig: Varför blev det fel när alla ville

så väl? I många av fallen har betydande ansträngningar gjorts för att hitta lösningar och hjälpa, men man har inte lyckats nå fram till varandra så att patient/närstående känt sig trygga och sedda. Finns det något att lära?

ATT BLI SEDD OCH DELAKTIG

10 års lidande på grund av en nervsmärta, där ett stort antal behandlingsförsök av olika karaktär hade misslyckats, kunde lindras betydligt på några veckor med en kombination av ett läkemedel och patientens delaktighet i behandlingen. Vad gjorde den läkare – en erfaren specialist inom området – som lyckades bryta ett så långt negativt förlopp? För att undvika ett av de klagomål som patienter ofta har på vården, nämligen att om man talar med flera personer får man inte samma besked, frågade jag patienten om jag fick vara med vid mötet för att vid vår fortsatta kontakt kunna hjälpa till att stödja behandlingen. Det upplevdes som positivt av patienten. Min tolkning av vad jag iakttog vid detta möte och den fortsatta kontakten med patienten var att patienten upphörde att vara ett offer för sin smärta med ett ständigt beroende av sjukvården och själv tog makten över sin behandling. Redan efter någon månad upplevde hon en bättre livskvalitet, som sedan fortsatt att förbättras med en tilltagande aktivitetsgrad som inte längre hämmades av smärtor. Det som patienten uppgav att hon inte fått tidigare på samma sätt var informationen om hur hjärnan reagerar på långvarig smärta och hur medicineringen skulle ske för att låta kroppen acceptera behandlingen. Det gavs också tydliga ramar för vad man själv kunde göra och hur man kunde nå den aktuella enheten om man behövde hjälp,

samt en tydlig plan för uppföljning. Detta besök tog knappt en halvtimme, dvs låg helt inom ramen för vad som kan göras på vanliga tidbokade mottagningar.

Läkemedlet är verktyget, men vid ett så komplext tillstånd som kronisk smärta räcker det ofta inte ensamt. Att förstå vad som händer i kroppen och vad man själv kan göra för att påverka förloppet i positiv riktning är viktigt – även vid de flesta andra sjukdomstillstånd. Här har sjukvården en viktig pedagogisk utmaning. Att göra komplexa medicinska tillstånd begripliga är inte självklart lätt. Lättillgänglig skriftlig information är ett bra och viktigt komplement, men kan inte ersätta det mänskliga mötet och samtalet med en person som man känner förtroende för. Tidsramar måste finnas för detta i vården. Det aktuella patientfallet visar hur oändligt mycket tid som kan sparas om ett sådant möte blir bra från början – och hur det kan ge motsvarande vinst i minskat patientlidande.

Av de samtal jag haft med patienter som inte varit tillfredsställda med den behandling de fått har just kronisk smärta varit ofta förekommande. Det är ett svårbehandlat tillstånd, och det är därför angeläget att möjligheten till behandling av multidisciplinära team av specialister på just detta byggs ut på det sätt som nu planeras i regionen.

ATT FÅ EN URSÄKT

En patient drabbades av en allvarlig infektion efter ett mindre ingrepp. Vid en efterföljande operation fann man kvarlämnat material i såret. Det hade bevisligen legat där länge. Vem som förbisett detta gick nu inte att få veta, men den utredning som så småningom gjordes visade att rutinerna och dokumentationen vid den typ av mindre

ingrepp som det gällde inte hade varit optimala. Det tog lång tid innan patienten fick ett erkännande av att det fanns ett samband mellan hennes lidande och denna miss – undvikande svar gjorde saken värre. En ursäkt och bekräftelse på att ett fel hade begåtts samt löftet att genom förbättrade rutiner göra allt för att förhindra att fler drabbades var för patienten det mest väsentliga. Som hon uttryckte det kunde ju hennes eget lidande inte göras ogjort, men att man tagit henne på allvar betydde att risken för att någon annan skulle drabbas hade blivit mindre. Detta är ett mycket vanligt förhållningssätt för patienter som drabbats av olika typer av vårdskador. Man förstår att personal inte är ofelbar och att man i grunden velat väl, men man accepterar inte att man inte gör allt för att förhindra en upprepning. De förklaringar som kan finnas är oväsentliga för den som drabbats, om man inte gör något åt problemet.

OM ATT VÅGA FRÅGA VARFÖR?

En åldrad tidigare svårt sjuk patient konstaterades ha ytterligare en så allvarlig diagnos att man från ansvariga läkares sida bedömde att någon bot inte längre var möjlig. Vården skulle inriktas på att lindra. De närstående informerades omsorgsfullt om detta. De reagerade negativt och uppfattade att vården var för passiv. Klagomål på omvårdnaden framfördes. Ett misstroende uppkom mellan närstående och personalen, som var mycket bekymrad över utvecklingen och inte kunde förstå hur relationen till de anhöriga, som man tidigare uppfattat som god, hade kunnat utvecklas så negativt. Personalen önskade att man försökte analysera detta för att kunna förstå och lära. Man

beslöt att göra en händelseanalys, vilket är en metod som ofta används för att utreda medicinska negativa händelser av allvarligare karaktär. Metodens styrka är att man genom samtal med de berörda försöker gå bakom det som syntes ske med frågan Varför? Detta upprepas tills man inte tycker sig kunna motivera ett ytterligare Varför? Förhoppningsvis har man då kommit fram till någon bakomliggande grundförklaring.

Vi hade egentligen ingen erfarenhet av att använda metodiken på bemötandefrågor, men det visade sig att det fungerade även på den typen av negativa händelser. Personalen kom fram till att man varit otydlig i ansvarsfördelningen rörande den basala omvårdnaden, och av hänsyn till de anhörigas önskan att vara nära patienten hade man lämnat för stort ansvar till dessa. Man beslöt därför att i den allmänna information som alla patienter får vid inläggning på avdelningen lägga till ett avsnitt om att de anhöriga, om de vill vara delaktiga i omvårdnaden, ska samråda med personalen så att ansvarsfördelningen är klar. Jag tror att denna lösning kan vara aktuell för många andra vårdenheter och värd att överväga för många.

De som är missnöjda med vården kan lätt uppfattas som besvärliga och krävande, och risken för att vårdpersonalen går i försvar är uppenbar. Så gott som alltid finns det en fullt rimlig förklaring till det som hände – vilket i sin tur oftast beror på svagheter i de rutiner vi byggt upp för att försöka förhindra misstag eller på att man inte lyckats mötas på det mänskliga planet. Det är självklart viktigt att ta fram dessa svagheter och att åtgärda dem, men det utesluter inte att det också är viktigt att lyssna på den människa man har framför sig och ta del av dennas upplevelse, och inte begränsa sig till att försöka ge ratio-

nella förklaringar. Jag vill gärna citera ur Åsa Nilssonnes bok "Mindfulness i hjärnan" (2009) hur hon beskriver att en studerande uttryckte sig – vilket skulle kunna stå som ett motto för mycken mänsklig samvaro: "Ser man en 'jobbig' människa framför sig – eller ser man människan som en utmaning, sänd för att jag ska få öva mig i konsten att bemöta människor, så får det helt olika följder ..."

Bemötandefrågorna är viktiga i vården, och har ännu inte alltid fått den plats de förtjänar för att god vård ska kunna ges. Glädjande nog har arbetet kring etik och bemötande börjat byggas upp vid många sjukvårdsenheter, vilket är värt allt stöd och uppmuntran. Lokala etikgrupper med etikombud vid varje vårdenheter vore ett önskescenario. Bemötandefrågor kan väl rymmas inom begreppet "vardagsetik" och skulle kunna vara tema för intern personalutbildning oftare än vad som nu är fallet vid många enheter. För att det ska bli verklighet behövs nyckelpersoner som lyfter upp dessa frågor i vardagsarbetet. Jag tror att etikombuden skulle få en viktig roll på den egna enheten och därmed göra dessa frågor till en naturlig del i arbetet för att skapa en god vård. En sådan utveckling kräver stöd från olika ledningsfunktioner, från regional nivå ner till enhetsnivå.

LITTERATUR

Nilssone, Å, *Mindfulness i hjärnan*, Stockholm: Natur och kultur, 2009.

Det Goda mötet: Det mångkulturella perspektivet

Anne Sofie Roald och Hamida Nabi

Munch kom hit en dag
med tomma dukar
och återvände ut med tomma.
Ibland räcker det
att bara lägga undan penslarna.
I den ännu inte påbörjade bilden
finns alla möjligheter.

Jan Mårtenson, *Dikter inifrån* 2008

Många som jobbar i vården har en naturvetenskaplig utbildningsbakgrund. Vår bakgrund är pedagogik (Nabi) och socialvetenskap och humaniora (Roald). I mötet med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor drabbas vi ofta av funderingar över hur utbildningsbakgrunden till en viss grad påverkar hur vi betraktar världen. I föreläsningar och seminarier med vårdpersonal finns det en tendens till att vilja ha kvantitativa svar och färdiga sanningar om vad som är rätt och fel och hur man ska bete sig i mötet med ”den andra”. Det existerar alltså en idé om att det finns klara svar på komplexa frågor. Men det är nästan omöjligt att förklara vad som är rätt och vad som är fel i mötet mellan svensk vårdpersonal och personer med

en icke-svensk kulturell bakgrund eftersom invandrargruppen är lika heterogen som alla andra grupper, inkluderat den svenska majoritetsgruppen. Även inom de olika etniska invandragrupperna, såsom t.ex. kurder, romer, och inom religiösa minoritetsgrupper, såsom t.ex. judar och muslimer är det stora individuella skillnader mellan gruppmedlemmar.

GRUPPDYNAMIK

Det är emellertid inte bara utbildningsbakgrunden som spelar in i hur vi tänker i mötet med ”den andra”. Som människor tenderar vi att tänka hierarkiskt. Det eller de som är nära oss framstår som mer angeläget eller angelägna än det eller de som uppfattas som långt borta eller mycket annorlunda än en själv. Vi har även en tendens att tänka i gruppstermer; ”vi och de”. Inom socialpsykologin har det forskats på grupp beteende och trenden är att människor ser personer i sin egen grupp, in-gruppen, som heterogena, medan de ser personer inom andra grupper, ut-grupper, som homogena. Detta sätt att förhålla sig till sin egen och andras grupper har enligt socialpsykologen John C. Turner att göra med att individen har behov av att känna sig som del av en grupp och att individen söker en positiv självuppfattning genom att uppvärdera sin egen grupps status och därvid höja sitt eget personliga värde. Vidare ser Bo Peterson och Eric Clark sökandet efter identitet som en avgränsning gentemot ”den andra”. När individen vänder sig inåt mot in-gruppen avgränsar individen sig därför från ”den andra” bland annat genom att lägga vikt vid det som är annorlunda istället för det som är likt.

Detta sätt att se det som är annorlunda med ut-grupper är även ett element i offentligheten i och med att media drar fram exempel som skiljer sig från det som anses vara representativt för ”det svenska”. Men det som anses vara ”det svenska” är inte representativt för alla inom majoriteten och det som sägs i media om minoriteter är inte representativt för alla inom minoriteterna, även om det i gruppodynamiken framstår som sådant.

Med god hjälp av den bild som media ger av minoriteter, och särskilt de idéer och det beteende som skiljer sig mest från majoriteten, blir varje enskild människa i ut-grupper ofta representant för hela det kulturella och sociala arv som grupperna anses representera. Detta även om varje medlem av ut-gruppen bara representerar delar av helheten. I ljuset av kunskapen om grupptänkande förstår vi att det i princip inte finns någonting som är rätt eller fel för hela gruppen invandrare generellt eller för enskilda etniska eller religiösa grupper. På samma sätt som majoritetens in-grupp utgör minoritetspersoner en del av en heterogen grupp med några få likhetsdrag som individerna ofta bygger sin gruppidentitet kring.

DEN HETEROGENA MUSLIMSKA GRUPPEN

I den offentliga debatten har muslimer och romer ofta blivit de personifierade ”invandrarna” som anses vara totalt annorlunda än svensksvenskar. I vårdsituationen är det också dessa som många uppfattar som problematisk och känner sig osäkra inför. I det följande vill vi diskutera den muslimska gruppen för att belysa hur olika personer inom denna grupp är. Den muslimska gruppen består av personer från så olika delar av världen som

Öst- och Sydeuropa, arabvärlden, Sydasien och Afrika. Kulturella mönster i dessa regioner kan vara lika inbördes olika som de skiljer sig från det svenska majoritetssamhället.

Klass- och utbildningsbakgrund spelar en roll i den muslimska gruppen. Välutbildade personer från medelklassen kan ha fler likhetsdrag med utbildade svensk-svenskar än de har med personer i sin egen etniska/nationella grupp med föga eller ingen utbildning och/eller med en annan klassbakgrund. Det är även viktigt att lyfta fram att en del muslimska flyktingar som har kommit till Sverige de senaste 30 åren är analfabeter. På grund av konflikter i sina hemländer har många bara gått i skola några få år och några har ingen skolgång alls. Många av de problem som vårdpersonalen ser i mötet med muslimer är alltså ett resultat av låg utbildning, okunskap och omedvetenhet om kulturella och religiösa fenomen.

Även graden av religiositet är en aspekt att beakta i mötet med muslimer. Många muslimer praktiserar islamiska lagar och förordningar, men medan några följer dem strikt, följer andra dem i mindre grad. Många muslimer är också icke-praktiserande och några ser sig som sekulariserade muslimer; dvs. de är emotionellt knutna till sin religion men menar att religiösa företeelser ska hållas i den privata sfären. Denna syn på religion är densamma som de allra flesta i majoritetssamhället har.

