

Helena Blomberg & Jonas Stier

Att vara kommunikativt låst

– professionellas berättande om (vanskliga) vårdrelationer

Trapped in communication – professionals’ testimonies about communicative breakdowns in healthcare worker–patient interactions

The aim of the article is to shed light on the social dynamic that characterizes communicative breakdowns. As a first stage, this has been explored through individual and group interviews with 34 healthcare professionals about situations where they claim there has been a communication breakdown. Based on the professionals’ testimonies, the research question was: how do professionals illustrate their experiences of communicative breakdowns? In terms of theory, the study draws upon an integrated approach to language and social interaction dynamics – for example how actors mediate positions and roles, but also present, negotiate and determine the course of action in patient cases. Findings show: (1) different degrees of severity in communicative breakdowns, and (2) that the professionals have developed and use both explicit and implicit strategies to handle ”delicate relationships” in this kind of interactions.

Helena Blomberg är lektor i sociologi vid Akademin hälsa, vård och välfärd vid Mälardalens högskola.

Jonas Stier är professor vid Akademin humaniora och medier vid Högskolan Dalarna.

Kontakt: helena.blomberg@mdh.se

Inledning

Kännetecknande för mötet och relationen mellan medborgare som uppsöker vården och/eller socialtjänsten och dessa verksamheter är att den sökande behöver hjälp och stöd. Förutom att personalen inom vård- och omsorgsinstitutionerna (fortsättningsvis kallade de professionella) ska besitta fackkunskaper ska de kunna interagera med patienter och klienter adekvat och respektfullt. Att *bemöta* patienter och klienter kräver uppmärksamhet och lyhördhet i interaktionen (Cedersund, 1992; Hydén, 2001), då det i utgångsläget föreligger en asymmetrisk relation mellan parterna. Inom såväl socialtjänsten som sjukvården föranleder medvetenheten om ett *maktsamspel i möten* kontinuerliga diskussioner om kommunikation utifrån de sökandes behov, önskemål och förmågor, nödvändigheten av att

se hela människan, bemötande, respekt och dialogisk kommunikation (se Gustavsson & Wallgrund, 2008; Krantz & Larsson, 2003).

Utöver de professionellas interna diskussioner och kompetensutveckling bedrivs mycket forskning om bemötande och kommunikation mellan professionella och patienter/klienter (Adam et al., 2012; Cedersund, 1992; Hak, 2004; Hydén, 2001; Leppänen, 2008). En del av denna, liksom genomförda utredningar, visar dock att många patienter/klienter upplever att de inte bemöts korrekt och respektfullt eller får sina behov tillgodosedda (Andersson, 1998; Kenny et al., 2010; McCabe, 2004). Belägg finns även för en bemötandeproblematik när de professionella måste agera enligt formaliserade förhållningssätt där den sökande ses som ett "ärende", vilket kolliderar med vardagsförnufts sätt att uppfatta och lösa interaktionella svårigheter (Cedersund, 1992; Hydén, 2001; Mäkitalo, 2003). Med detta sagt är det viktigt att se bemötandet som en del av en övergripande interaktion där *hur* samt *vad* som uttrycks är beroende av relationen mellan parterna som interagerar (Billqvist, 1999; Hydén, 2001).

Denna artikel bygger på en studie av professionellas erfarenheter av vad som kan beskrivas som vanskliga vårdrelationer, liksom av framkomliga vägar ("interaktionella strategier") för att hantera sådana relationer. Det *vanskliga* i mötet kännetecknas av stark misstro hos patienten mot vården vilken uttrycks i kontinuerligt ifrågasättande av medicinsk expertis eller professionalism – där parterna till slut kan hamna i en kommunikativ låsning, ett haveri. Målet för studien var att bidra till att utveckla och förbättra patientsäkerheten med avseende på bemötande och kommunikation. Studien, som genomfördes under våren 2014, utgick från personalens erfarenheter av möten där de menade att kommunikationen med patienterna hade havererat. De professionella menar att sådana möten är mycket tids- och resurskrävande, då vissa patientgrupper trots omfattande medicinsk behandling och utredningar inte når en slutpunkt. Istället riskeras dessa patienter att flyttas runt i vårdapparaten under lång tid, med försämrad livskvalitet för dem som följd, och med försämrad arbetsmiljö för de anställda.

Mötets sociala dynamik

Havererade professionella möten bör inte enbart förstås i termer av "dåligt bemötande" från de professionellas sida eller enbart förklaras av de inblandade *personernas* egenskaper eller agerande. Snarare handlar det om vad som händer dem *emellan* – alltså det professionella mötet som komplext socialpsykologiskt samspel. Syftet är här att utifrån de professionellas berättande belysa mötet mellan patienter och de professionella, med särskilt fokus på de fall där professionella upplever att kommunikationen havererar. Forskningsfrågan är: *Hur beskriver de professionella sina erfarenheter av patientmöten som enligt dem har havererat eller håller på att haverera?* Begränsningen i studien utgörs av att endast de professionellas perspektiv på hur de uppfattar vad som händer i mötet belyses.

Studien har utgått från ett interaktionistiskt socialpsykologiskt perspektiv (Blumer, 1969/1998; Becker, 1963; Lindblom & Stier, 2011), där det analytiska intresset är mötes-

dynamiken i vanskliga professionella relationer. Studien har därför haft ett integrerat synsätt på professionella mötens dynamik, där sociala roller och förväntningar i en given situation blir vägledande i interaktionen. Mötesarenan, den institutionella inramningen och kunskapsövertaget sätter ramarna för *hur* och *vad* som kan uttryckas samt för den asymmetriska relationen mellan professionella och patienter i samtalet (Adam et al., 2012; Blomberg, 2001; Drew & Heritage, 1992; Goffman, 1961; 1971). Samtalsparternas språk-användning avgör hur de förmedlar sina positioner och roller, och för hur de presenterar, förhandlar och fattar beslut kring det aktuella ärendet (Goffman, 1981; Mäkitalo, 2003).

Det dynamiska växelspelet mellan parterna handlar om 1) förväntningar på varandras roller, 2) skyldighet att uppträda enligt vad som socialt förväntas av rollen, 3) de egna erfarenheterna, 4) förståelse av situationen, 5) hur man uppfattar den andra parten samt 6) hur man vill att den andra parten ska uppfatta en själv i mötesögonblicket (Goffman, 1971; 1981). Tillsammans skapar de inblandade parterna verkligheten och agerar utifrån sina definitioner av densamma; har de olika förståelse av situationen kan det såväl orsaka brister som bidra till ökad förståelse för kommunikationen (Thomas & Thomas, 1928; Sachs, 2000).

