



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

PATIENTERS UPPLEVELSE AV DELAKTIGHET VID NYBESÖK HOS FYSIOTERAPEUT INOM PRIMÄRVÅRD

En kvalitativ intervjustudie

ARVID EKSTRÖM
PER NYSTRÖM

Akademin för hälsa, vård och välfärd
Fysioterapi
Grundnivå
15 hp
Fysioterapeutprogrammet
VSGo20

Handledare: Petra von Heideken Wågert
Examinator: Maria Sandborgh

Datum: 20150317

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Att vårdgivaren ska gör patienten delaktig är något som är lagstadgat och efterfrågas från patienten. För fysioterapeuten är det till stor vinst om patienten kan engageras i sin behandling.

Syfte: Syftet med studien var att utifrån ett beteendemedicinskt perspektiv, med den socialkognitiva teorin som referensram, beskriva patienters upplevelse av delaktighet i mötet med fysioterapeut vid nybesök inom primärvård.

Metod: Sex patienter rekryterades som varit på nybesök hos fysioterapeut. Semistrukturella intervjuer genomfördes och materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: De deltagande patienterna hade olika syn på begreppet delaktighet och vad som påverkade deras upplevelse. Fysioterapeutens förmåga att få patienten delaktig betonades men även patientens egen roll, tidigare erfarenheter och samspelet mellan patient och fysioterapeut.

Diskussion: Resultatet tolkades utifrån social kognitiv teori. Patientens delaktighet betraktades som ett beteende och patientens upplevelse av sin delaktighet som en konsekvens av detta beteende. Patientens upplevelse av delaktighet påverkades av omgivningen och individfaktorer.

Slutsats: Fysioterapeuten var central i deltagarnas upplevelse av delaktighet men även tidsaspekter var avgörande. Deltagarna använde sina tidigare erfarenheter och förväntningar inför besöket som referenspunkt för hur de bedömde besöket.

Nyckelord: Beteendemedicin, fysioterapi, kvalitativ forskning, operant inlärning, socialkognitiv teori.

ABSTRACT

Background: The caregiver is obligated by law to promote patient participation and it is also something that is requested from the patient. From the physiotherapist's point of view there is a great gain in promoting patient participation in treatment.

Aim: The aim of the study was to describe, from a behavior medicine perspective, with the social cognitive theory as a reference, the patients' experience of their participation at their first visit at a primary care physiotherapist.

Method: Six patients were recruited that had been visiting the primary care center physiotherapist. Semi structured interviews were completed and interpreted using qualitative content analysis.

Result: The participating patients had different views of what patient participation stands for and what influenced their experience of participation. The physiotherapist role in promoting patient participation was described as an important part but also the patients' own role, earlier experiences and the interaction between the patient and the physiotherapist.

Discussion: The result was interpreted using the social cognitive theory. Patient participation was viewed as a behaviour and the patients' experience of their participation as a consequence of said behaviour. The experience was affected by the environment and individual factors.

Conclusions: The physiotherapist was vital for the participants' experience of participation but time was also a crucial factor. The participants evaluated their experience in comparison with past experiences and expectations prior to the visit.

Keywords: Behavioral medicine, operant conditioning, physiotherapy, qualitative research, social cognitive theory.

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Delaktighet	1
1.1.1	<i>Delaktighet ur ett patientperspektiv</i>	2
1.2	Primärvård	3
1.2.1	<i>Fysioterapeutens roll</i>	3
1.2.2	<i>Första besöket hos fysioterapeut</i>	4
1.3	Socialkognitiv teori	4
1.4	Operant inlärning	5
1.5	Problemformulering	6
2	SYFTE	7
3	METOD	7
3.1	Design	7
3.2	Urval	7
3.2.1	<i>Inklusionskriterier</i>	7
3.2.2	<i>Exklusionskriterier</i>	7
3.2.3	<i>Deltagare</i>	7
3.3	Datainsamlingsmetoder	8
3.3.1	<i>Bortfall</i>	8
3.4	Tillvägagångssätt	8
3.4.1	<i>Rekrytering</i>	8
3.4.2	<i>Intervjuer</i>	9
3.5	Dataanalys	9
3.6	Etiska överväganden	10
4	RESULTAT	11
4.1	Fysioterapeutens förhållningsätt påverkar patienten upplevelse	12
4.1.1	<i>Fysioterapeuten informerar och förklarar</i>	12
4.1.2	<i>Fysioterapeuten var patientfokuserad</i>	12
4.1.3	<i>Fysioterapeutens förmåga att tillvarata patientens önskemål</i>	13