Sist men inte minst är det viktigt att skilja mellan första generationens invandrare, de som kom till Sverige som vuxna, och deras barn som antingen är födda i Sverige eller som kom till Sverige när de var små. Denna nya generation muslimer som i princip är svenskar och som i stor utsträckning har socialiserats in i den svenska värde-

traditionen genom skola (med förbehållet att de inte har gått i skolan i strikt segregerade bostadsområden), kompisar och media pratar oftast flytande svenska, förstår i hög grad både det uppenbara och det mer subtila svenska kodsystemet och har i högre eller mindre grad anammat ett "svenskt" beteendemönster. Det kan verka som om det stora hindret för det goda mötet i vården är några, oftast en liten grupp, första generationens invandrades brist på kunskap om det svenska språket och de svenska sociala koderna.

VÅRDEN SOM SOCIAL ARENA

De större städerna i Sverige är i dag segregerade. Större delen invandrare är bosatta i vissa områden, medan svensksvenskar är bosatta i andra. Detta gör att mötesplatserna mellan majoritet och minoriteter är få. Vården är en av dessa få mötesplatser, där invandrare möter representanter för majoritetssamhället. Men vården är inte en social arena i den meningen att den först och främst ska fungera socialiserande för minoritetsgrupper. Den korta tid som läkaren eller annan vårdpersonal har för varje patient ska användas för att vårda den fysiska kroppen eller psyket, och många anser därför att de inte har tid att gå in i sociala situationer med patienterna. Men det som är viktigt i det goda mötet är kommunikation, och det är därför av stor betydelse att vårdpersonalen går in i dialog med patienterna om än bara för en kort stund. Dessa få ögonblick man lägger ner kommer att löna sig i det långa loppet, inte bara för den enskilda individen utan för hela gruppen. Eldridge Cleaver har uttalat att "antingen är man en del av lösningen eller en del av

problemet”, och genom att känna sig delaktiga i ”den andra” kan vårdpersonalen vara med och skapa lösningar.

I mötet med den andra har vi en förståelse av hur ”den andra” är som bygger på grupptänkande; alla muslimer är representanter för sin ”kultur” och de är inbördes lika. Vårdpersonal är ofta rädd för att ta upp det som de ser som problem hos muslimer. Men det är viktigt att veta att dessa problem oftast bara gäller en liten grupp; vi får inte fastna i vår förståelse av hela gruppen muslimer. Tanken om att vi ska respektera andras olikheter gör att vi av respekt inte berör de problematiska frågorna. Men är det verkligen respekt att inte vara nyfikna på det som man förundras över hos den andra? Det är människor vi möter och inte kulturer och genom att ta upp problemen, vara nyfikna och frågvisa kan patienter och personal hjälpa varandra att lära sig något både om den andras kultur och om sin egen. I mötet med den andra börjar man ofta reflektera över sig själv och sin egen kulturella bakgrund, något som aldrig skulle ha skett i andra sammanhang.

I bemötandet är det viktigt att relatera till sin egen värld och dess normer och värderingar. Man måste vara generös och dela sin värld med den andra och på så sätt komma fram till något nytt. Många tänker att man inte vill lägga sig i. Man vill inte gå in i en konfrontation med patienter som uppfattas ha ett problematiskt beteende. Istället söker man kunskap på andra ställen, hos forskare, journalister, i böcker eller på nätet. Men det som man då går miste om är det goda kommunikativa mötet, där tesen och antitesen har en möjlighet att bli en syntes.

Genom att å ena sidan visa intresse genom nyfikenhet och å den andra dela med sig av sina egna erfarenheter och sin egen syn på världen kan vårdpersonal vara med

och hos ”den andra” skapa ett kritiskt tänkande, ett viktigt pedagogiskt grepp i Sverige. I de flesta av de länder som muslimska invandrare kommer från är pedagogiken byggd på att lära utantill, ha stor respekt för det som står i läroböckerna och inte ifrågasätta auktoriteter. Detta står i kontrast till det svenska idealet om en självständig lärandeprocess där man ställer frågor och betraktar auktoriteter ur ett kritiskt perspektiv. För att ge ett konkret exempel: En kvinnlig patient vill inte handhälsa på den manlige läkaren. Istället för att bli arg eller ignorera det hela skulle den manlige läkaren på ett intresserat och nyfiket sätt kunna fråga varför och vad denna regel bygger på. Hamida berättar om sin egen erfarenhet av handhälsning:

Jag kom till Sverige då jag var 16 år. Jag ville inte handhälsa på män under de första åren. Jag var inte van vid att handhälsa på män och för mig var detta en del av islam. Jag visste inte varför; jag hade aldrig läst om det i Koranen eller i profettraditionerna (hadith), men vår lokala mullah hade berättat det under våra religiösa lektioner i moskén. Efter att jag hade lärt mig mer svenska, hade kommit i kontakt med några svenska konvertiter och hade gått några år på gymnasiet började jag ifrågasätta flera av de saker som jag hade lärt mig av mullahn. Däribland att män och kvinnor inte ska handhälsa. Det jag hittade när jag läste om det i religiösa böcker var att det hade med sexualitet att göra; män och kvinnor skulle inte handhälsa för att inte få sexuella känslor för varandra. Jag hade aldrig tänkt på det på det sättet. För mig var det så naturligt därför att jag var socialiserad in i att kvinnan skulle vara blyg, men jag tänkte inte på att det var på grund av att jag inte skulle känna begär efter män eller att män skulle begära mig. Jag började söka i de islamiska källorna, men kunde inte hitta

något i Koranen och jag hittade bara svaga bevis i profettraditionerna att det skulle vara förbjudet (haram) att handhälsa. Jag förstod att det är i den islamiska lagstiftningen, en lag skapad av män, som det läggs så stor vikt vid att hålla män och kvinnor isär och att män och kvinnor inte ska handhälsa. I Sverige är handhälsning en del av de sociala koderna och har inget med sexualitet att göra, alltså är det enligt min tolkning inte fel enligt islam om jag handhälsar på en man om inte meningen med handtrycket är att skapa en sexuell spänning mellan oss. Jag tror heller inte att det är ett handtryck som skapar den sexuella spänningen mellan könen. I de flesta möten mellan män och kvinnor uppstår inte sexuell spänning, utan sexuell spänning känner man bara inför några personer, oavsett om man skakar hand med dem eller inte.

Som Hamidas berättelse visar har hennes kontakt med ”det svenska” gjort henne mer medveten om hur hon ska förstå sin egen kultur och de svenska koderna och hur hon ska kunna leva i Sverige både som muslim och som svensk. Ett nyfiket och vänligt bemötande, istället för att vårdpersonal fastnar i sin förförståelse, kan fungera som hjälp till självhjälp. I detta bemötande är det viktigt att delge sina egna känslor, även de negativa. Om dessa presenteras på ett vänligt sätt visar man intresse och öppnar upp för ett positivt kommunikativt möte där båda parter kan lära sig något och utveckla sig. Genom att bjuda på sig själv blir mötet äkta och mänskligt; vårdpersonalen och de muslimska invandrarna möter varandra som människor på lika fot.

DE PROBLEMATISKA FRÅGORNA

De mest dominerande ”problemen” är först och främst knutna till genusproblematiken. Handhälsning är till exempel en av de stora stöttestenarna i mötet mellan muslimer och vårdpersonal av olika kön. Andra saker som många upplever som problematiskt är att muslimska kvinnor och män vill ha läkare av sitt eget kön, att kvinnor inom vården kan uppleva att muslimska män inte respekterar dem och särskilt inte kvinnliga läkare, att muslimska män inte ser kvinnliga läkare i ögonen osv.

Att kvinnor vill ha kvinnliga läkare och män vill ha manliga läkare är till stor del fallet inom gynekologi och urologi. Kvinnokliniken i Malmö har hittat en bra lösning på detta genom sitt beslut att önskan om en kvinnlig läkare kan tillgodoses om det finns möjligheter. Har kliniken ingen möjlighet får patienten ta ansvaret själv om han eller hon inte vill gå till den läkare som anvisats.

Vad gäller män som inte respekterar kvinnliga läkare är detta en personlig sak. Visserligen bygger sådana attityder på att de kommer från länder där patriarkala strukturer har skapat traditionella könsrollsmönster som bygger på biologiska argument om mäns och kvinnors olika sociala roller. Å andra sidan har de flesta länder där muslimer är i majoritet nu börjat få kvinnliga läkare. Inställningen att kvinnor har lägre social status än män är därför på väg att försvinna även i den delen av världen.

Att några muslimska män inte tittar kvinnlig vårdpersonal i ögonen grundar sig på islamisk teologi. På samma sätt som med handhälsningen har de islamiska traditionella rättsskolorna, som utvecklade lagar huvudsakligen från 700-talet och fram till 1100-talet, satt upp moraliska regler om segregation mellan män och kvinnor. I detta

traditionella islamiska system gäller att män och kvinnor inte får se varandra i ögonen om de inte står i nära relation till varandra. Att inte titta på det andra könet är även en koranisk uppmaning till män och kvinnor. I teologin förklaras detta med att familjen är samhällets kärninstitution där barnen ska uppfostras, och att det därför är viktigt att stabilisera familjen genom att undvika att män och kvinnor som inte är gifta med varandra attraheras av varandra. Hamida berättar:

För mig är detta det första steget till attraktion mellan man och kvinna, alltså det att se en man djupt in i ögonen. Men i vårdsituationer har detta inte med sexualitet att göra och det är hellre inte att se det annat kön djupt i ögonen som gäller. I Sverige är det att möta varandras blickar bara en del av de sociala koderna. Jag provar därför att kombinera mina afghanska koder med de svenska, alltså; jag tar ögonkontakt i korta perioder och så ser jag ner eller bort, före jag igen tar ögonkontakt. Jag tycker detta fungerar bra.

KURSER OM SOCIALA OCH KULTURELLA KODER

I Sverige har det ansetts som politisk inkorrekt att föreslå att nyanlända invandrare ska gå kurser i svenska seder och sociala koder. Tanken är att "vi svenskar" inte ska komma och berätta för andra kulturella grupper hur de ska bete sig. Denna tanke är intressant i ljuset av att det har funnits ett folkupplysningsprojekt i Sverige sedan långt tillbaka i tiden. På 1800- och 1900-talet ville till exempel de liberala prästerna i upplysningstidens anda att allmogen skulle ha möjlighet att själva läsa om den kristna läran och

inte bara få den serverad av de skolade teologerna. På 1920-talet började en kulturkamp i Sverige som slutade med att arbetarklassen blev ”borgerlig”, alltså att den internaliserade borgerliga värden och attityder. (Ehn och Löfgren 1982). Den svenska folkhemstanken var ett uttryck för detta upplysningsprojekt, där alla skulle ha samma möjligheter men också socialiseras in i ett likhetstänkande. I ljuset av denna tidigare historiska erfarenhet blir frågan varför upplysning i dagens samhälle, med invandrare från många olika delar av världen, har blivit så problematisk? Svaret är den förhärskande mångkulturalistiska ståndpunkten att varje kulturell grupp har rätt att utveckla egna idéer och en egen praxis oberoende av majoritetskulturen (Carlbom 2003; Roald 2009).

Mångkulturalism bygger på grupp tänkande och som diskuteras ovan tappas gärna den enskilda människan bort när man fokuserar på gruppen. I vården är det den enskilda människan som är i fokus, och det måste därför hittas lösningar där människan och inte gruppen kommer i förgrunden. I förebyggande syfte, och för att vårdpersonal över hela Sverige ska slippa brottas med samma problem, skulle en introduktionskurs för alla nyanlända invandrare kunna hjälpa dessa att bättre komma in i det svenska samhället med alla dess sociala och kulturella, uppenbara och subtila koder. Det existerar i viss mån sådana kurser i dag, men dessa är ofta ledda av svensk-svenskar som med hjälp av tolk berättar om hur samhällsinstitutioner fungerar. Oftast berörs däremot inte de ”problematiske” frågor som har med samhällskoder och beteendemönster att göra. Vårt förslag är att kurslederna på dessa kurser ska vara människor inom samma grupp som de nyanlända flyktingarna. Dessa ska vara nyckelpers-

soner som har varit i Sverige länge och har anpassat sig till det svenska beteendemönstret. De nyanlända invandrarna kunde då få informationen på sitt eget språk, inte bara om institutioner utan även om hur man ska bete sig i olika situationer. De etablerade invandrarna kan berätta om sina egna erfarenheter, om hur det var för dem att komma som ny till Sverige och inte förstå hur saker och ting skulle vara; vikten av att komma i tid till läkartid, hur de svenska könsrelationerna ser ut, frågor som har med vården att göra osv. Dessa nyckelpersoner kan även vara en hjälp för vårdpersonal på fortbildningskurser där invandrarrepresentanterna och vårdpersonalen tillsammans hittar lösningar på de problem som många inom vården känner att de har med invandrare.

Det goda mötet i vården är inte ett möte mellan kulturer eller grupper, utan ett möte mellan människor. Även om vården i utgångspunkten inte är en social arena kan den till en viss grad fungera som en sådan om man i mötet ser människan och tar sig lite tid att visa intresse och ifrågasättande. Ett enda minut kan vara nog för att skapa ett möte där tankar sätts i gång och en utveckling gentemot en ny förståelse för båda parter kan uppstå.

REFERENSLITTERATUR

- Cleaver, Elridge. 1969. *Eldridge Cleaver: Post-Prison Writings and Speeches* (red. Robert Scheer), New York: Random House.
- Carlbohm, Aje. 2003. *The Imagined versus the Real Other*, Lund: Lund Monographs in Social Anthropology.
- Dumont, Lois. 1986 [1983]. *Essays on Individualism*, Chicago: University of Chicago Press.
- Petersson, Bo och Clark, Eric. 2003. *Identity Dynamics -and the Construction of Boundaries*, Lund: Nordic Academic Press.

