

Ronden – rum för narrativ medicin

Fredrik Bååthe

Fredrik Bååthe, PhD, ISM-Institutet för Stressmedicin VGR/
LEFO-Legeforskningsinstitutet, Oslo. E-post: fredrik.baathe@vgregion.se

Denna text beskriver en svensk internmedicinsk verksamhet som, med stöd av narrativ medicin, har omdefinierat sitt rondarbete. Sjukhusronden flyttades till ett särskilt rum där patientens berättelse lyhört tas emot av vårdteamet, som inkluderar överläkare, underläkare, sjuksköterska och undersköterska. Patientens berättelse kombineras med personalens kunskap för att skapa en gemensam vårdplan. Detta arbetssätt har förändrat samtalsmönstren och relationerna inom teamet, vilket har lett till att patienten blivit mer involverad i sin egen vård. Team-perspektivet, som först var nytt, blev med tiden etablerat och format av ömsesidiga beroenden och beteenden. Texten hämtar analytiskt stöd från Ralph Staceys teori om "complex responsive processes" och bygger på studier och rapporter av Bååthe et al. (2014, 2016a, 2016b) samt ett bokkapitel av Bååthe (2018).

This text discusses a Swedish internal medicine department that has embraced narrative medicine to enhance its ward rounds. The rounds were moved to a dedicated room where the patient's story is attentively received by the healthcare team, including senior consultants, junior doctors, nurses, and assistant nurses. This narrative is integrated with the staff's expertise to develop a comprehensive care plan. The approach has transformed communication patterns and relationships within the clinic, making the patient more involved in their care. Over time, the team perspective became established, fostering mutual dependencies and behaviors essential for effective clinical practice. The text draws on Ralph Stacey's "complex responsive processes" theory and is based on studies and reports by Bååthe et al. (2014, 2016a, 2016b) and a book chapter by Bååthe (2018).

”...we need to start regarding ward rounds not as ‘ordinary and unremarkable’ but in need of our focused attention just as much as the most expensive technology or complex drug treatment. The benefits to quality, safety, effectiveness, efficiency and staff satisfaction would be enormous, and patients would be hugely happier as well.”

(Launer (2013 s 734)

Ronden – vad är det?

Sjukhusronden är välkänd för de flesta. Genom böcker, film och egna upplevelser som patient, anhörig eller sjukvårdspersonal har den traditionella ronden kommit att prägla vår syn på sjukhusvård. Redan 1798 ålades sjukhusläkare att regelbundet gå rond hos sina patienter (*Läkartidningen*, 1989). Men få, utöver dem som arbetar inom vården, vet särskilt mycket om vad som egentligen menas med rond. I Nationalencyklopedin finns följande definition:

rond (fr. ronde ’rundvandring’, av rond ’rund’, av likabetydande lat. rotu’ndus, av ro’ta ’hjul’), rundvandring, benämning på en arbetsform som sedan länge använts på vårdavdelningar på sjukhusen. Den traditionella ronden består i att läkare, sjuksköterskor och annan personal söker upp patienterna på en avdelning. Ronden ger läkaren möjlighet att fortlöpande bedöma patientens tillstånd och följa effekten av behandlingen. Vid ronden utfärdas ordinationer om behandlingen. Ju mer akuta problem som finns inom en medicinsk specialitet, desto oftare går rond. Rond är också benämning på den arbetsform där läkare från olika medicinska specialiteter sammanträder om hur en sjukdomsutredning eller sjukdomsbehandling skall läggas upp.

Nationalencyklopedin ger exempel på flera olika typer av rond. Den typ som fanns på medicinkliniken Kungälv före förändringen benämns ”traditionell rond”. Läkarna, och ibland även annan vårdpersonal, går då runt till patienterna som ligger nedbäddade i sin säng, iklädda sjukhuskläder, i rum som oftast delas mellan flera olika patienter.