Med avstamp i mötets dynamiska växelspel kan haveriproblematiken härledas till att en part eller båda parterna har olika eller orimliga förväntningar på varandras roller som då inte infrias i samtalet eller att de negligerar skyldigheten att uppträda enligt rollen i den givna situationen. Eller parten/parterna kan uppfatta den andra personen som oförstående eller att parten/parterna inte lyckas förmedla den bild av sig själv som man vill att den andra ska uppfatta.

Kommunikationen mellan parterna är identitets- och tillitsskapande handlingar som kräver ömsesidigt förtroende (Goffman, 1971; Holmgren, 2009). De professionella måste kunna lita på att patienten inte far med osanning om sin sjukdomshistorik eller avsikt med samtalet, medan patienterna måste känna trygghet och tillit till de professionellas medicinska expertis/omvårdnad. Saknas ömsesidigt förtroende i samtalet kan följden bli att parterna inte lyssnar och bejakar varandra.

Med detta sagt är kommunikationen väldigt skör och kan snabbt raseras av olyckliga ordval, spontana suckar, en bister samtalsston, förmenta blickar, kroppsspråk eller en utebliven förväntad respons av den andra (Asplund, 1987; Goffman, 1959/2006). Samtalets omedelbarhet gör att dessa till synes små saker ofta har effekter på såväl parternas ögonblickliga uppfattning av samtalets struktur och innebörd som efterföljande reflektioner. Mötets ofrånkomliga historicitet gör att varje nytt möte färgas av parternas tidigare möten.

I situationer av upplevd utsatthet blir både denna omedelbarhet och förgänglighet och (framförallt negativa) erfarenheter av tidigare möten kännbara för såväl patienterna som de professionella (trots maktasymmetrin), då havererade vård-relationer just kännetecknas av uteblivet eller raserat ömsesidigt förtroende.

De inblandade personernas erfarenheter, kunskaper, tidigare upplevelser av vårdsituatio-

ner, förväntningar och skyldigheten att uppträda enligt vad den andra parten förväntar sig i situationen – allt detta kan sägas utgöra en del av kontexten som omsluter kommunikationen i professionella möten och avgör riktningen och uttrycken på interaktionen (Goffman, 1959/2006).

Samhälleliga värderingar och uppfattningar uttryckta i tidningar, tv, diskussionsgrupper på nätet, bloggar, insändare etc., utgör ytterligare aspekter av kontexten. Den mediala bilden består av berättelser om hur patienter har tillfrisknat tack vare sjukvården, men även om långa väntetider, ojämlig vård, felbehandling, missvisande diagnoser eller dåligt bemötande. Då media ofta fokuserar bristerna (re)produceras uppfattningen om att svensk sjukvård är opålitlig och bristfällig (se Blomberg & Stier, 2016). Samtidigt underblåses misstron och känslan av att behöva vara ”på sin vakt i mötet” med de professionella.

Ännu en aspekt av kommunikationskontexten är informationskrifter på hemsidor från landstingspolitiker, landstinget och Sveriges kommuner och landsting (SKL). I dessa förmedlas bilden av organisationen som ett varumärke, signalord är öppenhet, tillgänglighet och dialog, vilket tillsammans med lagstadgade rättigheter garanterar ”vårdkonsumenterna” en etisk och effektiv vård. I texterna förmedlas en kundrelation som patienterna och de professionella förhåller sig till, där vården ska tillhandahålla kundservice, tillgänglighet, öppenhet och ge stort utrymme för valmöjligheter och rättigheter. Detta skapar (ibland) högt ställda förväntningar på de professionella hos patienter.

Det empiriska materialet

Det empiriska underlaget utgörs av 34 professionellas berättande, utifrån deras roller som verksamhetschef, förvaltningschef, avdelningschef, läkare, sjuksköterska, kurator och logoped på ett medelstort sjukhus i mellersta Sverige. Inkluderande av dessa yrkeskategorier täcker in hela vårdkedjans erfarenheter av havererade vårdrelationer och ger därmed en variation i hur problematiken kan hanteras. Kontakt med de professionella förmedlades via sjukhusledningen, som mejlade ut ett informationsbrev om studien och erbjöd alla anställda möjlighet till att medverka och delge sina erfarenheter. Deltagarna som kom att medverka tjänstgör på flera olika avdelningar inom sjukhuset.

Inledningsvis informerades deltagarna om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas av dem själva när som helst samt att de förblir anonyma (Gustafsson, Hermerén & Petersson, 2005). I sju fall genomfördes de kvalitativa intervjuerna enskilt, men merparten av de professionellas berättelser har inhämtats i fem fokusgruppsintervjuer (bestående av två till sex personer). På grund av svårigheter att hitta gemensamma mötes-tillfällen genomfördes individuella intervjuer med personer i ledande positioner inom sjukhuset. Deltagarna i fokusgrupperna har utgjorts av team på en och samma avdelning. I en fokusgrupp var läkarna representerade, men hemmahörande på olika avdelningar.

Inför intervjuerna har deltagarna fått ett diskussionsunderlag att knyta an till (Morgan, 1997; Kitzinger, 1995) och ombetts att exemplifiera problematiken med självvalda fall.

Frågor i diskussionsunderlagen har exempelvis varit: Hur ser era möten vanligtvis ut med patienter? Kan ni beskriva vad en vansklig vårdrelation innebär? Hur har ni tänkt och känt inför ett ytterligare möte med en patient där tidigare möten har brustit? Hur kommunicerar ni tillbaka till personer som ständigt återkommer till er med en viss problematik? I de individuella intervjuerna har liknande frågor använts tillsammans med specifika frågor rörande positionen som ledare. Intervjutillfällena har varat 45–60 minuter och genomförts i sjukhusets lokaler.

Det handlar om teamens och de enskilda yrkeskategoriernas kollektiva berättande – om gemensamma erfarenheter som formar personalens muntliga berättelser om vanskliga vårdrelationer på det aktuella sjukhuset (se Cedersund, 1999). Berättelserna samproduceras även med forskaren i berättarkontexten – både forskare och deltagare lutar sig mot ”förgivet-tagen-kunskap” kring bemötandeproblematik för att nå en ömsesidighet i samtalet (Blomberg, 2010; Mishler, 1999; Kohler-Riessman & Quinney, 2005). Den aktuella forskaren saknar kollegial relation till intervjupersonerna, men som i all kvalitativ forskning måste forskaren sätta sig in i deltagarnas perspektiv och utgå från en diskursiv kunskap för att ställa adekvata frågor. Därmed blir det empiriska materialet en gemensam produkt (Kvale, 1997; Mishler, 1999). Likväl använder intervjupersonerna, för att sätta in forskaren i sina perspektiv, olika kategoriseringar av patienter för att visa komplexiteten av kommunikativa situationer.