4.1.4	<i>Fysioterapeutens förmåga till ickeverbal kommunikation</i>	13
4.1.5	<i>Fysioterapeuten uppfattas förtroendeingivande</i>	13
4.1.6	<i>Patientens generella upplevelse av fysioterapeutens bemötande</i>	13
4.1.7	<i>Fysioterapeutens förmåga att förstå och bekräfta patienten</i>	14
4.2	Patientens upplevelse av sitt eget deltagande och samverkan med fysioterapeuten	14
4.2.1	<i>Patientens medverkande i behandlingsplanering</i>	14
4.2.2	<i>Upplevelse av kontakt med fysioterapeuten</i>	15
4.3	Tidsaspekter som påverkar patienten	15
4.4	Patientens förväntningar och tidigare erfarenheter	16
5	DISKUSSION	17
5.1	Metoddiskussion	17
5.2	Etikdiskussion	18
5.3	Resultatdiskussion	19
6	SLUTSATS	21
	LITTERATURFÖRTECKNING	23
	BILAGA A- INFORMATIONSBREV	
	BILAGA B- INTERVJUGUIDE	

1 BAKGRUND

1.1 Delaktighet

Delaktighet är ett begrepp som används allt mer inom hälso- och sjukvård. Parallellt med denna utveckling har också patienten tillskrivits en viktigare roll i mötet med sjukvård. En anledning till detta är utvecklandet av evidensbaserad praktik som mer konkret sätter patientens erfarenheter och önskemål, samt situation och kontextuella omständigheter, i fokus (Socialstyrelsen, 2014a). Vikten och vinsten av att göra patienten mer delaktig understryks även av det faktum att detta är reglerat i lagstiftning. I Patientlagen (SFS 2014:821) fastställs i 1§, 5 kapitlet att; ”Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”. Detta framgår även i Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport (2009) där man lyfter fram vikten av att erbjuda en patientfokuserad vård. ”Att vara delaktig i sin egen vård bidrar till att öka motivationen att förbättra sin egen situation” (s. 93).

Trots lagstiftning, regler och riktlinjer som syftar till att reglera patientens delaktighet i vården visar Nationell patientenkät 2013 (Sveriges kommuner och landsting, 2013) att endast 65 % av patienterna upplever delaktighet i den utsträckning de önskar vid kontakt med hälso- och sjukvården. I en studie av Shay och Lafata (2014) har man studerat patienters upplevelse av att vara delaktiga i beslutsfattande. I studien har 23 primärvårdspatienter intervjuats efter sitt besök hos läkare. Enligt denna studie definierar patienterna delat beslutsfattande enligt fyra huvudsakliga faktorer som handlar om relationen till läkaren, hur läkare och patient agerar gentemot varandra samt läkarens förmåga att delge information som är anpassat efter patienten. Patienterna definierade inte delat beslutsfattande utifrån en specifik del av konsultationen utan beskrev att känslan av att vara överens med läkaren var avgörande för om de upplevt att de varit delaktiga i beslutsfattande. Det som blir intressant utifrån denna studie blir således patientens upplevelse av delaktighet snarare än det som sker rent konkret.