- Ehn, Billy och Löfgren, Orvar. 1982. *Kulturanalys: Ett etnologiskt perspektiv*, Lund: Liber Förlag.
- Ouis, Pernilla och Roald, Anne Sofie. 2003. *Muslim i Sverige*, Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Roald, Anne Sofie. 2009. *Muslim i Nya Samhällen. Individuella och kollektiva rättigheter*, Göteborg: Daidalos.
- Roald, Anne Sofie. 2005. *Islam: Historia, Tro, Nyttolkning*, Stockholm: Natur & Kultur.
- Turner, J.C., Hogg, M.A., Oakes, P.J., Reicher, S.D och Wetherell, M.S. 1987. *Rediscovering the Social Group: A self-categorization theory*, New York: Basil Blackwell. Ltd.
- Zuckerman, Phil. 2008. *Society Without God. What the east religious nations can tell us about contentment*, New York: New York University Press.
- Ödman, Per-Johan 1995. *Kontrasternas spel: en svensk mentalitets- och pedagogikhistoria I–II*, Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Att beröra och beröras – om att mötas i den psykiatriska vården

Ing-Marie Wieselgren

Jag började med att fundera på i vilka möten jag betytt mycket för någon. Möten där jag påverkat andras liv. För hur många människor hade mötet med mig inneburit förändring. Men snart insåg jag, att det vet jag faktiskt ingenting om. Däremot vet jag att det är många möten och människor som har påverkat mig. För jag är verkligen inte samma människa som när jag 1983 för första gången arbetade som läkare på en psykosavdelning. Jag som aldrig tänkt bli psykiater förundrades, förskräcktes och berördes starkt av de män och kvinnor, unga och gamla med schizofreni vars levnadsöde påverkats så starkt av sjukdomen. Frågor om vad är det som händer i hjärnan och hur det kan få finnas så elaka sjukdomar blandat med glimtar av framgångsrika behandlingsinsatser gav mig övertygelsen att jag vill hjälpa till. Det fick mig att fastna i psykiatrin.

Människors möte med psykiatrin kan ske på många sätt. Ibland är det inte ett frivilligt val, vilket gör det svårare. Det är inte så lätt för någon av parterna att skapa ett bra möte när starten är ett polisingripande och tvångsvård. Samtidigt är det många möten i alla delar av vården som är påtvingade. De flesta skulle hellre varit friska och

sluppit mötet om de fått välja. Efter mer än 25 år i psykiatri är det många möten som dyker upp i mitt minne. En del positiva, en del rena katastrofer, men alla har det gemensamt att de förändrat mig och finns med mig för alltid.

BORDE VI HA GJORT NÅGOT TIDIGARE

Det är mycket lättare när vi tycker lika, men som psykiater hamnar man i lägen där åsikterna går vitt isär. Hur ska vi göra när någon mår dåligt, beter sig konstigt, objektivt sett lever i misär men inte själv tycker det? Det är inte enkelt att säga var gränsen går. När är det rätt att bestämma över en annan människa. Familjen, omgivningen, personen själv och vården. Hur mycket väger de olikas röster?

En mamma sa en gång till mig: ”Det är hemskt men jag önskar att han var död. Då kunde jag få sörja honom och göra ett avslut. Men nu finns det faktiskt inget kvar av det som var min pojke. Hennes son levde ett eländigt liv med psykisk sjukdom, missbruk och kriminalitet. ”Tänk om någon gjort något tidigare. Varför fick han förstöra sitt liv?” var hennes svåra fråga.

Hur ska vi väga att mamma, grannarna, sonen, syrran och många fler påverkas negativt mot Svens egen upplevelse av att bli omhändertagen mot sin vilja och få vård som han inte vill ha? Det är svårt.

IBLAND BLIR DET HELT FEL

Jag minns fortfarande med ett hugg i hjärtat pojken som kom till jouden sent en fredagskväll med sin syster som

var orolig. Han var rädd, förtvivlad och lite stökig. Hade nog någon autismspektrumstörning i botten men det förstod jag inte då, på 80-talet. Vi försökte lirka, prata, fixa men det gick inte. Jag ringde bakjouren som kom in och tittade och sa att ett vårdintyg skulle skrivas. Han ville inte stanna, försökte smita och det kom starka pojkar och hämtade honom till avdelningen. Jag såg hans blick, så full av förtvivlan och oförstående rädsla, när de drog iväg med honom. Jag kände att det inte var bra och inte skulle bli bra men vågade inte krångla. Jag skulle ha skrikit stopp men det gjorde jag inte. Därför är han för alltid med mig.

RÄCKER MED EN KLOK MÄNNISKA

Det kan å andra sidan räcka med en klok skötare vid rätt tidpunkt för att det ska bli bra. En annan ung man, stor, välväxt och stark, hade blivit som förbytt och helt galen när han tjänstgjorde som fältjägare. Han var aggressiv mot alla och på avdelningen skulle han slåss med en gardinstång. Larmet gick, personal strömmade dit. Medan vi väntade på några starka karlar kom Zine, en liten tunn kvinna i 60-årsåldern. Hon går fram och säger till oss: ”Ser ni inte att han bara är rädd.” Och till honom: ”Om du slutar att slåss ska jag hjälpa dig.” All ilska liksom rann av honom och han gjorde som hon sa. Hon skapade en bra kontakt med sin modiga rättframhet baserad på gedigen professionell erfarenhet och hjälpte oss andra att slippa ett svårt möte, men det följde inte våra säkerhetsrutiner.

Ibland blir allting fel men fungerar ändå. Jag var ute på hembesök hos en mycket sjuk kvinna. Trots övertalning fick vi inte henne med oss så jag måste skriva ett vård-

intyg. Eftersom hon inte vill följa med oss så måste det bli polishämtning. Vi väntar utanför när hon plötsligt kommer ut med en massa kassar och går iväg. Vi följer efter, ringer polisen som är på väg, hon hoppar på en buss, vi följer efter med min lilla röda bil, ringer polisen som säger att de ska möta upp bussen och att vi ska följa efter och se var hon stiger av. Mitt på vägen utanför Uppsala stannar bussen, den är stoppad av polisen. Polisen säger uppfostrande till mig: – Kom här, gå in i bussen och peka ut objektet.

Allt kändes så helt fel och jag ville bara försvinna. Hon kommer aldrig få förtroende för psykiatrin igen, tänkte jag när jag pekade. När hon fördes ut ur bussen höll alla övriga busspassagerare på att glo ihjäl sig. Men hon säger bara lugnt till polisen: Så bra att ni kom, jag har ett brev att lämna till er.

Efter en tids inläggning kommer hon, tackar för vårdsintyg och hämtning, ler och säger: ”Du skulle kommit förr bara.” Vi har fortfarande kontakt.

DET ALLRA SVÅRASTE ÄR NÄR NÅGON INTE VILL LEVA

Tänker på Kattis som var så svårt sjuk. Hennes mamma hade också en allvarlig schizofreni och Kattis insjuknade tidigt i tonåren. Hon hörde elaka röster och hade svåra tankar. De senaste åren, i stort sett all vaken tid, hörde hon en röst som sa ”Klart slut suicide”. Hon visste att det var en uppmaning att ta sitt liv.

Den sommaren jag hade ansvar för hennes vård fick hon kontakt med en gammal fostermamma och möjlighet att åka på permission till Dalarna. Efter stor vända släppte

vi iväg henne. Först en gång då allt gick så bra. Så vi sa ja till en andra vecka lite senare, men då ringer hon från Dalarna till avdelningen och säger adjö. Vi ringer polis och fostermamman men alla är ute för att möta kungen som är på besök.

Kattis dog i en vacker skogsdunge med utsikt över en liten sjö. Hon hade mått så bra alla dagarna och själv sagt att bättre än så här kan jag nog inte må. Hon tvättade lite åt fostermamman innan hon gick ut i skogen och lämnade en glad lapp.

Får man välja att ta sitt liv även om man har schizofreni? Eller har den psykiatriska vården alltid ansvar att bestämma åt den svårt sjuka personen att hon ska leva och med alla medel förhindra självmord?

Däremot finns det sådant som självklart inte borde fått hända. Pojken som hängde sig i farstun medan jag satt och väntade på att han skulle komma till ett besök . . . Efteråt känns det självklart att jag skulle ha förstått, att jag skulle trotsat hans och hans pappas vilja, att jag skulle ha hämtat honom. Med facit i hand hade tvångsingripande varit rätt, i alla fall på kort sikt. Vissa erfarenheter är smärtsamma att bära och ett uteblivet möte kan också påverka för alltid.

LÄTT ATT VARA EFTERKLOK

Vi vill göra rätt och skulle gärna rätta till det som blivit fel. Ja, ibland vill vi till och med förändra det som varit, få minnet av tidigare möten att bli bättre än de är. Men som den unge killen sa som vi hade familjesamtal med: ”Men farsan, fatta då. Det som är gjort är gjort. Vi måste kunna stå för att vi väver fult. Ja, livet är som en väv med

olika trådar som vi har tillgängliga för tillfället, vi väver olika bra i livet, det blir fult och knöligt men det går inte att repa upp och göra om utan vi måste väva vidare, väva finare sedan.” Det blev ett möte där han som var problemet var den klokaste. Han som var barn lärde oss vuxna.

IBLAND MÄRKER VI DET INTE ENS

Många människor har påverkat mig och troligen har jag också påverkat ett antal.

Kvinnan som kom för depression och ångest och som också hade stor oro för sin son. I slutet av samtalet säger hon plötsligt, utan att vi pratat om det, nej nu ska jag gå hem och säga ifrån.

Senare när jag träffar henne säger hon att besöket på jouten blev starten till ett nytt liv. Att det var något jag sa som fått henne att tänka till. Jag vet inte vad jag sa och det var mitt i natten. Jag uppfattade det inte som så viktigt, varken vårt möte eller innehållet i samtalet. Vi vet inte alltid själva vad vårt möte betyder och ofta är vi nog med i en större process och en räkna av möten.

Idag vet vi att hjärnan är ett organ som ständigt förändras. Vi kan påverka vår hjärna på en mängd olika sätt. Förbindelserna mellan hjärncellerna förändras. Receptorenas känslighet kan skruvas upp eller ner. Olika processer i hjärnan kan bli hastigare. Ja, i vissa fall kanske även antalet hjärnceller påverkas. Allt vi är med om påverkar vår hjärna. Varje situation som berört oss, fått oss att tänka till eller känna något spelar nog roll. Kanske är vår hjärna aldrig sig lik. Efter varje möte som berör är vår hjärna lite förändrad. Skrämmande tanke men också så hoppfull.

En hoppfull tanke som förpliktigar. Som professionell i vården är jag skyldig att se till att alla möten blir så bra som möjligt. Vård och behandling handlar ofta om en kombination av läkemedel, olika fysiska och psykologiska behandlingar som tillsammans med ett förtroendefullt möte främjar de läkande krafterna hos patienten.

Inom psykiatrin pratar vi ofta om att förbättra bemötandet och det handlar då om att se till att all personal bemöter med respekt. Ibland är det till och med på nivån att uppträda med hyfs och normal medmänsklig trevlighet. Det är inte tillräckligt. Trevlig mot kunderna även när de är otrevliga är ett grundkrav hos de flesta snabbmatskedjor. Om de kan få sina anställda att klara det måste det gå i vården också. Det som ett gott bemötande i vården ska innehålla är förutom den normala trevliga servicenivån professionell kunskap om hur man bemöter personer med olika typer av svårigheter och hur man agerar i speciella situationer. För min efter varje möte förändrade hjärna, med sina erfarenheter kombinerat med goda kunskaper, kan påverka hur nästa möte blir. Det är ett evigt samspel med en fortgående process så länge vi lever.

Möten kan se olika ut och vara olika viktiga för olika personer och i olika skeden i livet. Men alla behöver vi möten för att utvecklas och ta nya steg i livet. Det lilla spädbarnet som behöver en vuxen människa att knyta an till liksom den gamla människan som behöver en hand att hålla i när hon tar farväl till livet.

Rör mig annars dör jag ...

Det goda mötet – några reflektioner

Daniel Brattgård

Bemötandefrågorna står alltmer i fokus inom hälso- och sjukvården. Personligen måste jag bekänna att jag har lite svårt för ordet bemötande. Det kan ge intryck av att det skulle gå att finna några enkla sätt att bemöta patienter och anhöriga. Enligt uppgift finns ordet bemötande endast i svenska språket. Därför är det glädjande att detta symposium till Henrik Hammars ära inte har som tema bemötande, utan det goda mötet.

Om det skall bli ett gott möte mellan personal, patienter och anhöriga inom hälso- och sjukvården måste patienter vara patienter, anhöriga vara anhöriga och personal vara personal. Hjalmar Gullberg har skrivit en tänkvärd dikt om människors möte. I den dikten har han sagt allt som behöver sägas om det goda mötet människor emellan i allmänhet och det goda mötet inom hälso- och sjukvården i synnerhet.

Om i ödslig skog
ångest dig betog
kunde ett flyktigt möte
vara befrielse nog

Giva om vägen besked
därpå skiljas i fred
sådant var främlingars möte
enligt uråldrig sed

Byta ett ord eller två
gjorde det lätt att gå
Alla människors möte
borde vara så.

Inom hälso- och sjukvården sker det ett oändligt antal möten mellan människor i de mest skiftande livs- och arbetssituationer varje dag. Vi skall inte förakta de flyktiga mötena inom hälso- och sjukvården. Det är möjligt att på en halv minut ge en människa (patient eller anhörig) livsmod för en hel dag – om man har blick och förståelse för hur hon inte bara har det, utan hur hon känner, upplever att hon har det.

Vissa möten kan stanna vid ett möte mellan främlingar. Med en klar diagnos och en självklar behandling som ger hjälp tillbaka till hälsa behöver en människa inte berättas sitt livs historia – knappt ens sin sjukdomshistoria för att det skall bli ett gott möte. Vi ska heller inte glömma att det finns människor som har en hög integritet och inte vill släppa andra in på livet.

Men för både patienter och anhöriga kan ett möte med både tid och rum för att byta ett ord eller två underlätta både sjukdomstid och sjukhusvistelse. Inte sällan tillför ett sådant mänskligt möte inom hälso- och sjukvården inte bara patienter och anhöriga ytterligare dimensioner i livet. Det kan också berika personalens både personliga liv och arbetsliv.