Ronden i ett patientperspektiv

Författaren Göran Tunström beskriver i en intervju i *Läkartidningen* (1997) hur han som patient upplevde den traditionella ronden:

”För mig är ronden det vidrigaste av allting. Det känns som en förödmjukelse och förolämpning mot patienten att utsättas för detta, för man ligger ju där – i hopp om att få kommunicera med läkare. Man vill få besked om hur det är. Men hur går det till? Ronden kommer in. ”Jaha, hur var det här då?”, säger läkaren. Man svarar konventionellt. Han tittar ner i pappren. Sedan

kommunicerar sköterskorna och doktorn med varandra. De står mitt framför en, där man ligger. Men deras samtal förs på ett kodat språk och utan att det görs några anteckningar. Sedan sveper de ut. [...]

Jag talar om de förväntningar som en rond trots allt innebär för en patient. Men vad får patienten för utbyte? I allmänhet inte någonting, utan bara en väldig besvikelse som ger en oerhörd trötthet och ledsnad.” Göran Tunström tillägger att rondens skulle kunna avskaffas. Under alla omständigheter behöver den organiseras på ett annat sätt än den traditionella. [...]

Tunströms citat handlar ju om hans upplevelser av att inte bli sedd och hur det skapar både trötthet och ledsamhet. Det är tydligt att det inte etableras någon allians av tillit mellan patient och vårdgivare. En viktig aspekt av den nya rondens är att rondsamtalen rymmer mer av patientens beskrivningar av sina upplevelser och när någon lyssnar på min berättelse skapas trygghet. Den nya rondens ger med sitt narrativa anslag bättre förutsättningar för att förmedla känslan av att bli sedd och skapa tillit. Information är viktigt men den måste böttna i ett mellanmänniskt möte.

En undersköterska som intervjuades ett drygt år efter det att man infört det nya sättet att ronda, det vill säga efter det att man organiserat rondens ”som ett rum för narrativ medicin” berättade om följande återkoppling hon fått från en erfaren läkare, som nu varit på kliniken som patient:

Vi hade en gammal kirurgläkare som patient. En riktigt fin gammal doktor uti fingerspetsarna. Och jag gick och hämtade honom för vi skulle ha rond och så sa jag att han fick följa med in på vår expedition och så har vi läkar-samtalet därinne. Och han tittade på mig och – jaha, vad är detta för något? Och han följde med in. Och när jag frågade honom när han var tillbaka, var han rätt lyrisk över vilket fantastiskt sätt att jobba.

Denna på ytan, till synes enkla förändring, rymmer en inneboende komplexitet som på djupet förändrar innebörden i begreppet rond, både för patienter och för medarbetare. Förändringen får omfattande arbetsorganisatoriska effekter och utmanar etablerade yrkesroller och professionell identitet. En erfaren läkare uttalar sig på följande sätt om förändringen:

På sjukhuset där jag var tidigare så startade vi ju medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA) och det var en förändring. Men under alla de år jag arbetat här så är detta nya sättet att ronda den största förändringen. Det som ändå påverkat vårt arbetssätt mest.

Läsare som vill fördjupa sig i dessa mångfacetterade förändringsprocesser, dess

tema

möjligheter och utmaningar, samt hur de kan hanteras med stöd av aktuell vetenskap har möjlighet att ta del av empiri, teori och resonemang beskrivna i tidigare publikationer, på engelska (Bååthe med flera 2014, 2016a) och svenska (Bååthe med flera 2016b, 2018).

Erfarenheter av rondan som ett rum för narrativ medicin

Patientens berättelse i fokus

Förbättrad sekretess för patienterna var en grundläggande tanke i detta nya sätt att ronda. Därtill har möjligheten att möta patienten där hen är förbättras av att man ändrat från att genomföra rondsamtalen på ett fyrbäddsrum, till att nu ha ett eget rum för rondan där patienten möter klinikerna. En erfaren läkare berättar att när väl det nya sättet blivit norm, kändes det obeväntat att ronda som tidigare:

Jag har rondat i hela mitt liv. Jag märker själv att jag nu har svårt att ronda på 4-sal. Jag bromsas i mitt samtal med patienten av att det ligger flera andra och lyssnar. Jag förstår inte hur vi förut vågade tala om så känsliga saker inför de andra patienterna.