Delaktighet som begrepp kan förklaras som både ett inre- och yttre beteende, dvs. något man säger, känner, tänker eller gör. Begreppet följs av en mängd definitioner. Exempelvis definieras delaktighet enligt Nationalencyklopedin ([NE], 2014) som aktiv medverkan där fokus ligger på att ha medinflytande och känna att man är till nytta. Enligt Socialstyrelsen (2003) är delaktighet en persons engagemang i en livssituation där man utgår från ett flertal livsområden, t ex kommunikation och mellanmänniska interaktioner och relationer. Vidare handlar delaktighet enligt Svenska akademiens ordbok (2015) bland annat om att vara del av något. I denna studie kommer delaktighet som beteende definieras utifrån NE:s definition men analyseras utifrån hur patienterna upplevt sin delaktighet. Hur patienterna upplevt sin delaktighet är en konsekvens av beteendet ”att vara delaktig”. En svårighet med begreppet

delaktighet utifrån ett patientperspektiv är att det inte finns någon självklar översättning till engelska. Författarna har i denna studie använt sig av begreppen "patient participation" och "patient centered care" vid sökningar i internationella databaser. Begreppet patient centered care angränsar till det Socialstyrelsen (2009) kallar för patientfokusering vilket förklaras som hälso- och sjukvård som ges med respekt och lyhördhet inför den enskilda individens specifika behov, förväntningar och värderingar. Att patientens preferenser när det gäller utformning av behandling är viktiga har också Lin, Campbell, Chaney, Liu, Heagerty, Felker och Hedrick (2005) kommit fram till i sin studie.

Fysioterapeuternas professions- och fackförbund (Fysioterapeuterna, 2014a) har ett antal etiska regler som fysioterapeuter måste förhålla sig till. Bland annat står det; "fysioterapeuten ska fortlöpande diskutera och bestämma behandlingsmål och åtgärder i samråd med patienten så att patienten blir delaktig och tar eget ansvar" (s. 2). Det står också att fysioterapeuten inte får inskränka på patientens rätt att bestämma över sig själv. Vidare rapporterar en belgisk studie att få fysioterapeuter tillämpade delat beslutsfattande och att majoriteten av patienterna hade föredragit att vara mer delaktiga (Dierckx, Deveugele, Roosen, & Devisch, 2013).

1.1.1 Delaktighet ur ett patientperspektiv

Att delaktighet ur ett patientperspektiv tillskrivits en allt större betydelse inom hälso- och sjukvård beror till stor del på att det forskas allt mer på ämnet. Tidigare forskning har på olika sätt belyst hur delaktighet påverkar patienten. Den mesta forskningen har varit av kvantitativ art där man tittat på olika, på förhand bestämda, utfallsmått och sen kopplat detta till behandlingsresultat. Ett exempel på en sådan studie är den studie Olsson, Hansson, Ekman och Karlsson (2009) genomförde där de undersökte skillnaden mellan två grupper av patienter med höftfraktur. Studien tar upp både den ekonomiska aspekten men också effektiviteten av vården. Skillnaden mellan grupperna var att den ena gruppen fick traditionell rehabilitering (grupp B) och den andra en mer patient-centrerad rehabilitering (grupp A). I grupp A var kostnaderna 40 % lägre och man såg även en skillnad i effektivitet där 75 % av patienterna i grupp A hade en lyckad rehabilitering jämfört med 55 % i grupp.

En annan viktig aspekt i hälso- och sjukvårdsarbete är att patienterna ska känna sig nöjda med vården. Enligt Esmaeili, Cheraghi och Salsali, (2014) är patientens behov och förväntningar viktiga förutsättningar för att uppnå en patientcentrerad vård vilket också genererade en större tillfredsställelse med vården för patienten. Att vårdpersonalen tar hänsyn till dessa förutsättningar i beslutsfattande var också viktigt. Resultatet i ovan nämnda studie stämmer överens med det som Kinnersley, Stott, Peters och Harvey, (1999) kom fram till i sin studie. Även där kom man fram till att en patientcentrerad vård genererade en större nöjdhet med vården för patienten.