I analysarbetet har fokus varit på *innehållet* i de professionellas berättande och mindre på i vilken utsträckning forskarens frågor inbjuder till vissa svar. Analysen inleddes genom att läsa samtliga transkriberade intervjuer med en öppen analysfråga: vad händer i materialet? Efter flera genomläsningar identifierades återkommande teman som tydlighet, strategier, ansvar, förväntningar, kommunikation inom organisationen respektive med patienter och olika patient-kategoriseringar. I nästa analysfas begreppsliggjordes empirin utifrån studiens teoretiska utgångspunkter och därefter skönjdes konturerna på den slutgiltiga framställningen – att presentera vårdrelationer, från en fungerande till en havererad i en *process*. Det finns fler skäl till att skriva fram processen i olika illustrativa situationer: den visar på den kommunikativa dynamiken i vårdrelationer, där det kollektiva berättandet samlas under en gemensam struktur med dess variationer.

Resultat: vårdrelationens olika situationer i den kommunikativa processen

De professionellas kollektiva berättande om sina erfarenheter av att vara kommunikativt låsta i patientrelationer framställs här som en process. Parternas relationer och hur deras kommunikation kan ta olikartade vändningar illustreras med olika situationer. Betonas bör att patienters missnöje många gånger kan vara befogat, ta sig varierande uttryck och vara olika påträngande för de professionella. Vårdrelationer kan haverera av olika skäl beroende på patienternas erfarenheter, förståelse av situationen och kunskaper. Understrykas bör att

patienter samtidigt kan vara ifrågasättande och aggressiva men i framställningen nedan särskiljs och kopplas dessa till olika situationer.

Att vara i skottlinjen av kunskap

Kommunikationen mellan patienterna och de professionella kan präglas av ett *ifrågasättande*, där patientens missnöje förmedlas genom att agera mer kompetent än läkarna (jfr Lian, 2011). Ifrågasättandet kan förstås som en rollförskjutning, från en patient–läkare-relation till en kund-relation, i vilken patienten såväl före som efter läkarbesöket värderar läkarens utlåtanden i relation till vad som finns skrivet på internet kring de egna symptomen. Genomgående menar de professionella att dagens patienter är mer pålästa än tidigare generationer:

Man kan fundera på om den patienten är mer påläst. Så kan det mycket väl vara. Visst om de är inlästa eller vad man kan säga, de har tagit reda på mycket men har inte kunskapen att hantera fakta och där kan det ofta kanske skapa felaktiga förväntningar eller så hos de här patienterna.

Berättelseutdraget visar på en bristande förståelse av varandras roller, vilket kan göra att ömsesidiga förväntningar inte infrias. Med sin ”googlade” kunskap upplevs patienterna ibland ha orimliga förväntningar och krav på vården. De professionella kan ha svårt att utföra sitt jobb när de möts av en misstänksamhet och misstro, där deras bedömning ifrågasätts:

Ibland känns det som en talangtävling. Jag hade en patient (...), så kommer jag in och maken sa till mig: ”vet du vad en trali är?” Så det började med en kompetensfråga. För att se om jag var värdig att behandla hans hustru. Det är ganska få andra yrken som skulle stå ut med det. (...) de hade med sig någon vårdincident tidigare som har gnagt och gnagt och växt oproportionerlig (...) till vad som faktiskt inträffade och då ligger det alltid främst i ny kontakt med vården. Det är här man känner irritation och ilska. Då var jag okej (...), då jag visste vad det var för någonting.

Här beskrivs hur tidigare erfarenheter, situationer, kunskap och förståelse av möten har stor betydelse för hur såväl patienter/anhöriga som professionella agerar i nya vårdmöten. Att ständigt ifrågasättas skapar irritation och påverkar de professionellas välbefinnande, samtidigt som det är sunt ”att inte köpa allt”, menar de. Tar dock irritation och ett minskat välbefinnande överhand, finns risken att professionaliteten urholkas och att nya vårdmöten präglas av en instrumentell hållning gentemot den andra parten.

De professionellas reflektioner visar på en förståelse för patientens perspektiv – var denna befinner sig i sjukdomsförloppet och dennes förståelse av sin situation. Ifrågasättande kan springa ur svårigheter att inse konsekvenserna av ett sjukdomsbesked:

(...) det är ju inte helt ovanligt att man har svårt att acceptera att man har fått ett barn med funktionshinder och det är klart att den här drömmen om det friska perfekta barnet och man inte kan släppa det och se att "jamen nu blev det inte som jag hade tänkt mig, nu blev det så här", då blir det väldigt svårt att ta emot någonting och att lyssna på någonting. (...) oavsett vad vi säger, man har ju föreställning om vad man vill, man vill göra sitt bästa, jag tänker på allt det här med träning och hjälpmedel och att man siktar in sig "det här vill jag ha". (...) det kan vara en behandlingsmetod som vi inte har här och då har man låst fast sig vid den behandlingsmetoden och då är allt annat skit, spelar ingen roll vad vi erbjuder (...)

Ovan når parterna inte varandra och de anhöriga ställer krav som de professionella inte kan tillgodose. Samtidigt förmedlar berättelsen en förståelse för föräldrarna och deras krisartade livssituation – en förståelse som är vanligare bland professionella som bygger mer varaktiga patientrelationer. Som en kontrast har de som träffar patienter vid enstaka tillfällen svårare att se ifrågasättande som uttryck för en livssituation. Istället menar de att vårdrelationen alltmer handlar om att driva rättigheter, ställa krav, ifrågasätta behandlingsresultat eller en utebliven/avslagen remiss eller kräva en "second opinion".

Det finns således situationer där patienterna uttrycker frustration i mötesögonblicket. Om de professionella inte lyckas återskapa förtroendet för vården kan vårdrelationen ta skada och på sikt eskalera till en havererad sådan. Förtroende kan dock återvinnas genom att ta sig *tid* och *lyssna* in patienten. Exempelvis kan patienter ha fått otillräcklig information:

(...) få patienten att tänka annorlunda eller förstå bättre (...) diskuterat saker och ting då har det blivit mycket bättre, så att kommunikation är oerhört viktig (...) man benar ut saker, (...) de blir hur lugna och trygga som helst och säger "tack för informationen, det är ingen som har sagt det här till mig" (...)