Om det skall räcka med ett flyktigt möte, stanna vid

främlingars möte eller fördjupas till ett mänskligt möte är inte alltid relaterat till allvarlighetsgraden i diagnos hos patienten. Det finns människor som är svårt sjuka, då ett flyktigt möte kan vara tillräckligt – inte minst med tanke på att man kanske inte orkar med mer. Det finns människor som söker hälso- och sjukvården för enkla och fullt åtgärdbara åkommor, som har ett stort behov av ett mänskligt möte med möjligheter att få byta ett eller flera ord med personalen.

Inte sällan kan det goda mötet inom hälso- och sjukvården ge tillfälle att lyfta fram inte bara medicinska frågor utan mer personliga och till och med existentiella frågor. Ordet existentiell kommer från latinets *existens*, som betyder tillvaro, finnas till. De är ofrånkomligt att de existentiella frågorna bränner till på ett särskilt sätt, när tillståndet hos en patient innebär ett hot mot livet och hennes existens. Men bakom ordet existens döljer sig ett verb på latin, som heter *existo*. När vi översätter det ordet till svenska betyder det: spira, växa fram, träda fram, dyka upp, visa sig, vara sedd.

När jag lärde mig detta av min gamle latinlärare fick plötsligt de existentiella frågorna om livets mening och mål en ny dimension – både i livets början, under livets gång och mot livets slut. Det slog mig att den första existentiella frågan uppkommer väldigt tidigt i en människas liv i form av en lek. Jag vill se de föräldrar, mor- och farföräldrar, som inte lekt tittutleken med sina barn och barnbarn.

Tittutleken – där en vuxen människa för ett ögonblick döljer sitt ansikte för det lilla barnet – kan vid första anblicken te sig som en oskyldig lek utan djupare innebörd. Men vid närmare eftertanke är denna lek en första

existentiell prövning i livet: att för ett kort ögonblick inte vara sedd, inte synas, inte bli bekräftad av andra människor.

Det som i livets början ter sig som en oskyldig lek blir vid mer vuxen ålder blodigt allvar. Vi vill inte som människor bli förbisedda, bli förbigångna. Vi har under livets gång ett ständigt behov av att bli bekräftade för att växa och utvecklas som människor. Någon har klokt uttryckt detta grundläggande mänskliga behov med orden: i samspellet med andra människor utvecklas människan till människa – eller hindras från att utvecklas till människa.

I en liten skrift med titeln ”Den kapsejsade himlen” som är en samling aforismer beskriver Stig Johansson detta med följande uttryck från en uteliggare: ”Jag är illa sedd, men jag syns.” Hans erfarenhet är av allt att döma att det till och med är bättre att vara illa sedd än att inte synas alls.

Mikael Wiehe – känd trubadur och samtidigt en stor filosof – beskriver hur detta grundläggande mänskliga behov ser ut i förälskelsen. Visan heter helt enkelt Mitt hjärtas fågel.

När Du ser mig
när jag finns i Dina ögon
när Du ser att jag finns till
när Du hör mig
när jag är i Dina tankar
när jag kan vara den jag vill

Då flyger mitt hjärtas fågel
då stiger den upp mot skyn
då svävar den över markerna
och högt över skogens bryn

När jag finns i min älskades ögon och får den djupa och förbehållslösa bekräftelsen att jag är inte bara sedd utan också älskad av en annan människa, då får jag luft under vingarna.

Men när Du blundar
när Du stänger Dina ögon
när jag inte kommer in
när Du tystnar
när Du vänder Dig ifrån mig
när jag inte längre finns

Då kurar mitt hjärtas fågel
på tallens lägsta gren
med svarta sorgsna ögon
och själen tung som sten

Men när jag som människa förgäves söker efter och inte får denna djupa bekräftelse från någon annan, då slocknar blicken och livet känns stenhårt och tungt.

En 8-årig pojke med kronisk men inte livshotande sjukdom har lärt oss sjukhuspräster mycket om konsten att vara närvarande i det goda mötet med existentiella både under- och övertoner. Som många kroniskt sjuka barn var han lite lillgammal och funderade mycket över de stora existentiella frågorna i livet – om livets mening och mål, om sjukdomens och lidandets betydelse och plats i livet, om skuld och ansvar, om livet och döden.

Detta blev för tungt för sjukvårdspersonalen, så remiss gick till Sjukhuskyrkan. Detta blev något för sjukhusprästen att ta hand om. Sjukhusprästen besökte därför Tomas regelbundet, när han låg inlagd på sjukhuset. Vid ett tillfälle när de satt och samtalande med varandra avbröt

Tomas sig mitt i en mening. Han gav sjukhusprästen en skarp blick och kom samtidigt med följande kommentar: ”Hör du, Inge! Du kan gå – för Du har redan gått!”

Det viktigaste för Tomas var uppenbarligen inte att få mer eller mindre hållbara svar på sina existentiella frågor om livets mening och mål, sjukdomens plats i livet och alla frågor som tanken på det yttersta hotet mot människans existens väcker: döden. Väl så viktigt som att få färdiga svar var att få dela frågorna med en annan människa, som inte övergav utan hade blick för den lille pojken existens – inte bara hans existentiella frågor.

Varje möte människor emellan inom hälso- och sjukvården har existentiella både över- och undertoner i den mening som Stig Johansson, Mikael Wiehe och Tomas lär oss. Inte alltid kan vi ge människor – varken patienter eller anhöriga – hållbara svar på de djupare existentiella frågor som sjukdom, lidande och ytterst död väcker hos oss människor. Men det vi alltid kan göra är att möta människor öga mot öga, ansikte mot ansikte där de befinner sig och när våra vägar korsas. Varje gång vi vägar se en annan människa i ögonen och möta henne där hon är skapas en grogrund för det goda mötet.

Bemötande i hälso- och sjukvården – etik eller etikettfråga?

Niels Lynöe

I det följande ska jag argumentera för att det finns etiska såväl som kommunikativa aspekter av betydelse för patientens upplevelse av hur han eller hon blir bemött. Bemötandet kan i sin tur få konsekvenser för patientens välbefinnande, tillfrisknande och förmåga att ta ansvar för sin egen hälsa/sjukdom och därmed också patientsäkerheten. Omedelbart kan bemötandet av patienter uppfattas som en etikettfråga – det vill säga att läkaren hälsar tillräckligt hövligt på patienten och inte är direkt otrevlig. Jag kommer dock att argumentera för att bemötande kan handla om grundläggande värderingar och inte endast är en etikettfråga.

INTRODUKTION

Om man söker sjukvård för medicinska problem så är man som patient primärt intresserad av att få hjälp med både utredning och om möjligt behandling. Ett mycket enkelt exempel kan illustrera detta: en patient söker för ont i svalget. I den mest enkla och avskalade formen av ett möte kan patienten när han/hon träffar läkaren peka ner i munnen och om läkaren förstår, inspekterar denna svalget och

känner på lymfkörtlarna på halsen. Vi antar att läkaren observerar en tydlig rodnad i vänstra sidan av svalget och en förstoring av lymfkörtlarna på samma sida. Om vi också antar att läkaren tar ett svalgprov för snabbtest och att det visar positivt utslag för betastreptokocker så kan läkaren ställa en diagnos och föreslå adekvat behandling. Patienten som har förväntningar om att få hjälp går sannolikt med på läkarens förslag. Konsultationen kan därmed vara avslutad genom att läkaren skriver ut några läkemedel och ger information om hur läkemedlen ska tas samt allmänna tips och råd. Om patienten sedan tar ut det föreslagna läkemedlet och tar medicinen, samt att patientens symtom från örat försvinner, så blir patienten nöjd och läkaren får en indikation på att han/hon har ställt rätt diagnos och gav rätt behandling. För patienten och läkaren blir bådas nöjdhet också en indikation på att läkaren är kompetent.

I detta exempel på en enkel och okomplicerad konsultation finns till synes inga etiska eller kommunikativa problem. Många skulle kanske till och med anse att det inte ens fanns några etiska aspekter och kanske endast minimala kommunikativa aspekter. Med utgångspunkt i detta fall skulle man alltså kunna dra slutsatsen att etiska och kommunikativa aspekter mest är en fråga om att läkaren kan ställa rätt diagnos och förskriva rätt medicin. Majoriteten av alla kontakter som patienter har med hälso- och sjukvården sker också utan några komplikationer eller klagomål. Endast några få promille av alla patienter som har kontakt med sjukvården är så missnöjda att de klagat till landstingens patientnämnder.¹

1. Wessel M, Helgesson G, Lynöe N. Experiencing bad treatment: Qualitative study of patient complaints concerning their

Men, och detta är ett stort men, det finns mer att säga om detta. Bemötandet har sannolikt betydelse för tillfrisknandet även av en okomplicerad Halsfluss som i ovanstående fallbeskrivning. Åtminstone har bemötandet betydelse för hur länge patienten är sjukskriven.² Positivt bemötande kan också tänkas underlätta återgång till arbetet.³ Det finns alltså anledning att närmare studera vilka effekter bemötande har.

PATIENTSÄKERHET OCH KLINISK KOMPETENS

Grundläggande för all hälso- och sjukvård är att det finns läkare, barnmorskor, tandläkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och många andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som är kompetenta att ge patienter den vård de är i behov av. Att kunna välja och utföra rätt undersökning, ställa diagnoser, erbjuda och ge behandling och rätt vård är en förutsättning för en god patientsäkerhet. Om en kirurg väljer att genomföra en riskfylld operation utan patientens samtycke och patienten avlider så har patientsäkerheten satts ur spel. Så gick det till under 1860-talet då operationsfrekvensen och dödligheten i komplikationer ökade som följd av narkosens introduktion. Det

reception by public health care in the County of Stockholm. *Clinical Ethics*. 2009;4:195–201.

2. Olsson B, Olsson B, Tibblin G. Effect of patients' expectations on recovery from acute tonsillitis. *Fam Pract*. 1989;6(3):188–92.

3. Müssener U, Svensson T, Söderberg E. Vilken betydelse har positivt bemötande för återgång i arbete? *Socialmedicinsk tidskrift* 2009;53:238–44.

var under denna period som följande talesätt myntades: operationen lyckades, men patienten dog. Det är oklart vilka sanktioner som fanns mot läkare som äventyrade patientsäkerheten under 1800-talet och före antiseptiken. Men går vi längre tillbaka i tiden så var man redan i gamla Babylonien mån om patientsäkerheten. Enligt Hammurabis lag angavs både ersättning för lyckade ingrepp och sanktioner för felbehandling och misslyckade ingrepp. Detta har sannolikt haft en viss förebyggande effekt; läkare har knappast utsatt patienter för onödiga eller livshotande ingrepp om de fick betala ersättning vid misslyckade ingrepp eller i värsta fall fick handen avhuggen.

Även om dödligheten vid operativa ingrepp har minskat finns det fortfarande en del medicinska och kirurgiska behandlingar som är potentiellt riskfyllda och det förekommer som sagt både misstag och klagomål inom hälso- och sjukvården. Även om det endast är få promille som klagar till patientnämnderna så kan dessa ärenden vara av principiellt intresse. Vi ska i det följande titta lite närmare på de anmälningar som kommer till landstingens patientnämnder.

PATIENTNÄMNDERNAS RAPPORTER

Om en patient anser att han eller hon har blivit felbedömd eller felbehandlad har patienten möjlighet att vända sig till sitt landstings patientnämnd. Av dem som 2007 klagade till patientnämnden i Stockholms Läns Landsting (SLL) var det 29 % (n=1366) som rörde felbehandling.⁴ Cirka 30 % av dessa klagomål (n=410) handlade

4. Wessel M, Helgesson G, Lynöe N. 195–201.

också om att patienten ansåg att han/hon hade fått ett dåligt bemötande. Det var speciellt män som klagade över felbehandling i kombination med dåligt bemötande. Ärenden som enbart handlade om bemötande utgjorde cirka 13 % (n=589) och dominerades av kvinnor. Totalt 21 % (n=999) av alla ärenden under 2007 handlade alltså helt eller delvis om dåligt bemötande, det vill säga lika många ärenden som handlade endast om felbehandling. Övriga anledningar till klagomål var väntetider, tillgänglighet, prioriteringsfrågor, brister i rådgivning och information etc.

Om utgångspunkten är att det viktigaste för en patient är att få adekvat behandling av en skicklig läkare, tandläkare, barnmorska, sjukgymnast, sjuksköterska etc., så kan det omedelbart förefalla underligt att patienter klagat över dåligt bemötande. Om valet står mellan att få bra behandling och bra bemötanden resonerar de flesta nog som överkirurgen på en akutmottagning som ställde följande retoriska fråga: ”Vill du inte hellre bli behandlad av en skicklig kirurg som är en skitstövel, än av en trevlig kirurg som är oskicklig?”⁵ Om nu skicklighet med nödvändighet skulle utesluta trevlighet så skulle säkert många hålla med överkirurgen. Problemet är förstås att det ena inte utesluter det andra – även en kirurg kan vara både skicklig och trevlig, men även oskicklig och otrevlig.

Men frågan är också om bemötandet faktiskt kan påverka behandlingseffekten eller patientsäkerheten. Enligt den nämnda undersökningen av patientnämnden i SLL finns det indikationer på att vissa individer endast

5. Lynöe N. Dags att bryta villfarelsen om samband mellan otrevlighet och skicklighet. *Läkartidningen* 2007;104:360.

anmäler felbehandling om de samtidigt blivit utsatta för ett dåligt bemötande. Betyder detta att ett bra bemötande kan leda till att patienter som faktiskt blivit felbehandlade låter bli att anmäla felbehandlingen? Ja, det kan i alla fall inte uteslutas. Om behandlaren är trevlig och ber om ursäkt för ett misstag så blir det kanske ingen anmälan även om vårdgivaren också har en skyldighet att enligt lex Maria själv anmäla situationer där patienter har blivit felbehandlade eller varit utsatta för risk att bli felbehandlade. I den meningen har alltså bemötandet en effekt. Bemötandet kan dock också ha andra effekter, vilket ska diskuteras. Men först ska vi granska i vilka situationer patienter kan uppleva att de blir dåligt bemötta.