Centralt inom hälso- och sjukvård är mötet mellan patient och vårdpersonal. Hur detta möte sker påverkar i hög grad patientens upplevelse av hälso- och sjukvård varför det är viktigt att vara medveten om faktorer som är viktiga för patienten. Upplevelsen av detta möte kan också ha långvariga effekter för patienten vilket Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer, och Greitemann, (2009) belyser i sin studie. Där har man undersökt effekter av patienters

upplevelse av interaktionen med behandlande läkare. Deras resultat visar ett samband mellan upplevd kvalitet i interaktionen och långvariga effekter av rehabilitering upp till sex månader efter utskrivning. De långvariga effekter som man undersökte var smärtintensitet och smärtfrekvens, depression och oro samt funktionsnivå. De patienter som upplevt en hög kvalitet i interaktionen med läkaren visade också förbättringar i form av minskad smärtintensitet och smärtfrekvens samt minskad förekomst av depression och oro jämfört med de patienter som inte upplevt interaktionen lika högkvalitativ.

1.2 Primärvård

Primärvård definieras enligt Socialstyrelsens termbank (2014b) som; ”hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser”(Socialstyrelsen, Termbank). Inom primärvården jobbar ett flertal yrkesgrupper. En av de yrkeskategorier som arbetar inom primärvård är fysioterapeuter. I dag kan man i Sverige söka sig direkt till fysioterapeut utan att få remiss av läkare. Detta tillämpas även inom primärvården då patienten antingen själv kan efterfråga att få träffa en fysioterapeut eller bli hänvisad av den sjuksköterska som ofta är den första kontakten via boknings- och rådgivningstelefon. Detta ger fysioterapeuten en viktig roll då denne ofta står för den första bedömningen av patienten.

1.2.1 Fysioterapeutens roll

Fysioterapeutens viktigaste uppgift är att visa sambandet mellan rörelse och hälsa och hur rörelse kan användas som medel för att leva ett aktivt liv med god livskvalitet (Fysioterapeuterna, 2014b). Det är en stor variation på patientklientelet inom primärvården och fysioterapeuten kan ofta vara första instansen som möter patienten. Detta innebär att patientens funderingar och farhågor kring sina besvär då ofta riktas till fysioterapeuten.

En fysioterapeut inom primärvård möter ett stort antal patienter varje dag och måste förhålla sig till varje patient på ett unikt sätt eftersom alla människor är olika. Detta ställer krav på flexibilitet och förmåga till anpassning hos fysioterapeuten. I Socialstyrelsens handbok för vårdgivare, chefer och personal (2012) framhålls kunskaper om, och förståelse för, kommunikationsprocesser och att ha ett pedagogiskt förhållningssätt i patientmötet som en förutsättning för att öka patientens delaktighet.

Att kommunicera på ett sätt som patienten förstår är en viktig del i mötet med patienter. Indirekt handlar det om att anpassa sin kommunikation utifrån människan man möter vilket även Wiking, Saleh-Stattin, Johansson och Sundqvist, (2009) kommer fram till i sin studie. Detta är en stor utmaning inom primärvård då vårdpersonalen möter ett stort antal patienter varje dag. I en rapport från Inspektionen för vård och omsorg (2013) konstateras att kommunikation är ett förbättringsområde inom primärvård och man konstaterar att kommunikationsbrister finns mellan patienten och vårdpersonalen.

Hur fysioterapeuten arbetar med sina patienter kan variera mycket. Synen på hur samarbetet ska gå till mellan patient och fysioterapeut är olika. I en kvalitativ studie av Larsson, Liljedahl och Gard (2010) beskrivs tre förhållningssätt. Det första beskrivs som "samarbete" som är en biopsykosocial modell där fysioterapeuten och patienten samarbetar för att sätta mål. Fysioterapeuten tar hänsyn till patientens motivation och hjälper patienten att förstå hur dennes känslor, idéer och intressen påverkar rehabiliteringen. Det andra är "vägledning" som är en biomedicinsk modell där fysioterapeutens expertis väger tungt. Fysioterapeuten övertalar patienten att följa de mål som fysioterapeuten sätter. En balans mellan patientens delaktighet och fysioterapeutens professionella åsikter eftersträvas. Det tredje är "expertis". Här antas ett paternalistiskt perspektiv där fysioterapeuten besitter expertkunskaper. Patienten uppmanas att följa fysioterapeutens beslut som tas utifrån dennes professionella expertis. Patienten antas följa de direktiv som fysioterapeuten ger.