Avgörande, menar professionella, är att vara tydlig, inkännande och bekräfta personens upplevelse av situationen och inte låta patienten bära på ovisshet. I deras kollektiva berättande framstår lyhörddhet och tid för patienter som viktiga inslag i arbetet. På samma gång varierar de professionellas möjligheter att hantera missnöjda patienter. Verksamhetscheferna, som är ytterst ansvariga för verksamheten, har möjligheter att vända och bitvis återskapa förtroendet för vården. Deras insatser via telefonsamtal, besök och mejl gör att antalet missnöjda patienter anses minska, men de som är riktigt missnöjda och där kommunikationen har havererat tar mer tid i anspråk än tidigare.

Att vara i en gråzon

När ingen vårdgivare fångar upp och tar ansvar för patienten finns risken att patienter "hamnar mellan stolarna". Att befinna sig i en gråzon är en situation som handlar om att vara *förbisedd*, en följd av vårdens system eller organisationen i stort:

Det finns en liten risk också med det här att du inte har ett gemensamt journalsystem. När vi har en del här inom slutenvården och sedan kan det bli någon slags pingpong med att familjeläkaren hänvisar till oss och vi hänvisar till dem och patienten blir otroligt frustrerad för att de känner att det är ingen som har och i värsta fall så är det tre enheter som är inblandande. Patienten kanske har en coloncancer, en hjärtinfarkt och då blir det ingen som håller i det även om vi kan tycka att familjeläkaren ska vara någon slags spindel i nätet men de sitter tyvärr väldigt ofta i mörkret och vet inte riktigt vad som pågår.

Berättelseutdraget visar hur icke-fungerande kommunikationsvägar mellan vårdinstanser skapar frustration och känslor av övergivenhet hos patienten, trots att insatser faktiskt görs enligt professionella. Det finns en medvetenhet om problematiken och en vilja att hitta lösningar för patienten. Vissa professionella arbetar redan lösningsorienterat, för att utbilda och anställa kontaktsjuksköterskor som kan visa framkomliga vägar för patienten. Även andra arbetsförhållanden (underbemanning, sjukskrivningar etc.) kan göra att patienter förbises.

Frånvaron av tydliga vårdprogram och vårdgivare som är oense om behandlingsstrategier kan göra att patienter känner sig förbisedda. Strategin som de professionella diskuterar är att ta sig an patienten och avsätta tillräcklig tid för att motivera varför man genomför eller inte genomför utredningar, sätter in åtgärder eller vidare-remitterar. I sitt kollektiva berättande återkommer de professionella till vikten av tydlighet och lyhördhet i kommunikationen med patienten och till behovet att förbättra vårdgivarnas interna kommunikation – i syfte att skapa goda vårdrelationer. Bristfällig intern kommunikation kan således bidra till vanskliga vårdrelationer.

Att vara i ett ständigt sökande av vårdens uppmärksamhet

Det finns situationer där patienter upplever sig missförstådda och utan gehör hos de professionella för sin sjukdomshistoria, vilket gör att de är i ett ständigt sökande av vårdens uppmärksamhet:

Det finns ju dels de som inte upplever sig förstådda av vården och har symtom. De utreds och man hittar ingenting och de kommer tillbaka gång på gång. En del går via Patientnämnden. Sedan är det de som faktiskt har symtom som till slut leder till en diagnos, men det var svårt. Och som känner sig missförstådda av den anledningen. Kanske kommer de till Patientnämnden eller kommer gång på gång för symtomen och till slut får man en diagnos och då säger de att det var någonting men jag blev inte förstådd.

De professionella menar att dessa patienter inte bara känner sig missförstådda utan hyser en påtaglig misstro till vården. Risken är att dessa personer fastnar i sitt sökande och kräver ytterligare utredningar, vilket kan innebära att de måste hantera motstridiga budskap när läkare startar nya utredningar och ger olika utlåtanden. För att få en fördjupad kunskap om patienten och dennes symptom betonar de professionella kontinuitet i läkar–patient–relationen. Kunskap om patientens livssituation är en förutsättning för att mildra patientens upplevelse av att vara missförstådd.

I sitt kollektiva berättande återger de professionella variationer av interaktioner för att belysa patientens sökande efter vårdens uppmärksamhet. Retoriskt använder de olika patientkategoriseringar för att synliggöra bredden och komplexiteten på det som de hanterar:

(...) vi har ju rätt många som söker på akutmottagningen som kommer som mångsökare som tycker att de, de blir inte förstådda, de är ju fysiskt sjuka men det är ingen som förstår dem och då blir de missnöjda, de går till familjeläkarmottagningen och där blir de inte heller förstådda sen så kanske man parallellt med detta har en kontakt inom psykiatri som vi inte har en aning om (...)

Talet om mångsökare och mångsökare med djupare psykiatrisk problematik visar dels på att professionella kategoriserar patienter utifrån vad de uppfattar kännetecknar dessa patienter, dels att sådana kategoriseringar *kan* ha betydelse för de professionellas agerande i den kommunikativa processen. Vanligt är att dessa personer riskerar att hamna i en kommunikativt låst situation med vården.

Att vara i fiendeläger

Att vara i fiendeläger är en situation där interaktionen präglas av att patienten agerar ut sin ilska, irritation och frustration gentemot de professionella:

När de blir aggressiva då är det ofta då de har med sig anhöriga och att det redan från början finns någon slags indignation. "Förra vårdtiden så gjordes det här och det här." Så ska man stå till svars för något som man inte har varit involverad i. Det är oftast då jag känner det där, att de är ute efter en. Det har även hänt att de har sagt att vi gör en ljudupptagning eller tar foton. Det har drivits till den gränsen att nu ska man samla bevis. Det är ju extremt ovanligt men det händer ibland. (...) det är ju förtäckta hot egentligen. Jag vet inte om det är en massmedial bild att man ska misstro eller att man har plockat upp det från USA, det här att vi kan stämma läkare eller någonting. De kommer in med den inställningen att vi är inte på samma sida på något vis utan att du är emot mig (...)