Patienterna har också fått en bättre möjlighet att ställa frågor. Flera läkare betonar betydelsen av att under rondsamtalen kunna hjälpa patienten att förstå vad det är som vården försöker göra och även ge patienten möjlighet att få svar på sina frågor direkt. En återkommande uppfattning är att det nya sättet att ronda mycket handlar om respekt och värdighet. Det hierarkiska avståndet mellan vårdgivare och patient har reducerats och organisatoriska förutsättningar har skapats som underlättar för samtal mellan människor. Man talar med varandra på ett annat sätt när man sitter med patienten på samma nivå och patienten träder fram mer som person, och inte bara som patient. Patientens berättelser i det nya sättet att ronda skilde sig påtagligt från den traditionella rondan, vilket var en ny upplevelse för läkarna:

Patientensamtalen är mycket, mycket bättre nu än vad de var tidigare. Det känns som om vi har tid att prata till punkt, om sådant som faktiskt är viktigt för vården och patienterna. Vad vill patienten ha för slags förmåga när han eller hon kommer från sjukhuset? Vad är viktigt? Sådana saker togs nästan inte alls upp i den gamla rondan.

Flera yrkesgrupper kan fånga upp olika delar av patientens berättelse för att ge förutsättningar för en syn som omfattar hela patienten. Det kan bidra till en bättre förståelse för patientens situation vilket även ger bättre underlag inför

beslut när det gäller diagnos och behandling. Det går bra att lämna allvarliga besked till patienter även om det är ytterligare en läkare, en sjuksköterska och en undersköterska närvarande. För patienten kan det vara skönt att veta att alla i vårdlaget känner till situationen. Hela vårdteamet deltar under rondsamtalet och därmed har alla tagit del av och hört samma patientinformation. En läkare kommenterar detta så här:

Sen blir det också väldigt bra att fler tolkar det som patienten säger. Att alla hör det samtidigt. Tidigare sa patienten en sak till läkaren, en sak till undersköterskan och en sak till sköterskan. Nu har ju alla samma historia att luta sig på.

Att arbeta i team

Många lyfter fram nyttan av att läkare, sjuksköterska och undersköterska tillsammans träffar patienten. Det skapar en grund för mer välinformerade patienter, men gör också att omvårdnadsfrågorna lyfts fram, vilket bidrar till bättre förutsättningar för beslut om patientens vård och behandling. Och när alla i vårdteamet har hört samma sak skapas en gemensam kunskapsbas vilket bidrar till en mer välfungerande vård. En läkare menar:

Genom att sjuksköterskor och undersköterskor har varit med på rondan, så kan de mer förstå hur det är tänkt med patienten och då kan de lättare möta frågor från patienten och anhöriga. Allt sägs i samma rum och alla hör det. Det kan vara att en undersköterska bättre förstår varför det är extra viktigt att komma upp ur sängen. Men det kan också vara så att en sjuksköterska efter en stund undrar varför jag inte skrivit remissen för röntgen, som jag hade glömt bort. Så det är tryggare vård på flera sätt.

Tidigare var det ovanligt att läkarna delade expedition med sjuksköterska och undersköterska. Det var då ett ständigt jagande efter varandra, men eftersom det nu är bestämt från början att allihop ska sitta tillsammans så blir det enklare att samspela med varandra. Många berättar om positiva erfarenheter och en ökad vi-känsla när man jobbar nära varandra. Förståelsen för varandras arbetsuppgifter har ökat, liksom tilliten. Och det blir lättare att jobba eftersom man lär känna dem man arbetar tillsammans med. Samtidigt finns det naturligtvis såväl läkare som sjuksköterskor som tycker att det är jobbigt att dela expedition med varandra.