1.2.2 Första besöket hos fysioterapeut

Vid nybesök hos fysioterapeut ligger undersökning, fastställande av funktionsdiagnos och behandlingsplanering i centrum. Det finns två olika modeller, den beteendemedicinska modellen och fysioterapiprocessen. Med fysioterapiprocessen betonas att den funktionsdiagnos som ställs ska ligga till grund för den fortsatta behandlingen. Man betonar att behandlingsplaneringen och målplaneringen ska ske i interaktion mellan patient och fysioterapeut (Fysioterapeuterna, 2014a).

I den beteendemedicinska modellen betonas att målet ska relatera till patientens prioriterade aktivitet. Funktionsdiagnosen är inte lika central utan patientens fysiska och psykologiska förutsättningar för att klara den prioriterade aktiviteten står i centrum (Denison & Åsenlöf, 2012). Här ställs stora krav på att patienten är delaktig då behandling- och målplanering utgår från det patienten anser vara viktigt. Exempelvis är inte en begränsad rörlighet intressant att rikta åtgärder mot om den inte hindrar patienten i dennes prioriterade aktivitet.

Oavsett vilken modell som fysioterapeuten arbetar efter så ingår ofta någon typ av egenvård eller beteendeförändring i behandlingsupplägget. Detta kan t ex handla om träningsprogram, ergonomi eller livstilsförändringar. Detta gör att följsamhet till behandlingen ofta är en förutsättning för att patienten ska nå sina mål. Därför blir patientens upplevda delaktighet av stor vikt då detta i högre utsträckning leder till följsamhet i behandlingen (Loh, Leonhart, Wills, Simon och Pärter, 2007).

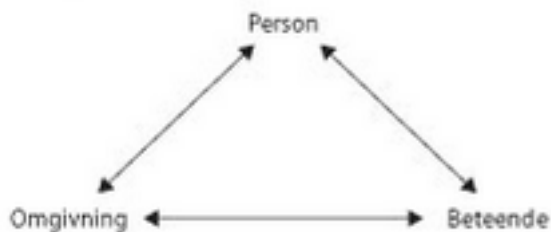
1.3 Socialkognitiv teori

Den socialkognitiva teorin (SCT) belyser sambandet mellan individ, beteende och omgivning och hur dessa faktorer interagerar i en beteendeförändringsprocess (se figur 1). Enligt denna teori drivs beteenden av personens föreställningar om de konsekvenser som kan följa på beteendet (Denison & Åsenlöf, 2012). Centrala begrepp inom SCT är self-efficacy, utfallsförväntningar och självreglering (Bandura, 1997). Med self-efficacy menas en persons

tilltro till sin egen förmåga att utföra ett specifikt beteende i en specifik situation. Utfallsförväntningar handlar om en persons förväntningar på konsekvenser av ett specifikt beteende. Självreglering innebär att individen sätter mål, utvärderar och anpassar sitt beteende för att nå sina mål (Denison & Åsenlöf, 2012). Med individ avses i denna teori en persons förmågor, förutsättningar och kognitioner i en specifik situation. Beteende kategoriseras utifrån begreppen yttre och inre beteende. Ett yttre beteende är något man säger, eller gör rent fysiskt. Ett inre beteende kan vara kognitioner, känslor eller fysiologiska reaktioner. Med omgivning menas yttre faktorer som kan påverka, till exempel miljö, andra personer etc. (Ogden, 2012). Beteenden beskrivs oftast i termer av under- eller överskotts-beteende. Ett nybesök hos fysioterapeut kan med denna modell förklaras enligt följande:

Patienten (individ/omgivning) kommer på ett nybesök till fysioterapeut (individ/omgivning). Samspelet (beteendet) mellan fysioterapeut och patient påverkar både patientens delaktighet (beteende) och upplevelse av delaktighet (konsekvens).