Att använda kategorin den aggressiva patienten i sitt kollektiva berättande signalerar att man som professionell anser sig felaktigt anklagad och hotad när tidigare behandlingar och utredningar starkt ifrågasätts. I mötet agerar parterna utifrån skilda kunskaps-, erfarenhets- och förståelsemässiga grunder, där skiljelinjen mellan professionella och patienter blir tydlig. I berättandet blir den mediala bilden av vårdens brister ett sätt för de professionella att begripliggöra patientens misstro och fientlighet. I sådana interaktioner måste de parera och hantera patienters aggressivitet, innan en medicinsk undersökning kan genomföras.

Att hantera frustration och aggressivitet tillhör vardagen i synnerhet för de professionella med mycket patientkontakter via telefon. På telefon är det lättare för patienter att uppvisa aggressivitet, då parterna inte är fysiskt närvarande för varandra och därmed är ansiktet inte lika hotat. I den kommunikativa processen med vården kan man hamna relativt fort i fiendeläget. Emellertid vänder en del patienter om här, medan somliga förblir öppet aggressiva (enligt de professionella, oftast patienter med missbruks- och psykiatrisk problematik) eller övergår till situationen av att vara kommunikativt låst i vårdrelationen.

Att vara i en kommunikativ låsning

Att befinna sig i en kommunikativ låsning innebär att kommunikationen har hakat upp sig, vårdrelationen har havererat och varken patienten eller professionella kommer vidare:

(...) när det gäller svåra besked och när det gäller såna saker och där det kan haka upp sig, är det för det första att hur mycket vill patienten veta av det som är svårt, det är en sak och sen så försöker man ju att tänka in i hur mycket patienten förstår, vad har de tagit till sig, vad har gått fram i det jag har sagt, där kan jag tänka mig att det ofta brister (...) missuppfattar kanske och för det andra drar ifrån eller lägger till i nästa skede (...)

Sådana kommunikativa situationer är oerhört sköra. Det beskrivna inkännandet och reflekterandet kring patientens förståelse och situation beskriver de professionella som vardaglig "fingertoppskänsla" för att *inte* hamna i havererade kontakter. Samtidigt har de professionella svårt att bibehålla inkännande och respekt för patienter som hotar, skriker och reservationslöst kräver sin rätt:

Det har blivit en liten förbättring men det har fortfarande varit otroligt laddat det här, just med den här typen utav patientgrupp och det är inte OM det är havererat utan det gör det varenda gång. Det bygger nästan på att det gör det varje gång, det blir alltid nån konflikt, alltid en kontrovers, alltid någonting. (...) alla åtgärder som inte ligger i linje med vad man önskar då är vi dumma. Och hot, personal har blivit hotad, jag har polisanmält hot, vi har haft skadegörelse på rum, gapar och skriker och skrämmer medpatienter när man inte får som man vill (...) skaffar sig rättigheter som man inte har (...)

Ovan kategoriseras patienterna som manipulativa individer med en återkommande missbruksproblematik, som har lärt sig vårdsystemets rutiner för att förhandla och utkräva sina rättigheter. Genom att i berättandet inplacera patienterna i dessa kategorier så rättfärdigas de professionellas agerande i sådana interaktioner och visar hur svårt det är att reparera vårdrelationen i fall som ovan.

De professionella vittnar om att havererade kontakter är komplexa. Sällan är det enbart fråga om somatisk sjukdom och/eller missbruk utan flera faktorer inverkar på relationen och kommunikationen. Många av dessa patienter antas vara ensamma, ekonomiskt pressade, ha svårt med relationer eller lida av psykisk sjukdom. Därtill finns det de:

(...) som har så att säga vårdskador (...) är sönderopererade eller sönderbehandlade och har en massa symtom kring det här. Det livet i princip är förstört. Smärtproblematik och det är havererat, nästan alltid socialt, ekonomiskt och kroppsligt. Det leder till att man är beroende av vården och dess kontakter för livet egentligen ska fungera. Men de är väldigt krävande för de blir ju som anhöriga, så att säga, som hela tiden vill ha kontakt, stöd och hjälp.

Ytterligare en patientkategorisering vävs in i det kollektiva berättandet – smärtpatienter som ofta lever under tragiska omständigheter och är helt vårdberoende. Deras intensiva kontaktsökande och frustration föranleder inte sällan låsta kommunikativa situationer, menar de professionella. I andra fall handlar det om återkommande patienter där de professionella är tillmötesgående, men där den vårdsökande så småningom upplevs vara ett *arbetsmiljöproblem*.

Berättandet om hur frustration är ett inslag i kommunikationen, som kan ta olika uttryck, gör att *båda* parter kan uppleva sig vara i en kommunikativ låsning. För personalen är det svårt att hitta en fungerande kommunikation i vanskliga vårdrelationer på exempelvis akuten:

(...) missbruksproblematikpatienterna som mer eller mindre har stegrad oro, ångest och somatiserar för att bli inlagda. Vi har ett antal sådana. Där blir det ofta konflikter då man står som ledningsläkare och målet är inte att lägga in dessa för det gagnar ju ingen, det finns inga nya medicinska skäl. (...) Då brukar det gå så långt så man säger: "nä det finns ingenting som vi kan ta prover på" och då vet de att nästa fas är att suicidhota och säga att de ska skada sig själva eller så och det har vi ett gäng som gör. Men någon kontakt med psykiatrin vill de inte ha. Det har jag varit med om åtskilliga gånger.

Talet om missbruksproblematikpatienter visar dels på svårigheter i att hitta en framkomlig väg i kommunikationen, dels på ett återkommande och förutsägbart interaktionellt mönster hos patienterna för att få igenom sina önskemål. Ibland kan dock dessa patienter få ett dåligt bemötande tidigt på akutmottagningen:

De kan ibland träffa någon som är otrevlig i receptionen och då börjar det med suckar och frågor vad gör du här igen? Då får man försöka att reparera det. Det tar jättemycket tid och energi. Det är fullkomligt onödigt. Det kan väl hända den bästa men det händer ju lite för ofta. Det är svårt med stor personalomsättning på akuten också, det är en speciell typ av kommunikation. Man ska vara snabb och effektiv. Då är det lätt att man förminskar människorna och deras oro. Suckar över dem och det föranleder till fler vårdkontakter.