SPECIFIKA OCH OSPECIFIKA SYMTOM ELLER MAKT OCH VANMAKT

Hitintills har jag diskuterat ett enkelt fall där patienten sökte för en okomplicerad halsfluss och där patienten efter undersökning och behandlingsförslag var nöjd. Det som karakteriserar detta fall är att trots att varken patienten eller läkaren behövde säga så mycket så förstod de sig på varandra. De hade en gemensam föreställning om vad symtomen berodde på och patientens förväntningar på undersökning och behandling tillgodosågs. Risken för missförstånd var minimal. Patientens symtom var vidare enkla och välavgränsade och det fanns objektiva fynd vid undersökningen som stödde och förklarade symtomen. Läkaren hade ingen anledning att ifrågasätta patientens upplevelser och patienten kände sig sålunda inte heller ifrågasatt. Förutom objektiva undersökningsmetoder hade läkaren också specifik behandling att erbjuda patienten

ten och som patienten tacksamt tog emot. Det fanns alltså ingen anledning för läkaren att känna sig vanmäktig.

Men det är inte ovanligt att läkare kan känna sig vanmäktiga. Vanmäktigheten kan göra sig gällande om patienten har stora förväntningar på att få en förklaring på sina symtom, att läkaren kan ställa en diagnos och erbjuda en behandling samtidigt som patientens symtom är diffusa och det inte går att ställa en specifik diagnos. Vanmäktigheten blir ännu mer uttalad om läkaren inte kan erbjuda en behandling – kanske inte ens symtomlindring. I den kliniska verkligheten finns en del patienter som söker för diffusa eller ospecifika symtom där det inte finns någon känd underliggande sjukdomsprocess/förändring och därmed ingen specifik diagnos eller behandling. Det kan röra sig om både somatiska och psykiska symtom och kombinationer av dessa. Patienter med kroniskt ospecifika smärtor i ryggen är kanske typexemplet på patienter som kan få en läkare eller sjukgymnast att känna sig vanmäktiga. Vanmäktigheten är då ofta ett resultat av både patientens och sjukvårdspersonalens egna förväntningar på att bli hjälpta respektive att kunna hjälpa patienten. Grundläggande etiska principer för sjukvårdspersonalens agerande är att kunna göra gott och undvika att skada. Kan man inte ställa en diagnos och inte heller erbjuda någon specifik botande eller lindrande behandling så står man mer eller mindre handlingsförlamad. Om ambitionen är att göra gott så är detta förstås frustrerande. Ju större patientens förväntningar är, desto större frustration. Frustrationen kan oavsiktligt riktas mot patienten och resultatet kan bli att läkaren framstår som irriterad och otrevlig.

Smärtor är något man känner på insidan och är sålunda subjektiva. När läkaren undersöker en patient som lider av ospecifika kroniska smärtor i ryggmuskulaturen (exempelvis fibromyalgi) kan man vid undersökningen endast konstatera att patienten är tryckkänslig (öm). Det finns ingen möjlighet att objektivt fastställa smärtans intensitet och hur det påverkar patientens livskvalitet och förmåga att arbeta. Här finns ingen rodnad och svullnad och det finns inga metoder med vilka man objektivt kan avgöra om patienten faktiskt har smärtor eller hur intensiva de är. Patienten vänder sig till sjukvården och visar upp sin svaghet mentalt eller fysiskt för en person som han tror ska kunna hjälpa honom. En patient som i detta utsatta läge upplever att sjukvårdspersonalen inte tar honom på allvar eller kanske misstror hans symtom kan vara rädd för att bli uppfattad som en simulant. Patienten kan i sin sårbarhet bli extra känslig för signaler från sjukvårdspersonalen som kan tolkas i den riktningen, även om sjukvårdspersonalen inte alls misstör patientens symtom eller uppfattar att patienten simulerar. En patient med kroniska smärtor i ryggmuskulaturen skiljer sig sålunda i flera avseenden från den tidigare nämnda patienten som hade specifika symtom från svalget.

Vanmakt kan också uppstå i situationer där det faktiskt varit möjligt att ställa en diagnos och föreslå en specifik behandling, men där behandlingen misslyckats eller inte längre fungerar som förut. Samma känsla av frustration kan då uppstå hos behandlaren och även den kan oavsiktligt felriktas mot patienten. Exempel på detta är cancerbehandling som till en början har god effekt, men som efter flera återfall inte längre fungerar. Patienten känner sig besviken och läkaren känner vanmakt etc.

Sammanfattningsvis kan vanmaktskänsla hos läkaren bidra till att patienten upplever läkaren som irriterad och otrevlig.

VÄRDERINGAR INOM SJUKVÅRDEN

En norsk undersökning från 1991 som 2002 upprepades indikerar att läkare värderar olika sjukdomars prestige olika.⁶ Högst prestige har patienter med hjärntumör och hjärtsjukdomar, lägst prestige har patienter med alkoholrelaterad skrumplever samt fibromyalgi. Här finns alltså tydliga värderingar där vanmäktighet kan vara en bidragande orsak i alla fall vid tolkningen av patienter med exempelvis fibromyalgi. Men patienter med skrumplever som följd av långvarig hög alkoholkonsumtion eller missbruk förefaller vara en annan kategori. Här kan de underliggande patoanatomiska förändringarna objektivt visualiseras – kan visas både med leverbiopsi och andra högteknologiska undersökningsmetoder. Och det finns flera specifika behandlingar av följsjukdomar som exempelvis esofagusvaricer, och i princip skulle man kunna erbjuda patienten en synnerligen prestigefull medicinsk åtgärd: levertransplantation. Läkarnas estimering av prestige av patienter med skrumplever tycks alltså bero på något annat än vanmakt. En närliggande anledning kan också vara att sjukdomen kan uppfattas som mer eller mindre själv-

6. Album D. The prestige of illnesses and medical specialties. *Nord Med.* 1991;106(8-9):232-6. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med.* 2008 Jan;66(1):182-8. Epub 2007 Sep 12.

förvållad. Men en sådan tolkning motsägs av att en stor del av hjärtsjukdomarna i den omfattning de beror på livsstil och födointag också kan anses vara självförvållade – och hjärtsjukdomar ansågs ha hög prestige. Det kanske kan bero på att hjärtat, allt annat lika, anses vara ett mer livsviktigt organ än levern. Men både hjärt- och leversvikt leder utan behandling till döden även om hjärtsvikt kan leda till mer akuta situationer. Andra tänkbara förklaringar kan vara att alkoholproblem kan uppfattas som en psykisk sjukdom och dessa ligger också lågt på prestige-skalan. En hög alkoholkonsumtion kan exempelvis tolkas som en form av egenvård av en psykisk sjukdom (ångest och/eller depression). Eftersom vissa psykiska sjukdomar innebär att patientens autonomi är nedsatt kan det inte uteslutas att patienter med skrumplever och hög alkoholkonsumtion också kan uppfattas som patienter som inte vet sitt eget bästa. Om en patient inte vet sitt eget bästa kan sjukvårdspersonalen gå in och stärka patientens förmåga att själv fatta beslut eller i vissa fall fatta beslut i patientens ställe – för patientens eget bästa. Ett förhållningssätt där sjukvårdspersonalen fattar beslut i patientens ställe för patientens eget bästa kallas vanligen medicinsk paternalism.⁷ Ibland kan det vara svårt att bedöma om patienten har nedsatt beslutsförmåga eller inte – det finns gränsdragningsproblem – men patienter med psykiatriska diagnoser, som är fullt beslutskapabla, löper stor risk för att bli bemötta på ett paternalistiskt sätt.

7. Lynöe N, Juth N. *Medicinska etikens ABZ*. Liber: Stockholm, 2009.

PATERNALISTISKT BEMÖTANDE

Det finns en lång tradition inom sjukvården av att sjukvårdspersonalen förhåller sig mer eller mindre paternalistiskt till sina patienter. Man har levt i föreställningen om att eftersom sjukvårdspersonalen vet mest så vet de också vad som är bäst för patienten. Det tycks först vara under de senaste 50 åren som sjukvårdspersonal har uppmärksammat att patienter har egna värderingar, önskningar och åsikter. Vid millennieskiftet genomförde Läkartidningen en liten undersökning där de frågade om de viktigaste upptäckterna under 1900-talet. På trettonde plats (efter upptäckten av bland annat insulin och penicillin etc.) kom upptäckten att patienter är kapabla att själva fatta beslut.⁸ I hälso- och sjukvårdslagstiftningen har patientens ställning stärkts och det är i dagens sjukvård svårt att öppet förespråka ett paternalistiskt förhållnings-sätt. Patientens rätt att vara med och bestämma om handlingar och beslut som berör patienten är helt centrala – man talar om respekt för patientens autonomi eller autonomiprincipen.⁹ De flesta som jobbar inom sjukvården är numera medvetna om att ett paternalistiskt förhållnings-sätt är i strid med autonomiprincipen. Man försöker sålunda undvika att vara paternalistisk eller försöker åtminstone att på olika sätt maskera sin paternalism.¹⁰ Även om äkta paternalism är uttryck för omtanke om patienten

8. Karlsson Y. Bokslut av Läkartidningens referenter. Penicillinet och DNA-strukturen 1900-talets viktigaste upptäckter. *Läkartidningen* 1999;96:5734–6.

9. Album D, Westin S. 182–8.

10. Lynöe N, Juth N, Helgesson G. How to reveal disguised paternalism? *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2010;13:59–65

tens väl och ve – och definitivt inte en fråga om illvilja – så kan förhållningssättet uppfattas som utmanande för den patient som värnar om sin autonomi och integritet. Har man som följd av en psykisk sjukdom haft nedsatt autonomi och sålunda varit utsatt för paternalistiskt motive-
rade ingrepp så kan det inte uteslutas att man är ganska känslig för ett sådant förhållningssätt. Detta speciellt om patienten själv anser sig återställd och fullt beslutska-
pabel. För den fullt beslutskapabla patienten innebär ett paternalistiskt förhållningssätt inte enbart ett ifråga-
sättande av autonomin, det är inte orimligt att säga att patienten har bemötts på ett respektlöst sätt. Om patien-
tens värderingar skiljer sig från sjukvårdspersonalens kan oenighet leda till att patientens autonomi kränks och det
i en situation där båda parter istället borde visa respekt för varandras värderingar. I situationer där en patient inte
anses veta sitt eget bästa och där sjukvårdspersonalen an-
ser att de bör fatta beslut i patientens ställe, kan det leda till att sjukvårdspersonalen inte lyssnar så noga till vad
patienten säger; om sjukvårdspersonalen lyssnar så är det dock mindre sannolikt att de bryr sig. Ett sådant bemö-
tande kan av patienten upplevas som både nonchalant och respektlöst även om sjukvårdspersonalens avsikt var
god.

FÖRAKT FÖR SVAGHET

De flesta som jobbar inom sjukvården strävar efter att bli så skickliga som möjligt inom sitt område. Det gäller både den diagnostiska och behandlingsmässiga skickligheten. Detta är en strävan som är helt förenlig med ambitionen att optimera patientsäkerheten. Men det kan inte uteslu-

tas att strävan efter fullkomlighet eller såkallad excellens kan få oönskade konsekvenser för bemötandet av vissa patienter. Om exempelvis en läkare strävar efter att utveckla sin kliniska kompetens till fullkomlighet så kan fullkomlighetssträvandet också överföras på kollegor, läkarstuderande och patienter.¹¹ Om man själv förväntas att i sin yrkesutövning bli fullkomlig så kan man också tänkas ställa krav på sina patienter. Läkaren kan exempelvis säga att om patienten vill få hjälp med att behandla sin sjukdom, så måste han ställa ökade krav på sig själv genom att ta ansvar för sin hälsa eller behandlingen av sin kroniska sjukdom.¹² Patienter som lider av sjukdomar som orsakats av tobaksrökning eller andra ”dåliga” livsvanor som leder till överviktsrelaterade sjukdomar, kan anses inte leva upp till den aktuella läkarens egna fullkomlighetsideal. Patienten saknar självdisciplin, självbehärskning samt förmåga att ta ansvar för sig själv. Det vill säga: moraliska dygder som läkaren kräver av sig själv tenderar han/hon kanske att också kräva av sina patienter. Uppmanas patienten därför att ”ta sig samman” och anstränga sig för att ta ansvar för sin hälsa, men ändå inte lyckas, så kan läkaren uppfatta det som moralisk slapphet eller karaktärssvaghet. Även om läkaren inte direkt visar förakt för patientens svaghet och brist på ansvarstagande så kan patienten uppleva sjukvårdspersonalen som oempatisk och respektlös.

11. Lynöe N. Kan strävan efter excellens i klinisk forskning och undervisning bli kontraproduktiv? Manuskript.

12. Flodin T. Patienten har också skyldigheter. *Läkartidningen* 2011;108:127.

MAKTUTÖVNING, AVSNÄSNING
OCH ARROGANS

En del av de patienter som klagat till patientnämnden över dåligt bemötande angav att läkarna var arroganta.¹³ En möjlig förklaring till detta kan vara att en del patienter i dagens sjukvård har förberett sig inför sin kontakt med vårdgivaren.¹⁴ Patienten kan före besöket ha läst på internet om sina symtom, om möjliga utredningar, differentialdiagnoser och behandlingar – så kallade ”googlepatienter”. Patienten kan ha sökt vård tidigare och inte fått den hjälp man hade förväntat sig och då i stället bett nät-doktorer om en ”second opinion”. När patienten sedan träffar sin läkare kan patienten ha tydliga önskemål om möjliga undersökningar, tänkbara diagnoser och behandlingar. Patienten kan på detta sätt av läkaren upplevas att ta över dennes uppdrag att utreda, ställa diagnoser och föreslå behandlingar. Läkaren kan uppleva sig ifrågasatt och att han/hon har reducerats till att endast effektuera patientens beställningar. En läkare som upplever sig ifrågasatt kan uppleva att en outtalad maktbalans har rubbats. Läkaren kan av den anledningen känna behov av att förtydliga vem som bestämmer genom att ”näpsa” eller ”avsnäsa” eller rent av förödmjuka patienten i något som upplevs som en arrogant makt demonstration.