Genom att använda denna teori kan man förklara vilka faktorer som påverkar patientens delaktighet och upplevelse av delaktighet vid ett nybesök. Det är viktigt att komma ihåg att patienten är en del av fysioterapeutens omgivning och därför påverkar hur fysioterapeuten agerar. Likväl är fysioterapeuten en del av patientens omgivning och påverkar därför hur patienten agerar.



Figur 1. Den grundläggande principen i den socialkognitiva teorin är det ömsesidiga beroendet mellan personen, beteendet och omgivningen (Denison & Åsenlöf, 2012).

1.4 Operant inlärning

Teorin om operant inlärning har sin grund i behaviorismen och utvecklades av den amerikanske psykologen Skinner. Teorin används inom det beteendevetenskapliga fältet som en förklaringsmodell för hur människor lär sig genom konsekvenser av ett beteende. Ett beteende kan förstärkas, vilket ökar sannolikheten att det upprepas, eller bestraffas vilket minskar sannolikheten att det upprepas. Teorin kan således användas för beteendemodifiering genom att man kontrollerar de konsekvenser ett specifikt beteende genererar i en specifik kontext (Kowalski & Westen, 2009). Ytterligare ett begrepp som tas upp inom den operanta inlärningen är generalisering. Detta innebär att det är stor

sannolikhet att ett beteende som förstärkts i en given situation även kan uppstå i liknande situationer (Denison & Åsenlöf, 2012).

Centralt inom operant inlärning är att inte bara fokusera på konsekvenserna av ett beteende utan också fundera på vilken funktion ett specifikt beteende fyller för individen i en specifik situation. Våra beteenden är för det mesta ändamålsenliga och fyller således någon typ av funktion eller behov hos individen (Denison & Åsenlöf, 2012). För att förstå en individs beteende är det viktigt att förstå hur individen värderar de konsekvenser beteendet ger.

En individs tidigare erfarenheter spelar en stor roll när man använder denna modell. T ex kan en antecedent övergå till att bli ett diskriminativt stimuli vilket innebär att i närvaro av detta stimuli kommer ett visst beteende generera en förstärkning för individen (Denison & Åsenlöf, 2012). I en patientsituation kan detta exemplifieras enligt nedanstående exempel: Om en patient i mötet med fysioterapeuten upplever att fysioterapeuten är lyssnande och genuint intresserad (antecedent) av patientens berättelse kan detta leda till att patienten är mer benägen att dela med sig av sina erfarenheter och därigenom är mer delaktig (beteende) under besöket. Detta kan i sin tur leda till att patienten känner sig sedd och bekräftad i mötet med fysioterapeuten och därigenom upplever sig delaktig (konsekvens, positiv förstärkning). Att patienten blir förstärkt i detta beteende ökar också sannolikheten att patienten generaliserar detta beteende till andra liknande situationer, t ex vid besök hos andra yrkeskategorier inom vården, förutsatt att förutsättningarna är liknande, d.v.s. att patienten upplever att sjukvårdspersonalen är lyssnande och intresserad (diskriminativt stimuli) (Denison & Åsenlöf, 2012).