Ovan beskrivs hur reparerandet av kommunikativa skador i det omedelbara mötesögonblicket orsakade av suckar, ifrågasättande och förminskande av patienten blir avgörande för att närma sig patienten. Vid sådana tillfällen handlar interaktionen om att patienten vill bli tagen på allvar och få sin version av verkligheten bekräftad, medan personalen måste interaktivt och direkt i samtalet (åter)skapa tilliten för sig själv och vården genom att visa patienten lyhördhet och inkännande. Detta ömsesidiga tillits- och förtroendeskapande är tids- och energikrävande och gör att patienterna och de professionella upplever *maktlöshet*, av att inte komma någonstans i vårdrelationen. Sådana vanskliga vårdrelationer utmattar de professionella och tär på empatin för dessa patienter, vilket ibland uttrycks i suckar eller en "kort" samtalston – med sådan inställning är de professionella medskapare till kommunikativa låsningar. Samtidigt som de är medvetna om att suckar, tonläge eller ordval kan medföra fler och sämre vårdkontakter, rättfärdigar de sitt agerande genom att hänvisa till stor personalomsättning på akuten i berättandet. Trots att såväl de professionella som patienterna kan uppleva maktlöshet, bibehåller de professionella den formella makten i vårdrelationen.

I vissa vårdrelationer återstår inget mer att göra, menar de professionella:

(...) De (läs professionella) har då sagt på neurologen att "detta är ingenting", patienten köper inte det hela, går till patientnämnden, bli skickad för en second opinion hit och en second opinion dit och det är ingenting, och ibland hamnar man att det blir en läsning och så har vi till exempel nu ett fall här. Det här är ett brev från en patient (visar upp ett brev), hen skriver samma brev en gång om dagen, hen sätter på nytt frimärke, hen undertecknar det och skickar det, hen ändrar datum, vi ankomststämplar det (...) vi har nått vägens ände (...)

Berättelseutdraget beskriver hur patienter som inte sätter "punkt" i vårdrelationen fortsätter att driva sin sak trots att vården menar att det inte finns mer att göra. Här karakteriseras kommunikationen av att den professionella är ovillig att besvara ytterligare propåer från patienten som tar kontakt – vilket rättfärdigas genom hänvisningar till de professionellas insatser i det aktuella fallet. Maktasymmetrin blir också tydlig när de professionella väljer att successivt tystna i kommunikationen. Dessa fall är oerhört tids- och resurskrävande och kan ta år i anspråk för de berörda.

Interaktionella strategier – att hantera vårdrelationer i olika situationer

Alla sociala möten är unika och i en interaktion vet inte parterna på förhand hur kommunikationen kommer att gestalta sig och fortskrida. Det innebär att de professionella får bedöma vilken interaktionell strategi som lämpar sig bäst i den givna situationen. Nedan visas hur en professionell kommunikativt hanterar ett möte med en arg och frustrerad patient:

För det första så försöker jag lägga mig på samma nivå som den personen som jag pratar med. Dels för att jag inte på något sätt vill lyfta fram att jag skulle ha en högre position eller maktposition till den utan tänker hur ser dennes liv ut i vardagen och vad är betydelsefullt. Just att lyssna in väldigt mycket är ju en specifik upplevelse som är unik för den personen och den måste bli bekräftad i det som jag ser det. Det jag har med mig hela tiden att vara ytterst professionell från början till slut för att kunna förmedla en trovärdighet. Ett genuint intresse för den enskilda individens åsikter och upplevelser om hur det har gått till. (...) att bli bekräftad det tycker jag är det viktigaste. Så jag lägger ned väldigt mycket tid(...)

Här är strategin att tona ned maktasymmetrin i läkare–patient–relationen och anta patientens perspektiv. Viktigt i interaktionen är att positionera sig som professionell genom att tydligt visa intresse och lyssna in patientens historia. Att bekräfta patientens upplevelser genom inkännande bekräftar patientens identitet. Sådana interaktionella strategier förutsätter att det finns avsatt tid för interaktionen. Tid att lyssna och lyhördhet för patienten är återkommande inslag i de professionellas kollektiva berättande. Ett likartat sätt att möta aggressiva patienter är följande:

(...) om man avdramatiserar det här lite också. Visar att jag är inte din fiende och att man inte går in i någon form av argumentation utan mer att man lyssnar och tar det lugnt. Då upplever jag att man får en bra kontakt med de flesta, men så är det ju vissa som har en förutfattad uppfattning om vad de faktiskt har och vad det är för någonting. Där är det svårt att motivera medicinskt så finns det ingenting som tyder på det men då är de inte beredda att ta in det som i sig är viktigt. (...)

Förutom att lyssna och vara lugn betonas vikten av att avdramatisera spänningen och aggressiviteten genom att inte argumentera emot – för att inte framstå som patientens fiende. Med en sådan interaktionell strategi kan personalen skapa en god kontakt och förutsättningar för att komma vidare i mötet och göra en medicinsk bedömning. I viss mån handlar det även om att reparera kommunikativa skador som har uppstått tidigare och/eller omedelbart före mötet. Det är dock svårt att komma vidare i interaktionen när patienter på förhand har bestämt vad de har för sjukdom och inte är mottagliga för alternativa tolkningar och bedömningar.

I komplicerade fall, där kommunikationen speglas av aggressivitet, hot och manipulation, blir de interaktionella strategierna (att vara vaksam på sina ord för att dels inte själv bli vilseledd, dels för att kunna bibehålla sin professionella roll):

(...) klart man väger sina ord det gör man ju, man står och tänker, man är jättevässad för att man inte vill just säga nåt (...)

Ja, man kommer in till patienten och så lyssnar man till vad patienten säger, det är klart att man som sjuksköterska måste lyssna och hjälpa, men jag försöker inte komma i så djupa diskussioner och inte fråga så mycket. Om jag frågar så kommer det att dyka upp ett nytt problem, det är inget problem, det är bara att patienten vill skapa ett nytt problem som kräver en ny åtgärd, (...)

Personalen måste tydligt visa sin roll som professionell. Samtidigt måste de vara vaksamma över sin språkanvändning för att inte kränka, väcka misstro eller negligera patienten. Det är en interaktionell strategi att man går in i sin profession till fullo och låter hårda ord samt hot från patienten passera. Det är en strategi som de professionella gemensamt har utvecklat, efter att ha synliggjort och vågat lyfta sådan bemötandeproblematik med varandra. Det är genom sådana diskussioner och ömsesidigt stöd som det är hanterbart att gå in i dessa have-rerade vårdrelationer – men även att som sjuksköterska jobba två och två kring patienterna.