Några reflektioner om utmaningen att omforma sjukhusronden, en 200-åring medicinsk praktik

Vanans och traditionens makt

Tradition och kultur underlättar vår vardag genom att förse oss med färdiga tanke- och handlingsmönster (Schein, 2017). Inom sjukvården finns en lång tradition om hur rondarbetet ska gå till. Genomgripande förändringar, såsom att omforma rondan till ett rum där narrativet från personen som just nu är patient, ges utrymme att tas emot av vårdens medarbetare, hotar den trygghet som traditionen ger.

Historiskt har varje läkare format sitt eget sätt att ronda och det har över tid blivit en integrerad del av den egna individuella läkaridentiteten. Eftersom det inte funnits någon detaljerad fördefinierad struktur hur rondan ska ske så har vårdpersonalen anpassat sig till den enskilda läkarens sätt att ronda. Vårdpersonalens sätt att flexibelt anpassa sig till olika läkares egna sätt att ronda benämns inom komplexitetsteorin för ett adaptivt beteende (Stacey 2011, 2012; Stacey and Mowles 2016).

Det nya sättet att ronda på Kungälv's sjukhus utformades genom att medarbetare från olika professioner, i samtal med varandra, över tid arbetade fram en önskvärd fördefinierad struktur. Nya rondstrukturen gav begränsat utrymme för den enskilda läkaren att individuellt bestämma hur man skulle ronda. Alla förväntades följa en gemensam struktur. Detta är ovanligt vad gäller sjukvårdens rondarbete och många läkare blev därmed tvungna att förändra sitt etablerade sätt att ronda. Läkarprofessionens traditionella autonomi i medicinska frågor, läkarnas höga status och arbete på många olika ställen, har medfört att autonomi och beslutsmakten, av många uppfattas även innefatta arbetsorganisatoriska frågor. Det nya rondsystelet utmanar föreställningen om egen autonomi och har på det sättet påverkat professionell identitet. Detta är en del av kärnan för att förstå vilken kraftfull förändring det innebär att omforma rondan till mer av ett rum för narrativ medicin, där de olika vårdprofessionerna som tar hand om patienten, ges förutsättningar för att aktivt samarbeta.

Olika personer i en organisation har olika förståelse utifrån sin utbildning, sina erfarenheter och bakgrund (Sandberg och Targama 2007, 2013). Medarbetare från vårdens olika professioner upplever ofta att de andra professionerna eller cheferna inte riktigt förstår det arbete man gör, och forskningen talar ibland om att det är som om man kommer från olika världar (Mintzberg och Glouberman 2001). Sjuksköterskorna kan uppleva att delar av läkarkåren är ovetande om och oförstående för hur övriga vårdpersonalens arbete organiseras (White m.fl., 2016). Det är en central uppgift för en chef/ledare att skapa tillfällen där man som enskild medarbetare kan "få syn på" sin egen förförståelse (Båathe

och Norbäck 2013). Detta är inte så lätt eftersom ens egen förförståelsen ”tas för given”. Den är som rälsen för ett tåg, den lägger grunden för hur man tolkar det som sker och styr sedan hur man agerar. Schein (2017) beskriver hur egen förförståelse förser oss med färdiga tanke- och handlingsmönster. Det är sällan som dessa blir synliga för oss, men det kan ske när våra antagande krockar med andra personers sätt att förstå det arbete där vi båda har ett ömsesidigt beroende av varandra. Ronden som ett narrativt rum är ett exempel där en organisatorisk förändring har skapat ett tillfälle där vårdens olika professioner ges möjlighet att få syn på sina olika sätt att förstå arbetet med patientens vård och behandling. Om man lyckas använda den ”friktion” som plötsligt kan uppstå mellan vårdmedarbetarna i rond-arbetet som en inbjudan till reflektion i slutet av arbetspasset, kan ett återkommande lärande skapas på arbetsplatsen. Via reflektion över det som skett, och givet att det råder en psykologisk trygg miljö där det är möjligt att visa sig öppen och sårbar för varandra, kan egen, och andras förförståelse för arbetet vidgas. Detta bidrar till smidigare samarbete och lägger grunden för ökad tillit till varandra och ett mer effektivt utvecklingsarbete (Schein 2017, Edmondson 2018).