1.5 Problemformulering

Delaktighet är ett begrepp som lämnar utrymme för olika tolkningar och beskrivningar. I denna studie har författarna förhållit sig till begreppet delaktighet utifrån definitionen att vara aktivt medverkande (NE, 2014). Forskning som beskriver hur patienter upplever sig delaktiga och vad som leder till detta saknas. Dock finns undersökningar som visar att många patienter skulle vilja vara mer delaktiga än vad de varit. Enligt lag så ska dessutom vårdgivaren sträva efter att göra patienten delaktig och i fysioterapeuters arbetsmodeller poängteras även detta. Vid första besöket görs behandlings- och målplanering och patientens upplevda delaktighet blir av stor vikt för följsamheten i behandlingen. Den socialkognitiva teorin och operant inlärningsteori innefattar modeller för att analysera beteende och faktorer som påverkar beteende. Upplevelse av delaktighet kan utifrån dessa teorier ses som en möjlig inre konsekvens av att patienten är delaktig vid mötet med fysioterapeuten. Men även om patienten varit delaktig vid besöket behöver det inte innebära att patienten varit delaktig. Det kan också vara så att patienten inte varit delaktig vid besöket men ändå upplever att han/hon varit delaktig.

2 SYFTE

Att utifrån ett beteendemedicinskt perspektiv, med den socialkognitiva teorin som referensram, beskriva patienters upplevelse av delaktighet i mötet med fysioterapeuten vid nybesök inom primärvård.

3 METOD

3.1 Design

Studien genomfördes med kvalitativ metod med en deskriptiv design med induktiv ansats. Detta då syftet för studien var att beskriva deltagarnas upplevelse av delaktighet (Lundman & Graneheim, 2012).

3.2 Urval

Studien använde sig av bekvämlighetsurval (Russel, Lubinsky, & Domholdt, 2011) då de sex första patienterna som kvalificerade till studien och var villiga att delta rekryterades.

3.2.1 Inklusionskriterier

Personer som har varit på nybesök hos fysioterapeut den senaste veckan. Inklusionskriterierna var att de skulle vara över 18 år och svensktalande. De skulle kunna läsa svenska för att kunna ta del av den skriftliga information som finns i bilaga A och som lämnades ut i samband med rekryteringen.

3.2.2 Exklusionskriterier

Patienten skulle inte ha några kognitiva eller psykiska funktionsnedsättningar som skulle kunna försvåra intervjun. Exklusionskriterierna delgavs fysioterapeuten som hjälpte till att göra bedömningen om vilka patienter som kunde delta i studien.

3.2.3 Deltagare

Sex deltagare rekryterades till studien, fyra kvinnor och två män mellan 45 och 71 år som alla varit på nybesök i primärvården. De hade aldrig träffat just denna fysioterapeut tidigare. Fem av dessa deltagares intervjuer användes i studien.

3.3 Datainsamlingsmetoder

Datainsamlingen skedde via semistrukturerade intervjuer med följdfrågor som återfinns i bilaga B. Frågorna i intervjuguiden behandlade hur patienten upplevde sitt besök. De områden som berördes var upplevelse av samspelet med fysioterapeuten samt hur deltagarna upplevde att deras synpunkter tillvaratogs. Deltagarna fick också beskriva vad delaktighet var för dem och hur de upplevde sin delaktighet under besöket. Närvarande vid intervjuerna var de två författarna som utförde studien och deltagaren som skulle intervjuas. Den ena författaren ledde samtalet medan den andra hade en kompletterande funktion. Vem som ledde samtalet varierades mellan intervjuerna men inte under en och samma intervju. Intervjuerna bestod av sju frågor som lämnade stort utrymme för deltagaren att beskriva sitt besök. Författarna ställde följdfrågor och bad deltagaren belysa områden som berörde studiens syfte. Intervjuerna spelades in via röstmemofunktionen på mobiltelefon och fördes sedan omgående över till USB och raderades från mobiltelefonen. Materialet förvarades sedan i låsbart skåp hemma hos författarna på ett sätt så inte obehöriga hade åtkomst till innehållet. Den första intervjun användes som provintervju. Denna intervju blev för kort och gav väldigt lite information. Författarna ansåg att den dåvarande intervjuguiden behövde korrigeras. Eftersom samma intervjuguide skulle användas till samtliga intervjuer exkluderades provintervjun ur studien. Intervjuguiden korrigerades efter detta och efterföljande fem intervjuer användes i studien. Korrigeringarna som gjordes var att språket ändrades för att vara mer lättförståeligt och frågorna formulerades om för att inte vara för slutna. En inledande öppen fråga om besöket lades också till för att ge deltagarna möjlighet att förutsättningslöst beskriva sitt besök. Den andra provintervjun gav tillräcklig information och användes därför tillsammans med de fyra övriga intervjuerna. Efter den andra intervjun gjordes inga fler ändringar i intervjuguiden.