Det förekommer även att patienter kontinuerligt mejlar flera parter inom sjukvården (beslutsfattare inom Landstinget, verksamhetschef, Patientnämnden osv.) om vad vederbörande är missnöjd med och hotar med anmälan till olika instanser. En interaktionell strategi i detta sammanhang handlar om att balansera mellan att *vara* och *inte vara* tillmötesgående och svara patienter som mejlar till många:

(...) patienten är väldigt irriterad och förbannad för att hen inte får något svar. Hen har ju ställt tre konkreta frågor i måndags och hen har fortfarande inte fått något svar. Det ger liksom ingenting. Vi tror också att patienten kanske triggas av att hen får ett svar för då kom det 17 mejl till, att det var det mest korkade svar hen hade fått (...) vi har sagt att ungefär en gång i månaden är det rimligt att få svar eftersom vi inte har något mer att komma med. Patienten är ju inte nöjd. Det är så och vi vidhåller ju vår ståndpunkt i de här frågorna som man har olika synpunkter på.

Responser från patienten kan eskalera, därför väljer man i olika fall att vara sparsam med medierade interaktioner. I sitt berättande framhåller de professionella vikten av att hålla fast vid sina ståndpunkter och beslut samtidigt som de visar sig tillmötesgående, vilket är en svår balansgång särskilt i skrift. Det finns en risk i de professionellas strävan av att söka vara tillmötesgående – att mer resurser förläggs på en relativt liten missnöjd och kravställande patientgrupp, vilket på sikt kan innebära att det får konsekvenser för den stora gruppen patienter.

Diskussion

Vårdmöten kan förstås som relationsskapande interaktion mellan de professionella och patienterna, vilken äger rum i en institutionell kontext som stipulerar *hur* och *vad* som kan uttryckas i den givna situationen (se Blomberg, 2001; Drew & Heritage, 1992). Speciellt med denna interaktion är att den ena parten är ålagd att agera enligt formaliserade förhållningssätt, vilka tidvis kolliderar med vardagsförnuftets uppfattning om och sätt att lösa interaktionella svårigheter (Cedersund, 1992; Hydén, 2001; Mäkitalo, 2003). Sådan interaktion äger rum i en samhällelig kontext vari värden, resurstillgång, organisationsideologier, organisationsfilosofier och mediebilder omger interaktionen mellan patienterna och de professionella.

Ett exempel är rollförskjutningen från läkare–patient-relation till kund-relation (Lian, 2011). Moderna patienter förväntas vara delaktiga i och ta ansvar för sin vård och deras kommunikation antar mer formen av en dialog med de professionella (även om de fortfarande befinner sig i en asymmetrisk relation visavi de professionella), och vårdens kunskapsföreträdare har alltmer utmanats såväl på nätet som ansikte-mot-ansikte. På spel står ömsesidig tillit och förtroende och professionell identitet. Läkarens roll har därmed alltmer blivit att förmedla fakta och underlätta patientens möjligheter att fatta beslut om behandling/åtgärder (Lian, 2011). Talet om valfrihet, patientinflytande i beslutsfattande och utökade rättigheter marknadsförs av sjukhuset i skrifter och på internet. Detta ”tal” producerar och reproducerar kund-relationen mellan patient och vården (jfr Blomberg & Stier, 2016) – något som också återspeglas i interaktionen.

Sammantaget påverkar den institutionella och samhälleliga kontexten kommunikationen och kommer till uttryck i de professionellas berättande om vad de anser vara problematiska eller vanskliga vårdrelationer. Enligt de professionella, kan vårdrelationen så småningom övergå i ett haveri när patienten frångått den förväntade institutionella ordningen för patientrollen – genom att högljutt ifrågasätta, kompromisslöst ställa krav och gå över gränsen för vad som anses rimligt att rikta till vården.

Interaktionen mellan de professionella och patienterna präglas av både historicitet och omedelbarhet där tolkningar görs, identiteter och status och ”ansikte” förhandlas, tillit och förtroende står på spel och makt utövas (Goffman, 1959/2006; 1961; 1971; Holmgren, 2009). Särskilt tydligt är att de professionella, i sitt kollektiva berättande, använder olika patientkategoriseringar. Sådana kategoriseringar används dels för att rättfärdiga sitt agerande i interaktionen med patienten, dels för att sätta in forskaren i sitt berättarperspektiv. Lägg därtill att likaväl som de professionella berättar om interaktioner med patienter, så innebär själva berättarkontexten ytterligare en interaktion (Blomberg, 2010; Mishler, 1999).

I viss mån är värden medskapare av vanskliga vårdrelationer. Ett skäl kan vara att resurserna (brist på bemanning, otillgänglighet, långa väntetider osv.) är otillräckliga för att kunna svara upp mot patientens (faktiska och upplevda) rättigheter. Därtill är de professionella medvetna om att många patienter anser att de inte bemöts korrekt och respekt-

fullt eller får sina behov tillgodosedda (Andersson, 1998; Kenny et al., 2010; McCabe, 2004). De menar också att patienters missnöje, ilska och frustration kan vara befogad, då vården brottas med strukturella problem. Ett annat skäl är tveksamt motiverade medicinska undersökningar som kan öka patienternas benägenhet att uppsöka vården, få dem att känna sig missförstådda när en medicinsk diagnos uteblir eller av att få dubbla budskap. Medskapandet sker även mer subtilt och (o)medvetet när professionellas ordval, suckar och tonläge tolkas som att man förringar eller inte tar patienten på allvar. På så vis raseras en redan skör kommunikation (Asplund, 1987).

De professionella berättar om olika interaktionella strategier för att hantera vanskliga vårdrelationer. Dessa förutsätter förmåga att lyssna, förstå och känna in patientens situation, att vara vaksam på vilka ord och uttryck man använder samt iaktta hur blickar, gester och suckar inverkar i mötesögonblicket. Dessa färdigheter är centrala för att *inte* reproducera en fientlig inställning till vården och/eller för att *inte* bli vilseledd av patienten.

De professionella berättar även om strategier för att reparera kommunikativa skador orsakade av suckar och förminskande av patienten. På så sätt kan missnöjet hos patienten vändas innan relationen havererar totalt. Strategier för att stegvis återvinna patientens förtroende handlar om att vara lyhörd, inkännande och bekräfta patientens upplevelser och erfarenheter, ge information samt motivera vårdbeslut. De professionella menar att dessa inslag i arbetet är viktiga, samtidigt som resurserna är begränsade. Verksamhetscheferna får därför stor betydelse för att i ett tidigt skede "vända" vårdrelationer som riskerar att haverera, genom samtal med missnöjda patienter och genom att stödja de professionella. Strategier av organisatorisk art är exempelvis att avsätta tid och hitta mötesplatser för multi-disciplinära team, där alla involverade parter kring patienten/patienterna kan få möjlighet att se sin del i vårdkedjan och ta sitt ansvar för patienten.