13. Wessel M, Helgesson G, Lynöe N. Experiencing bad treatment: Qualitative study of patient complaints concerning their reception by public health care in the County of Stockholm. *Clinical Ethics*. 2009;4:195–201.

14. Umefjord G. *Internet consultation in medicine*. Thesis. Umeå: Umeå University, 2006.

stration.¹⁵ Patienten kan sålunda tänkas uppleva läkaren som maktlysten och arrogant.

OTREVLIG, RESPEKTLÖS,
NONCHALANT OCH ARROGANT

Jag har nu diskuterat fyra möjliga förklaringar till att patienter inom sjukvården kan uppleva att sjukvårdspersonal bemöter dem otrevligt, respektlöst, nonchalant och arrogant. Sjukvårdspersonalens vanmakt och frustration kan felriktas mot patienten som då upplever personalen som otrevlig. Sjukvårdspersonalen kan anse att patienten inte vet sitt eget bästa och sålunda utsätta patienten för paternalistiska kränkningar – nonchalans och respektlöshet. Sjukvårdspersonalen kan genom excellensideal se ner på patienter som då kan uppleva personalen som arrogant. Och sist kan den pålästa och välförberedda patienten uppleva sjukvårdspersonalen som maktlysten och arrogant om dessa upplever sin kompetens ifrågasatt.

Patienter vill förstås helst undvika att bli utsatta för ett otrevligt bemötande, liksom paternalistiska kränkningar – hur välmenande de än må vara, eller ett respektlöst, nonchalant eller arrogant bemötande. Utöver det faktum att alla fyra förhållningssätt är i strid med hälso- och sjukvårdslagstiftningen så finns det även andra skäl att undvika detta. I en undersökning av långtidssjukskrivnas upplevelser av sjukvårdspersonalens bemötande visade det sig att ett negativt bemötande påverkade de långtids-

15. Malterud K, Thesen J. When the helper humiliates the patient: a qualitative study about unintended intimidations. *Scand J Public Health*. 2008;36(1):92–8.

sjuvskrivnas upplevelse av sitt hälsotillstånd.¹⁶ Typiska exempel på negativt bemötande var upplevelsen av att bli nonchalerad, ha behandlats respektlöst eller att sjukvårdspersonalen inte lyssnat eller brytt sig om vad patienten berättade.

Man kan möjligen tolka effekten av negativt bemötande i termer av negativ förväntanseffekt eller så kallad noceboeffekt. Och noceboeffekten kan i sin tur tänkas försämra en patients symtom.¹⁷ Oberoende av verkningsmekanismen så pekar studien av de långtidsjuvskrivna på att det finns skäl till att sjukvårdspersonal bör undvika att vara otrevliga, respektlösa, nonchalanta och arroganta. Men det finns nog ingen eller i alla fall väldigt få inom sjukvården som avsiktligt är otrevliga, respektlösa, nonchalanta eller arroganta mot sina patienter. Det är fråga om patienters upplevelser, och inte nödvändigtvis om vad som faktiskt har utspelat sig. En patient kan förstås både uppleva sig kränkt och faktiskt vara kränkt, men kan också uppleva sig kränkt utan att faktiskt vara det, liksom patienten kan uppleva att han/hon inte är kränkt och faktiskt vara kränkt. Eftersom det i slutändan är patientens upplevelser som är avgörande för åtminstone den subjektivt upplevda hälsan så är det angeläget att sjukvårdspersonal är uppmärksamma på vilken effekt bemötandet kan ha på patienter. Det kan då i vissa sammanhang vara vik-

16. Upmark, Borg, Alexandersson, K. Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare: a study of long-term sickness absentees. *Scand J Public Health*. 2007;35(6):577-84.

17. Tracey I. Getting the pain you expect: mechanisms of placebo, nocebo and reappraisal effects in humans. *Nature Medicine*. 2010; 16(11): 1277-83.

tigt att kunna be om ursäkt om man har varit ouppmärksam eller oaktsam. Ursäktens betydelse för patienten är sannolikt underskattad.¹⁸

TREVLIG, RESPEKTFULL,
ENGAGERAD OCH EMPATISK

Enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen bör personalen visa respekt, omtanke och inlevelse och främja goda kontakter mellan sjukvård och patient. Det vill säga: ambitionsnivån är högre än att enbart undvika att upplevas vara otrevlig, respektlös, nonchalant och arrogant. Man skulle kunna tänka sig att sjukvårdspersonalen även kunde sträva efter att aktivt utveckla ett bra bemötande exempelvis genom att vara trevlig, visa respekt, empati och ödmjukhet. Den tidigare nämnda studien av långtidssjuk-skrivna visade att om patienterna uppfattade sjukvårdspersonalens bemötande positivt (exempelvis att vara trevlig, visa respekt, lyssna och bry sig), så upplevde patienterna att det hade en rad positiva konsekvenser.¹⁹ Man kan möjligen tolka effekten av ett bra bemötande som en positiv förväntanseffekt eller en såkallad placebo-effekt. Placeboeffekten kan som bekant främja tillfriskandet.²⁰ Men oberoende av hur man kan förklara effekten så pekar studien på att det finns skäl att sjukvårdspersonal strävar efter att vara trevliga, respektfulla och engagerade.

18. Lazare A. Apology in Medical Practice. *JAMA*. 2006; 296(11): 1401-4

19. Müssener U, Svensson T, Söderberg E. 238-44.

20. Tracey I. 1277-83.

PATIENTCENTRERING
– SOM METOD OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Ett beprövat sätt att få patienter att uppleva att sjukvårdspersonal är trevlig, respektfull och engagerad är att utgå ifrån ett så kallat patientcentrerat arbetssätt så som det utvecklats inom framförallt allmänmedicinen.²¹ Patientcentrering innebär att sjukvårdspersonalen kort ber patienten berätta varför hon/han söker eller vad man kan hjälpa till med. Nästa steg är att under de första tre minuterna låta patienten berätta utan att avbryta – det låter enkelt, men visar sig att vara mycket svårt för många läkare. Läkaren förväntas under berättelsen aktivt lyssna efter patientens föreställningar, farhågor och förväntningar – de tre F'en.²² Patienten kan ha egna föreställningar om orsaker till sina symtom eller besvär och hur de bäst kan utredas och behandlas. Patienten kan vara orolig för att symtomen är tecken på livshotande sjukdom och ha speciella förväntningar på vad sjukvården ska kunna göra. Genom att noggrant lyssna till patientens berättelse och fokusera på de tre F'en så får läkaren också en uppfattning av patientens värderingar, önskningar och åsikter. Om man efter berättelsen inte fått helt klart för sig alla aspekter kan man kort be patienten berätta mer om något av det han/hon berört. Läkaren sammanfattar sedan vad patienten sagt så att eventuella missförstånd

21. Boyle D, Dwinell B, Platt F. Invite, Listen, and Summarize: A Patient-Centered Communication Technique. *Academic Medicine* 2005;80:29–32.

22. Larsen, J-H, Risør O, Putnam S. PRACTICAL: A Step-by-Step Model for Conducting the Consultation in General Practice. *Family Practice* 1997;14: 295–301.

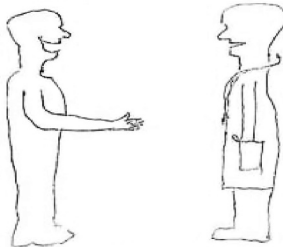
kan undvikas. På detta sätt visar man inte bara respekt för patientens värderingar, patienten upplever att han/hon tas på allvar och man kan även minimera missförstånd och onödiga utredningar och därmed risken för över- och felbehandling. Strävan är inte att ”ordinera” olika åtgärder, ambitionen är att ge patienten bästa möjliga underlag för att vara med och fatta beslut. På så sätt kan man också indirekt vara med och visa respekt för patientens autonomi. Detta leder ofta till att patienten i högre grad tar ansvar för sin egen hälsa eller sjukdom, vilket har visat sig få kliniska konsekvenser: blodsockret hos diabetespatienter optimeras, blodtrycket hos hypertoniker tenderar att normaliseras etc.²³ Och framför allt, patienterna är mer nöjda, upplever läkaren som trevlig, engagerad, respektfull och empatisk. Dessutom leder patientcentrering till mindre klagomål på läkare, vilket praktiskt kommer till uttryck i att dessa läkare betalar en mindre premie för sin patientförsäkring.²⁴

När man första gången hör om ett patientcentrerat arbetssätt så tänker många som jobbar inom sjukvården att detta måste vara mycket tidskrävande. Framförallt att lyssna på patientens berättelse utan att få ställa frågor som man omedelbart anser är av mer klinisk relevans än patientens berättelse. Men det visar sig tvärtom att vara synnerligen tidsbesparande. Det har tvärtom visat sig att

23. Stewart M. Towards a global definition of patient centered care. *BMJ*. 2001;322:444–45. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796–804

24. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Radcliffe Publishing; Oxford, San Francisco, 2005.

Patientcentrering
– metod eller förhållningssätt?



Tack doktorn, för att ni tog er tid att lyssna och visade respekt för mina värderingar. Det har ingen gjort förut!

Inget att tacka för. Egentligen är jag helt ointresserad av dina problem. Jag använde bara den patientcentrerade metoden!

om man avbryter med frågor om hur länge, hur ofta, vilken färg, hur intensivt etc. kan dessa frågor leda helt fel och just ge anledning till en rad onödiga utredningar och risk för över- och felbehandling.

Sammanfattningsvis kan bemötandet få större eller mindre konsekvenser för patienternas välbefinnande och hälsa. Ytterst sett kan ett dåligt bemötande få negativa konsekvenser för även patientsäkerheten liksom ett bra bemötande tycks kunna öka patientsäkerheten. Vill man fasthålla att bemötande endast är en etikettfråga så får man nog konstatera att det är en etikettfråga som kan komma att få stora konsekvenser för både patient och behandlare.

Även om man kan förstå och förklara hur ett dåligt bemötande kan utvecklas så kan både bakomliggande värderingar och ouppmärksamhet på patientens reaktioner ställa till problem. Det är därför viktigt att sjukvårdspersonal är uppmärksam på situationer där man känner sig frustrerad som följd av vanmaktighet, om man bibringas uppfattningen att patienten inte vet sitt eget bästa, om man känner förakt för patientens svaghet och om man upplever behov av att demonstrera vem som bestämmer. Det kan inte uteslutas att man genom att lära känna sig själv och tydliggöra sina värderingar eller reaktioner även kan ändra på sina värderingar och därmed sitt förhållningssätt. Skulle man ha svårigheter med detta finns även möjligheten att försöka jobba efter den patientcentrerade metoden rent instrumentellt. Om man lyckas med detta så kan ens förhållningssätt till patienten kanske så småningom också förändras – och kanske även ens värderingar. Men det är självfallet ingen garanti, vilket bilden till vänster kan illustrera.

Hälsa alltings mål?

Funderingar kring det goda bemötandet

Mats Johansson

I hälso- och sjukvården talas det ofta om vikten av gott bemötande. Detta är naturligtvis inte utan anledning. Mötena mellan patient och vårdpersonal kännetecknas av en slående asymmetri, mellan å ena sidan patientens utsatthet och behov av hjälp och å andra sidan personalens kompetens, makt och resurser.¹ Att vi önskar att dessa möten ska bli så bra som möjligt tycks självklart. Samtidigt finns det anledning att stanna upp och fundera över vad som menas med ”vikten av gott bemötande”. Vad är egentligen ett gott bemötande? Och varför det är viktigt med ett sådant bemötande? På följande sidor kommer dessa frågor att diskuteras. Särskilt kommer jag att uppmärksamma risken att man, avsiktligt eller oavsiktligt, likställer gott bemötande med *upplevelsen* av gott bemötande², och hamnar i den olyckliga situationen att man

1. Detsamma gäller ofta för relationen mellan närstående och vårdpersonal. I det följande är det dock enbart personal/patientrelationen som ska diskuteras.

2. Uttryck som ”upplevelsen av gott bemötande” eller ”upplever ett gott bemötande” kan förstås på lite olika sätt. De kan t.ex. referera till en känsla, en subjektiv erfarenhet eller en persons

känner sig osäker på om gott bemötande verkligen är något som bör ges hög prioritet. Som kommer att framgå kan denna situation undvikas genom att gott bemötande ses som en del av vad det innebär att försäkra sig om att patienters rättigheter respekteras. Men det är lämpligast att börja med roten till det onda, nämligen ett överdrivet fokus på patienters upplevelser av det bemötande de får.

PATIENTUPPLEVT BEMÖTANDE

I en patientundersökning genomförd på uppdrag av Sveriges kommuner och landsting (SKL) fick patienter bl.a. svara på frågan ”Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?”.³ Inte oväntat skiftar svaren, mellan platser, individer och patientgrupper. Frågan handlar uppenbarligen om bemötande, och kan därmed tyckas vara ett steg mot att avgöra hur det ligger till ute i verksamheterna på bemötandefronten. Men här finns det anledning att vara försiktig. Vad är det man egentligen mäter? Söker man svaret hos det institut som genomför undersökningen, Institutet för kvalitetsindikatorer, får man reda på att det handlar om *patientupplevd* kvalitet, inte kvalitet som sådan.⁴ Något annat svar är naturligtvis

bedömning. I det fortsatta spelar inte den exakta innebörden någon avgörande roll, så länge det rör sig om ett subjektivt (patientens) uttryck rörande en objektiv situation.