I expertsamhället utgår man gärna från det som kallas linjär logik, det vill säga ”om vi gör A, så sker B”. Det råder en matematisk förutsägbarhet, och man kan räkna fram svaret (Bornemark 2020). Men det blir tydligt att förändringsarbetet av rondon fick arbetsorganisatoriska konsekvenser som inte gick att förutse. Det är i linje med komplexitetsteorin helt ” normalt ” och något som man benämner ”förväntad oförutsägbarhet” (Stacey and Mowles 2016). I komplexa system råder så många ömsesidiga beroenden att en enskild person inte kan greppa helheten, och kan därmed inte heller presentera en välfungerande lösning. Därför måste komplexa problem kontinuerligt hanteras och det finns gott stöd i vetenskapen om hur man gör detta (Stacey 2011, 2012, Stacey and Mowles 2016). Komplexitetsteorin betonar betydelsen av att ta det lokala och specifika perspektivet på allvar och hur delaktighet från olika medarbetare och chef är centralt för att arbeta fram ”en aktuell lösning på det aktuella problemet”.

Man arbetar tvärprofessionellt fram en lösning som arbetsgruppen tror på, sedan prövar man den i praktiken för att lära, dvs, med vetskap att lösningen troligen behöver justeras. Noterar hur det fungerar. Vid behov justeras lösningen. Och sedan prövas igen. Ofta växer lösningar fram, emergerar, genom att man just tänker tillsammans, prövar, reflekterar, justerar och prövar igen. Över tid kan såväl problem som lösning förändras och behöver då anpassas till aktuella och lokala förutsättningar. Detta ska inte betraktas som ett misslyckande, utan det är så som en organisation fungerar, vilket är vetenskapligt underbyggt via den organisationsforskning som inkluderat en sociologiskt och pragmatisk integrering av komplexitetsteori (Stacey 2011, 2012, Stacey and Mowles 2016). Samtalet, eller

interaktionen mellan ömsesidigt beroende människor, betonas från komplexitetsteorin, som grunden för merparten av allt lärande och utveckling. Samtalet, hur olika berättelser och perspektiv berikar varandra, utgör också en central dimension inom narrativ medicin (Rita Charon 2008). Ett centralt fokus för chefer är därmed att etablera organisatoriska fora där medarbetare kan tala med varandra, och med chefen, om en förändring man önskar få till (Bååthe and Norbäck 2013). Strävan är att man talar mer MED varandra och mindre OM varandra (Bååthe med flera 2023). Ambitionen är att få fram en lösning som arbetsgruppen tror kommer leda till ett gott resultat på ett aktuellt lokalt problem. En lösning som kan testas praktiskt för att sedan förfinas utifrån den gjorda erfarenheten, tills den löser problemet och uppfyller det man eftersträvar inom verksamheten. ”Erfarenhetsbaserat lärande” är ett kompletterande perspektiv som bidrar med ett praktiskt sätt att hantera komplex förändring (Kolb 1984/2014).

Komplexa förändringar handlar inte bara om att tillägna sig ny kunskap och nya sätt att agera, det handlar lika mycket om att utveckla eget sätt att vara, det vill säga utveckla sin egen professionella identitet (Bååthe med flera 2016; Bååthe med flera 2023). I grunden handlar det om att utveckla sig själv, genom att aktivt bidra i att utveckla verksamheten, och forma något nytt som hanterar ett aktuellt problem. Och samtidigt integrera detta nya i sin professionella identitet, så man kan fungera som en reflekterande kompetent person, även i detta nya. Ronden, som ett rum för narrativ medicin, skapade ett forum för detta.