Enligt de professionella finns en rad risker med havererade vårdrelationer. Vid sidan om medicinska risker såsom felaktig diagnostisering eller behandling förekommer olika slags hot; fysiska hot eller hot om anmälan och/eller att patienten ska vända sig till media. I relation till vissa patientgrupper (med en missbruksproblematik) måste de professionella väga sina ord extra noggrant för att inte bli manipulerade och/eller hotade. Hot och aggressivitet i interaktionen med dessa förekommer ofta, med fysiska och psykologiska risker för de professionella. För att undvika utmattning, stress eller frustration av den kommunikativt låsta situationen har de därför utvecklat särskilda interaktionella strategier. Utåt är de lyssnande och förstående, men låter "negativ kommunikation" mentalt passera.

Avslutningsvis har fokus här varit de professionellas kollektiva berättande om vad de menar är vanskliga vårdrelationer, där kommunikationen upplevs vara problematisk, låser sig eller fullständigt havererar. I någon mening är detta berättande ett uttryck såväl för arbetsvillkoren inom vården som för de professionellas yrkesidentitet.

Referenser

- Adam, R., Price, K., Tucker, G., Nguyen, A. & Wilson, D. (2012) The doctor and the patient – How is a clinical encounter perceived? *Patient Education and Counseling*, 86(1): 127–133.
- Andersson, S.-O. (1998) Vanskliga patient-läkarrelationer en mångfasetterad utmaning. *Läkartidningen*, 95(3): 182–188.
- Asplund, J. (1987) *Om hälsningsceremonier, mikromakt och asocial pratsamhet*. Göteborg: Korpen.
- Becker, H. (1963) *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.
- Billquist, L. (1999) *Rummet, mötet och ritualerna. En studie av socialbyrån, klientarbetet och klientskapet*. Akademisk avhandling. Nr 1999:4. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Blomberg, H. (2001) *Det institutionella samtalet – en studie av mötet mellan välfärdsbyråkrat och medborgare på försäkringskassan*. Arbetsrapport. Eskilstuna: Centrum för Välfärdsforskning skriftserie.
- Blomberg, H. (2010) *Mobbning, intriger, offerskap – att tala om sig själv som mobbad i arbetslivet*. Akademisk avhandling. Örebro Studies in Sociology nr 13. Örebro: Örebro Universitet.
- Blomberg, H. & Stier, J. (2016) Metaphorical expressions used in Swedish news media narratives to portray the shortage of nurses and their working conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2): 382–395.
- Blumer, H. (1969/1998) *Symbolic interactionism. Perspective and method*. London: University of California Press.
- Cedersund, E. (1992) *Från personligt problem till administrativt beslut. Att ansöka om ekonomiskt bistånd*. Akademisk avhandling. SIC 33. Linköping: Linköping Universitet Tema Kommunikation.
- Cedersund, E. (1999) Berättelser i socialtjänstens möten. I: U. Sätterlund Larsson, K. Bergqvist & P. Linell (red.) *Vänbok till Roger Säljö*. Linköping: Tema kommunikation.
- Drew, P. & Heritage, J. (1992) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goffman, E. (1959/2006) *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Prisma.
- Goffman, E. (1961) *Encounters. Two Studies in the Sociology of Interaction by Erving Goffman*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Goffman, E. (1971) *Relation in public: Microstudies of the public order*. London: Allen Lane.
- Goffman, E. (1981) *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Gustafsson, B., Hermerén, G. & Petersson, B. (2005) *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Rapportserie nr 1. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Gustavsson, L. & Wallgrund, G. (2008) *Möten i vården. Ett informations- och studiematerial om bemötande inom hälso- och sjukvården*. Lund: Patientnämnden Skåne.
- Hak, T. (2004) The interactional form of professional dominance. I: E. Annandle, M. A. Elston & L. Prior (red.) *Medical work, medical knowledge and health care*. Oxford: Blackwell.
- Holmgren, M. (2009) *Retorik*. Malmö: Liber.
- Hydén, L.-C. (2001) Att bemöta och bemötas. I: A.-B. Thulin (red.) *Utan fast punkt. Om förvaltning, kunskap, språk och etik i socialt arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., Weijden, T., LeBlanc, A., Lockyer, J., Légaré, F. & Campbell, C. (2010) Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine*, 70(5): 763–768.
- Kitzinger, J. (1995) Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311(7000): 299–302.
- Kohler-Riessman, C. & Quinney, L. (2005) Narrative in Social Work. A Critical Review. *Qualitative Social Work*, 4(4): 391–412.
- Krantz, O. & Larsson, S. (2003) *Att förbättra bemötandet av personer med funktionshinder*. HAREC. Slutrapport. Sociologiska institutionen, Malmö högskola.

- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Leppänen, V. (2008) Maktutövning i telefonrådgivning. I: I. Holmqvist (red.) *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Lian, O. S. (2011) Patienten som kund. I: A. Tjora. (red.) *Den moderna patienten*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindblom, J. & Stier, J. (2011) *Det socialpsykologiska perspektivet*. Lund: Studentlitteratur.
- McCabe, C. (2004) Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1): 41–49.
- Mishler, E. G. (1999) *Storylines. Craftartists' narratives of identity*. London: Harvard University Press.
- Morgan, D. L. (1997) *Focus groups as qualitative research*. (2:a upplagan). London: Sage.
- Mäkitalo, Å. (2003) Accounting practices as situated knowing: Dilemmas and dynamics in institutional categorizations. *Discourse Studies*, 5(4): 495–516.
- Sachs, L. (2000) Att tolka budskap i vårdmöten över kunskapsgränser. *Läkartidningen*, 97(35): 3752–3755.
- Thomas, I. & Thomas, D. (1928) *The Child in America: Behavior problems and programs*. New York: Knopf.

Elektroniska källor

- (<http://www.ltv.se/Om-landstinget/Landstinget-i-sociala-medier/>)
- <http://www.1177.se/Vastmanland/Hitta-varld/Vastmanland/Jamfor/?HSAIDs=SE2321000172-1BK1&HSAIDs=SE2321000172-2ZP4>
- (<http://www.1177.se/Vastmanland/Regler-och-rattigheter/Motet-med-varden/>)