3. Nationell patientenkät. Tillgänglig på <<http://www.indikator.org/publik/Default.aspx>> Hämtat 2011-02-01.

4. Och denna poäng görs naturligtvis också på andra ställen, se t.ex. Wessel M, Helgesson G och Lynöe N. ”Experiencing bad treatment: qualitative study of patient complaints concerning

inte att vänta. Att förväxla patienters upplevelse av något med detta något skulle ju vara ett allvarligt vetenskapligt snedsteg. Ändå kan det vara frestande att välja att studera dessa upplevelser. Enkätfrågor som syftar till att kartlägga upplevelser av gott/dåligt bemötande kan ses som ett behändigt sätt att närma sig den så komplicerade bemötandeproblematiken. Man behöver ju då inte befatta sig med frågor som vad gott bemötande är, vad det innebär att någon visar respekt och hänsyn osv. Dessutom kan sådana enkäter förefalla föredömliga i det att de ger uttryck för respekt för patienterna och deras erfarenheter.

Självfallet är patienternas egna upplevelser viktiga. Dels därför att patienter är (eller åtminstone borde vara) vårdens huvudpersoner, dels därför att upplevelserna ger en indikation på hur det är ställt i vården. Men man ska vara försiktig med att dra alltför stora växlar utifrån hur människor upplever något, om det egentligen är detta något man är intresserad av.⁵ Människors intryck kan, men behöver ju inte, vara välgrundade. Någon kan bli illa bemött, kanske rent av nonchalerad eller överkörd, utan att uppmärksamma detta. En annan person kan bli bemött enligt konstens alla regler (vilka de nu är), och definitivt inte sämre än andra, men ändå uppleva sig kränkt eller diskriminerad.

their treatment by public health-care in the County of Stockholm.” *Clinical Ethics* 2009; 4: 195-201.

5. En intervju med Håkan Sörman, SKL, i ett inlägg i Rapport illustrerar hur svårt det kan vara att hålla tungan rätt i mun när det gäller att skilja mellan kvalitet och patienters upplevelser av kvalitet. Rapport 18 februari 2010. Tillgängligt på <http://svt.se/2.22620/1.1893856/vardcentraler_rankas_pa_ny_sajt> Hämtat 2011-02-01.

Våra upplevelser kan påverkas bl.a. av hurdana vi är som personer, men också av vilka förväntningar vi har. Förväntningarna kan i sin tur influeras av tidigare erfarenheter, rykten, önskemål osv. Medan högt ställda, kanske orimliga, förväntningar kan vara svåra att leva upp till, kan lågt ställda förväntningar ge ett omotiverat positivt utslag i bedömningen av ett möte. Den som känt sig ignorerad eller ifrågasatt på ett ställe, kan tycka att nästa ställe är fantastiskt om det så bara präglas av "vanligt folkvett". Och det behöver inte vara samma typ av situationer som jämförs. Besöket hos homeopaten eller bilverkstaden kan, medvetet eller omedvetet, jämföras med det hos distriktssköterskan eller läkaren.

Patientens *situation* kan också påverka upplevelsen av bemötandet.⁶ Här är det tankeväckande att begrunda SKL:s kartläggning och jämföra resultaten från specialiserad öppensjukvård, där hela 87 % svarade att de helt och hållet instämde i att de blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, med resultaten från slutenpsykiatri, där endast 53 % besvarade frågan på samma sätt. Skillnaden är slående, men vad säger den oss? Den säger *något* om missnöjet i slutenpsykiatri, den bör tas på allvar, och den kräver sin förklaring. Men man kan inte säga så mycket mer innan man informerat sig om vad problemet anses vara, om detta problem verkligen föreligger och om det handlar om just bemötande. Poängen är enkel: siffrorna talar inte ett tydligt språk, och skälet är att de på sin höjd endast delvis ger en inblick i det faktiska bemötandet.

6. Detta och liknande problem tas upp i Järhult B. "SKL-tolkning av patientenkät är ett rent intellektuellt haveri." *Dagens medicin*, 2010-03-17.

Nu är det naturligtvis inte oproblemiskt att enas om en lista på vad som utmärker gott respektive dåligt bemötande. Här finns det fortfarande mycket att göra. Den som söker efter exempel på gott (eller dåligt) dåligt bemötande i litteraturen och på internet kommer att finna allt ifrån riktlinjer om att vårdpersonal bör presentera sig och ha namnlapp (t.ex. Landstinget i Jönköpings län)⁷ till att man inte får utsätta patienter för diskriminerande bemötande (t.ex. Läkarförbundets etiska regler).⁸ Vissa saker, som t.ex. det sistnämnda, är genomgående i dessa dokument, medan andra saker varierar. Men oavsett vad exakt man anser utgör gott bemötande, är budskapet alltså att man måste skilja mellan hur patienter upplever bemötandet och hur de faktiskt blir bemötta – inte enbart därför att det rör sig om olika saker utan därför att vi annars inte kommer att förstå varför gott bemötande är så viktigt.

GOTT BEMÖTANDE SOM VERKTYG FÖR ATT FRÄMJA HÄLSA

Ett ensidigt fokus på upplevelser av gott bemötande är, som vi har sett, inte utan problem. I praktiken kan det leda till att man bedömer bemötandet efter hur nöjda patienter känner sig med det.⁹ Då aktualiseras frågan hur

7. Landstinget i Jönköpings län. Tillgängligt på <<http://www.lj.se/index.jsf?nodeId=24476&childId=284&nodeType=12> 2011-01-31> Hämtat 2011-02-01.

8. Sveriges läkarförbunds etiska regler. Tillgängligt på <<http://www.sl.se/Lakarrollen/Etik/>> Hämtat 2011-02-01.

9. Det är visserligen teoretiskt möjligt att en person är missnöjd sitt bemötande men ändå anser att det var bra, men inte något som väsentligen påverkar den poäng som här görs, nämligen att

mycket tid och energi vården ska lägga på att se till så att patienterna är nöjda. Här kan en jämförelse göras. Sannolikt tycker de flesta affärsinnehavare att det är viktigt att kunderna är nöjda med personalens bemötande. Frågan är dock om affärsinnehavarna skulle satsa på bemötandefrågor om detta totalt sett skulle medföra en ökad kostnad. Förmodligen inte. I vården bör man givetvis inte tala om lönsamhet på riktigt samma sätt, och definitivt inte i Sverige. Men är det enbart valutan som skiljer vården från vanlig affärsverksamhet? Går det inte att tala om hälsovinster? Hälsa är ju trots allt vårdens huvudsakliga mål. Och är det då inte rimligt att fråga sig i vilken utsträckning upplevelsen av ett gott bemötande främjar hälsan? Som läkaren och medicinetikern Niels Lynøe påpekade under Henrik Hammar-symposiet om just bemötande i hälso- och sjukvården, finns det indikationer på att upplevelser av ett gott bemötande faktiskt är hälsobefrämjande.¹⁰

Framtida forskning kan, mer eller mindre detaljerat, komma att utvisa vilka eventuella hälsoeffekter upplevelsen av ett gott bemötande har. Här är dessa resultat inte viktiga. Vad som är av vikt är att *om* gott bemötande direkt eller indirekt leder till ökad hälsa tycks man ha identifierat ett starkt argument för att prioritera bemötandefrågor – ett argument som är uttryckt i det språk som dominerar dagens hälso- och sjukvård. Men detta är ett villospår.

mana till försiktighet i hur man närmar sig och rättfärdigar gott bemötande i vården.

10. Lynøe N. ”Möten i hälso- och sjukvården.” Presenterat vid Henrik Hammar symposium. Goda möten i hälso- och sjukvården? Malmö 20 oktober, 2010.

Att hänvisa till det goda bemötandets positiva hälsoeffekter kanske kan övertyga dem som tar lätt på bemötandefrågorna. Men att anamma denna övertalningsstrategi är att göra sig onödigt sårbar för empiriska besvikelser, och skymmer sikten för de kanske viktigaste argumenten för gott bemötande. För låt oss anta att det faktiskt inte föreligger några bevis för att ett gott bemötande har gynnsamma hälsoeffekter.¹¹ För den skull saknar vi väl inte anledning att sträva efter ett gott bemötande? Lyckligtvis finns det andra förhållningssätt till bemötande än som ett verktyg för att främja hälsa.

BORTOM UPPLEVELSER OCH HÄLSA

Istället för att fokusera på bemötandets konsekvenser kan man fundera över mänsklig interaktion i allmänhet. Vilka krav ställer vi egentligen på sund mänsklig interaktion? Man kan naturligtvis ha olika åsikter om detta, men många skulle nog fästa vikt vid sådant som att visa respekt och hänsyn. Det spelar ingen roll om mötena sker privat eller i tjänsten. Och det spelar ingen roll om man är bilmekaniker, lärare, läkare eller fritidsledare. Den som brister i sitt bemötande brister som människa, eller så kan åtminstone en dygdetiskt orienterad person resonera. Det behöver inte heller enbart handla om hur man betar sig, utan kan mycket väl handla om hur man tänker, känner och resonerar. Att avsky, åtrå eller äcklas av en patient kan ses som ett misslyckande oavsett vilka konsekvenser det har.

11. Man kan i själva verket föreställa sig, mer eller mindre, absurda scenarier där personer i enstaka fall skulle må bra (rent hälsomässigt) av ett dåligt bemötande.

Ur ett dygdetiskt perspektiv går det inte att utan vidare prioritera effektivitet (här: hälsovinster) framför att ha en god karaktär, som i världen skulle kunna ta sig uttryck i att man är lyhörd, empatisk, respektfull, ödmjuk, snäll, ärlig osv. Kanske ter sig detta perspektiv förlegat, eller t.o.m. flummigt. Det är i så fall olyckligt, i synnerhet om det leder till att man upphör med att reflektera kring vad som utmärker en lämplig karaktär och motivation i kontexten gott bemötande.

Tanken att ett gott bemötande rättfärdigas genom sina gynnsamma hälsoeffekter kan ifrågasättas inte bara från ett dygdetiskt perspektiv. Det finns andra saker, utöver det sunda förhållningssättet, som står på spel. Låt oss kalla dessa saker för *rättigheter*. De återges i såväl nationella som internationella dokument, men anses normalt sett kunna rättfärdigas oberoende av lag och konventioner.¹² Rättigheten att slippa bli negativt särbehandlad (diskriminerad) har redan berörts i förbigående, som *ett* exempel på något som upplevelsefokuseringen riskerar att missa. Men det går att tala även om andra rättigheter. Som patient brukar man normalt anses ha rätt till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd. Baserat på denna information har man sedan rätt att neka föreslagen behandling, och i möjligaste mån vara delaktig i diskussionen om vad som bör ske. Att tillgodose dessa rättigheter kan rimligen ses som ett uttryck för respekt. Men denna respekt vilar på att patienten *verkliga* ges

12. Det är ett exempel där lagar och konventioner kan anses utgöra kodifierad moral. Huruvida rättigheterna anses fundamentala, utilitaristiskt rättfärdigade eller har någon annan sorts moralisk grund spelar ingen roll för argumentet.

möjlighet till inflytande. Inflytandet kan inte reduceras till upplevelser av inflytande (även om dessa spelar en roll). Och bristande respekt kan i normalfallet inte kompenseras av ökad hälsa, dvs. inte utan att man gör ett avsteg från de mer grundläggande etiska ställningstagandena i dagens hälso- och sjukvård.

Det går med andra ord inte att ta rätten till självbestämmande, eller delaktighet, på tillbörligt allvar utan att samtidigt gå till botten med de förutsättningar patienten har att *praktiken* utöva rätten ifråga, något som tvi-velsutan delvis handlar om bemötandefrågor.¹³ Tempo, ordval, kroppsspråk, vänlighet osv. är sådant som kan påverka patientens reella möjlighet att utöva det inflytande han eller hon har rätt till. Det räcker inte med att säga eller tänka att man respekterar dessa rättigheter, man måste respektera dem i handling och detta sker bl.a. i mötet med patienten. Och i en mening är rättigheterna alltid hotade, även om det vore så att de i allmänhet respekteras. En kränkning är ju endast ett ord, en kommentar eller, kanske, en blick bort.¹⁴

13. Somliga verkar ha en klar uppfattning om utsikten att uppvisa ett gott bemötande under de förutsättningar som finns. Landstinget Kronoberg slår t.ex. i sin bemötandepolicy fast att ett ”bra bemötande tar inte längre tid och lönar sig i längden” och det är inte utan att man undrar (a) vad som menas med ”lönar sig” och (b) vilket stöd som finns för uppfattningen att ett bra bemötande inte tar längre tid. Tillgängligt på <http://www.ltkronoberg.se/templates/LtKDocPage____40621.aspx> Hämtat 2011-02-01.

14. I en artikel i Läkartidningen ger Pontus Höglund ett tydligt exempel på hur gränsen snabbt kan passeras och kopplar detta till en diskussion om vikten av att människor ges lika rätt till värdigt

SAMMANFATTNINGSVIS
– RAMAR OCH MÅL

Vägen till att förstå det goda bemötandets natur och värde är, som vi sett, full med fallgorpar. Att *likställa* gott bemötande med upplevelsen av gott bemötande är visserligen ett banalt misstag – som det inte finns så värst mycket att orda om¹⁵ – men ändå något man bör vara vaksam på. Frestelsen kan nämligen vara stor att via en upplevelseorienterad enkät försöka ta en genväg förbi svåra filosofiska och vetenskapliga frågeställningar om vad gott bemötande är och hur man mäter detta. Att inse att detta inte är en framkomlig väg, men samtidigt enbart välja att studera upplevelser av gott bemötande, kan ses som en underlåtelssynd som leder till att viktiga saker hamnar i skymundan. Den som, kanske till följd av detta, känner ett behov av att rättfärdiga gott bemötande i termer av ökad hälsa och välbefinnande, har nått en punkt där vårdens ramar förväxlat med dess mål. Ramarna bestäms av grundläggande moraliska eller politiska ställningstaganden. Dessa kan visserligen tolkas på olika sätt, beroende på vilken etisk utgångspunkt man har, men det är inte vågat att tala om att ramarna måste vara känsliga för patientens rätt till bland annat vård, information, inflytande, likabehandling – och, alltså, gott bemötande.

bemötande. Höglund P. ”Varför ska Sarah men inte Maria bemötas värdigt?” *Läkartidningen* 2007; 13: 1005–1006.