Fotnot

Ronden som behandlas i detta kapitel var aktiv i 10 år med nationell och internationell uppmärksamhet samt vetenskapligt undersökt. Den praktiska utformningen finns beskriven i kapitlet ”Konsten att ronda” i boken Kultur och hälsa i praktiken (Sigurdson & Sjölander 2016). När denna text skrivs, hösten 2024, är rondan inte längre aktiv, men status när detta läses är förstås okänd.

Referenser

1. Baathe, F, Ahlborg Jr, G, Lagström, A, Edgren, L, Nilsson, K (2014), Physician experiences of patient-centered and team-based ward rounding—an interview based case-study. *Journal of Hospital Administration*, 3(6), s. 127-142.
2. Baathe, F, Ahlborg Jr, G, Lagström, A, Edgren, L, Nilsson, K (2016a), Uncovering paradoxes from physicians' experiences of patient-centered wardround. *Leadership in Health Services*, 29(2), s. 168-184.
3. Bornemark, J. (2020). Horisonten finns alltid kvar: om det bortglömda omdömet, Volante.
4. Bååthe F, Ahlborg jr G, Lindgren Å, Norbäck LE. (2016b), Patientcenterat och teambaserat sätt att ronda inom sjukvården. Att utmana en tvåhundraårig medicinsk praktik. ISSN 1652-7089, Institutet för stressmedicin VGR, Omslag: Gullers grupp AB, Tryck: Bording AB, <http://www.vgregion.se/stressmedicin>

5. Bååthe F. Verksamhetsutveckling i professionsbaserad verksamhet. I: Cregård A, Berntson E, Tengblad S, red. Att leda i en komplex organisation. Utmaningar och nya perspektiv för chefer i offentlig verksamhet. Stockholm: Natur & Kultur, 2018: 165-82.
6. Bååthe, F. and L.-E. Norbäck (2013). "Engaging physicians in organisational improvement work." *Journal Of Health Organization And Management* 27(4): 479-497.
7. Bååthe, F., et al. (2023). "How hospital top managers reason about the central leadership task of balancing quality of patient care, economy and professionals' engagement: an interview study." *Leadership in Health Services* 36(2): 261-274.
8. Charon, R. (2008). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*, Oxford University Press.
9. Edmondson, A. C. (2018). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*, John Wiley & Sons.
10. Glouberman, S. and H. Mintzberg (2001). "Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation." *Health Care Management Review*: 56-69.
11. Kolb, D. (2014/1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Indianapolis, IN, Pearson.
12. Launer, J. (2013). "What's wrong with ward rounds?" *Postgraduate Medical Journal* 89(1058): 733-734
13. *Läkartidningen* (1989). Nr 16, s. 1451-1452. Ronden - mogen för översyn?
14. *Läkartidningen* (1997). Nr 41, s. 3579. Göran Tunström om sina upplevelser som patient: "Ronden känns som en förödmjukelse"
15. Sandberg, J. och Targama, A. (2007). *Managing Understanding in Organizations*, London, SAGE.
16. Sandberg, J. and Targama, A. (2013). *Ledning och förståelse: en förståelsebaserad syn på utveckling av människor och organisationer*. Lund, Studentlitteratur.
17. Schein, E. H. (2017). *Organizational culture and leadership*. San Francisco, San Francisco : Jossey-Bass.
18. Stacey, R. (2011). *Strategic Management and Organisational Dynamics: the Challenge of Complexity*. 6th edition, Harlow, England, Pearson Education.
19. Stacey, R. (2012). *The Tools and Techniques of Leadership and Management: Meeting the challenge of complexity*. London, Routledge.
20. Stacey, R. D. and C. Mowles (2016). *Strategic management and organisational dynamics: the challenge of complexity to ways of thinking about organisations*. Harlow, United Kingdom, Pearson Education.
21. White, Currie, & Lockett. (2016). Pluralized leadership in complex organizations: Exploring the cross network effects between formal and informal leadership relations. *The Leadership Quarterly*, 27(2), 280-297
22. Sigurdson, O & Sjölander, A (red.) (2016). *Kultur och hälsa i praktiken*. Göteborg: Centrum för kultur och hälsa, Göteborgs universitet.