15. Definitionen tycks elakartat cirkulär och alltså inte informativ. Dessutom är den i det aktuella fallet oacceptabel eftersom det finns, som tidigare framgått, okontroversiella exempel på dåligt bemötande som inte kan hänföras till patientens upplevelser, som har med kränkningar och diskriminering att göra.

Goda möten i vården

Henrik Hammar

När jag 1985 blev vald till mitt första uppdrag som sjukvårdspolitiker var detta som ledamot i direktionen för Ängelholms sjukhus. Min arbetslivserfarenhet var från flygvapnet. Där fanns då mycket bra attityder och värderingar. De goda mötena var många. Beteendevetenskapen hade sedan många år jobbat hand i hand med tekniken. Det var en självklarhet att den yngste blev väl omhändertagen av den äldste. Kurser med SAS-innehåll och Janne Carlsson-anda fick alla medarbetare gå. Alla medarbetare fick ett litet dokument med de teser som arbetsplatsen stod för och som skulle kunna förvaras i bröstfickan. Allt detta gjordes av flygsäkerhetsskäl. Produkten som levererades skulle vara av högsta kvalitet.

Det första som slog mig som sjukvårdspolitiker var att sjukvården inte alls var som flygvapnet. Mötena var här annorlunda. Den teamkänsla som en flygvapendivision utmärktes av fanns inte alls i sjukvården. I sjukvård jobbade man i stuprör. Var och en sysslade med sitt. Respekten för individen, patienten, uppdragsgivaren, hade aldrig någon helhet även om alla inom sitt område ofta hade en stor yrkeskunskap. Min första tanke som ung och ny sjukvårdspolitiker var att detta skulle rättas till fort. Det behövdes bara lite mer flygvapenanda i sjukvården. Därför

bestämdes att Ängelholms sjukvårdsdistrikt skulle arbeta fram en "Plattform för etiska värderingar" som skulle gälla alla medarbetare i sjukvårdsdistriktet. Värderingar om människosyn och vård samt en ledningsfilosofi skulle alla medarbetare känna till. Bemötandefrågor och integritetsfrågor var centrala. Dokumentet trycktes upp på samma sätt som i flygvapnet, nämligen att varje medarbetare skulle kunna ha plattformen till hands på ett mycket lätt sätt. Jag kommer ihåg att jag var stolt över dokumentet och när jag en gång var ute och talade om hur sjukvården skulle bli och nämnde värderingsdokumentet, så begärde en åhörare ordet och sa "det är nog bra, men det stämmer inte på den person som sitter i kassan på vårdcentralen".

Sjukvården har gått oerhört mycket framåt under de två senaste decennierna. Aldrig har det opererats så många äldre med nya hjärtklaffar, nya höfter, ögon, som idag. Hjärtsjukvården har minskat antalet som dör avsevärt och cancervården har gett betydligt fler sjuka nya år med livskvalitet. På det tekniska området har apparaturen utvecklas enormt. Svensk hälso- och sjukvård har gjort oerhörda framsteg, till gagn för medborgaren och patienten, under de senaste 20 åren. Framsteg som det inte alltid skrivs om i den offentliga debatten.

Trots alla framsteg inom sjukvården får jag som politiker lika många samtal och brev idag om att vården visat brister i just bemötande. Vi ser det också i anmälningarna till vår patientnämnd. Ett mycket stort antal innehåller klagomål på just hur patienten blivit bemött. Och ändå har politiken under nästan alla dessa år, oavsett vem som har haft det yttersta ansvaret, alltid talat om "patienten i centrum" som ett mantra inom sjukvården. På något vis

har sjukvårdens medarbetare inte lyckats med att utvecklas på detta område så som man utan tvekan gjort på det kunskapsmässiga området. Nu måste jag dock vara rättvis och säga att det finns oerhört många arbetsplatser inom den skånska sjukvården där man verkligen förstått att ett bra medmänskligt uppträdande leder till en bättre vård med nöjdare patienter och troligtvis också friskare patienter som följd. Jag blev verkligen glad när jag upptäckte, nu under hösten 2010, i samband med invigningen av den nya akutmottagningen vid Skånes universitetssjukhus i Malmö, att hela arbetsplatsen genomgått utbildning i bemötandefrågor. Alla hade varit inblandade och en särskild liten bemötandesticka hade tagits fram till alla medarbetare med de värderingar som skulle gälla på arbetsplatsen. Det var samma konstruktion och i stort sett samma värderingar som fanns på den lilla foldern för bröstfickan som togs fram i Ängelholm 20 år tidigare.

Vad kan då politiken göra och vad har politiken för ansvar för att sjukvården skall bli bättre på detta område? Naturligtvis kan politiken fortsätta att prata om att patienten skall vara i centrum och även skriva in i uppdragen till förvaltningarna hur bemötandet skall vara och hur integritetsfrågorna skall klaras av. De senaste årens utveckling tyder inte på att modellen varit tillräcklig. Region Skåne beslöt 2007 att ett Etiskt råd skulle inrättas. Det etiska rådet skulle inte innehålla några politiker. Det skulle inte vara en tävlan mellan politiska partier om vilket parti som mest värnar de etiska frågorna, utan rådet skulle innehålla samhällsrepresentanter som i sin egen vardag var vana vid att ta ställning i etiska frågor. Etiska rådet skulle dels kunna vara remissorgan till politiken i Region Skåne, dels ha rätten att ta egna initiativ för att

lyfta de etiska frågornas ställning ute i sjukvården. Vidare kan naturligtvis också politiken genom sina uppdrag möjliggöra att vårdens arbetsplatser får tid att diskutera och utveckla bemötandefrågorna, så att fler goda möten kommer till stånd mellan patient och vårdgivare. På initiativ av etiska rådet beslöt också hälso- och sjukvårdsnämnden om medel för särskilda kurser inom ämnet medicinsk etik. Detta har möjliggjort att många som är ansvariga för etikfrågorna ute på förvaltningarna har kunnat gå vidareutbildning för att sedan kunna vara lokala motorer i etikarbetet.

I det skånska hälsovalet för första linjens sjukvård, som vi över partigränserna har arbetat fram, och där vårdgivaren får mest betalt för den som har störst behov och minst betalt för den som är friskast, ser man att även ersättningssystemets konstruktion är viktig för att stimulera rätt beteende. Och hur ett ekonomiskt ersättningssystem skall vara beslutas av politiken. Idag, med vårt nya ersättningssystem, har nästan klagomålen på dåligt bemötande i första linjens sjukvård helt upphört.

Eftersom jag varit med i och haft ledande roller i svensk sjukvårdspolitik under väldigt lång tid så vet jag att varje tid har sina trender. Dessa trender har funnits oavsett vem som har haft det politiska ansvaret. Med denna erfarenhet vågar jag därför också säga vilka frågor som blir de stora under 2010-talet. Om jag skall nämna tre områden som det kommer att arbetas med under ett antal mandatperioder och där vi 2020 kommer att säga att vi numera har helt andra lösningar så blir det:

1. *Tillgängligheten.* År 2020 kommer vi att ha löst tillgänglighetsfrågorna. Svenska patienter skall naturligtvis

komma till vård lika snabbt som i Frankrike, Spanien, Tyskland och Danmark. Och det finns inget i internationella jämförelser av ohälsotal som säger att den svenske patienten är mer komplicerad och därför kräver längre vårdtider. Bristen på bra tillgänglighet är både en ledarfråga och en logistikfråga. Vården kommer 2020 att ha ett helt annat "lean health"-tänkande.

2. *Äldresjukvård – särskilt multisjuka äldre.* Under de närmaste åren kommer mycket fokus att vara på de mest sjuka äldre. Och det är bra och helt i linje med hälso- och sjukvårdslagens krav att de som behöver mest skall ha mest av sjukvården. En tendens idag är att vi kommer att utföra mycket mer sjukvård ute nära medborgaren. Skånes universitetssjukhus i Lund bedriver redan idag försöksverksamhet i några kommuner runt Lund om mobilitet. Istället för att patienten skall åka till sjukhuset för röntgen kan gamla människor få ett mobilt röntgenteam hem till bostaden eller det särskilda boendet; röntgenbilderna tas ute och skickas in till sjukhuset för tolkning. Likaså gör Hässleholms sjukhus inom hjärtsjukvården försöksverksamhet med att låta personal ute på äldreboende ta EKG. Signalerna kan läsas av specialisten på sjukhuset som kan ordinera vad som behöver göras. Även den palliativa vården och vården i livets slutskede genomgår för närvarande en utveckling med mobila team som skall kunna ge specialiserad vård i hemmet eller på det särskilda boendet. Mycket kommer att hända inom äldresjukvården, allt i syfte att tillhandahålla medborgarna betydligt fler specialiteter och samtidigt undvika att äldre sjuka sitter långa tider på våra akutmottagningar i väntan, lång väntan, på vård.

3. *Hälsofrämjande arbete.* Jag har varit ordförande i Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd. Skall sanningen fram så har jag mest varit ordförande i en sjukvårdsnämnd. De hälsofrämjande frågorna har bara varit en liten del. Nästan lite av kuriosa. När man i den nationella cancerstrategin hör att det finns ett samband mellan rökning och 30 % av cancersjukvårdens kostnader, så är det inte bara en ”skyll dig själv”-fråga, utan också en samhällsfråga. Jag vet om att ortopederna i Ängelholm redan idag inför en stor ryggoperation kräver 6 veckors rökfrihet för att rehabiliteringen skall bli så framgångsrik som möjligt. Dålig livsstil är ett säkert sätt att tidigt ta fram ohälsan hos individen. Att få ett hälsosammare Sverige kommer inte enbart att vara en sjukvårdsuppgift. På något vis måste hela samhället involveras i ansträngningen att få våra medborgare att tänka till före. Men sjukvårdens uppgift kommer att vara att vid alla de möten som sjukvården har med medborgaren mer tala om hälsofrämjande vägar och individens ansvar för sin egen hälsa.

SLUTORD

Framtidens sjukvård kommer naturligtvis att innehålla mängder av möten mellan vårdgivare och medborgare. För att dessa möten skall ge den effekt vi önskar så måste de kännetecknas av att de just är goda möten. Dessa möten måste kännetecknas av samma värderingar som för 20 år sedan fanns i Ängelholm och som idag finns samlade på akutmottagningen i Malmös lilla bemötandesticka. Politiken har naturligtvis ett ansvar att dels understryka vilka värderingar som skall gälla, dels se till att sjukvårdens personal får den tid som behövs för att man

på arbetsplatser skall kunna diskutera ihop sig om hur man skall uppträda. Sjukvårdens personal måste hela tiden påminnas och utbildas i de värderingar som ligger till grund för det goda mötet. Etiska rådet har en viktig uppgift i att stimulera verksamheten så att de goda mötena blir fler och fler. Jag vill passa på och tacka Etiska rådet för arbetet under denna mandatperioden och för anordnandet av detta symposium i denna viktiga fråga.

Jag vill avsluta med att citera Statens offentliga utredning, (SOU 2008:9). Jag brukar inte citera statliga utredningar men i denna utredning, som handlade just om värdighetsfrågor, finns det en dikt, och det är ovanligt i statliga utredningar, som är tänkvärd. Dikten ”Se mig” innehåller ett perspektiv som vi alla borde ta till oss.

SE MIG

Vad ser Ni systrar, vad ser Ni säg?
Tänker Ni inom Er, när Ni tittar på mig:
”En knarrig gammal gumma, inte särskilt kvick,
osäker om vanor, med frånvarande blick.
Som spiller ut maten och inte ger svar
när ni muttrar om henne som aldrig blir klar,
Som inte ser ut att märka vad Ni gör
och ständigt tappar käppen och inte ser sig för,
som viljelöst låter Er göra som Ni vill
med matning och tvättning och allt som hör till,

Är det så Ni tänker, säg.
ÖPPNA ögonen systrar, titta närmare på mig.

Jag ska tala om vem jag är som sitter här så still,
som gör vad Ni ber mig om, äter när Ni vill.

– Jag är ett tioårs barn med en far och en mor
som älskar mig, och min syster och min bror,
En sextonårsflicka, smäcker och grann,
med drömmar om att snart möta en man.
En brud nästan tjugo, mitt hjärta slår en volt,
vid minnen av löften jag givit och hållt.
Vid tjugofem – nu har jag mina egna små
som behöver hemmets trygga vrå.

En kvinna på trettio, mina barn växer fort
och hjälper varandra i smått och i stort.
Vid fyrtio är de alla vuxna och alla flyger ut,
Men maken är kvar, och glädjen är ej slut.
Vid femtio kommer barnbarn och fyller vår dag,
åter har vi småttingar, min älskade och jag.

Mörka dagar faller över mig, min make är död.
Jag går mot en framtid i ensamhet och nöd.
De mina har nog att ordna med sitt,
men minnet av åren och kärleken är mitt.
Naturen är grym, man blir gammal och krokig,
får en annan av verka en aning tokig.
Nu är jag bara en gammal kvinna,
som sett krafterna tyna och försvinna.

Men inuti denna gamla kropp bor ännu en ung flicka.
Då och då uppfylls mitt medtagna hjärta.
Jag minns min glädje, jag minns min smärta,
och jag älskar och lever om livet på nytt,

Om ni ÖPPNAR ögonen systrar, så ser Ni ej
bara en knarrig gumma. Kom närmare, se MIG.