3.3.1 Bortfall

Bedömningen som gjordes innan rekrytering började var att det krävdes minst 4 intervjuer för att få tillräckligt med data för analysen. Vid ett eventuellt bortfall så skulle en nyrekrytering ske. En nyrekrytering skulle i så fall skett genom att fysioterapeuterna skulle gjort nya förfrågningar till patienter som matchar studiens inklusionskriterier.

3.4 Tillvägagångssätt

3.4.1 Rekrytering

Två fysioterapeuter inom primärvård tillfrågades om att hjälpa till med rekryteringen till studien. Båda dessa jobbade på samma primärvårdsmottagning som drevs i privat regi i en medelstor stad i Sverige. Efter att de tackat ja kontaktades den verksamhetsansvarige för dennes godkännande. Fysioterapeuterna rekryterade patienter utifrån studiens inklusions- och exklusionskriterier. Från det att fysioterapeuterna fick klartecken att börja rekrytera till det att 6 deltagare hade rekryterats tog det ca 3 månader. Samtliga patienter som uppfyllde

kriterierna tillfrågades om deltagande i studien direkt efter nybesöket och fick i samband med tillfrågandet ett informationsbrev, se bilaga A. Vikten av att tillfråga samtliga patienter som uppfyllde kriterierna betonades för fysioterapeuterna. Fysioterapeuten tog då patientens kontaktuppgifter som sen vidarebefordrades till författarna. Författarna av studien tog i sin tur kontakt med patienten via telefon för att bestämma tid och plats för intervjun.

3.4.2 Intervjuer

Intervjuerna skedde dels på vårdcentralen i ett av behandlingsrummen men också högskolans lokaler användes till två av intervjuerna. Val av plats styrdes dels av tillgången på lediga rum på vårdcentralen men författarna försökte också ta hänsyn till deltagarnas önskemål. I den mån det var möjligt användes vårdcentralens lokaler då deltagarna varit där tidigare vilket gjorde det lätt för dem att hitta dit. Intervjuerna skedde under november och december 2014. Intervjuerna genomfördes inom två veckors tid efter nybesökstillfället. Samtliga intervjuer varade mellan 20-30 minuter. Intervjuerna bokades vid enskilda tillfällen eller med ett längre mellanrum mellan för att inte deltagarna skulle behöva träffas.

3.5 Dataanalys

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys utifrån studiens syfte. Först transkriberades intervjuerna vilket skedde löpande efter intervjuerna (Lundman & Graneheim, 2012). De skrevs på dator och sparades på USB-minne och förvarades hemma hos författarna på ett sådant sätt att inte andra än författarna hade tillgång till materialet. Materialet kodas med IO1- IO5, och sid nr. Exempelvis blir sida 5 på den tredje intervjun IO3/SO5 (Russel, Lubinsky & Domholdt, 2011). Transkriberingen delades upp mellan författarna eftersom det är ett omfattande arbete som tar tid. Bearbetningen av materialet inleddes med att intervjuerna skrevs ut och efter detta så läste båda författarna noggrant igenom materialet. Efter detta valdes meningsbärande enheter ut som relaterade till studiens syfte. Författarna gjorde då markeringar i texten enskilt och jämförde sedan respektive markering med varandra. Därefter följde en kondensering som innebär att meningen kortas ner utan förlust av viktig information. Varje kondenserad mening fick sen en kod för att bli mer lätthanterlig under arbetet med kategorier. Efter detta grupperades koderna i kategorier (Lundman & Graneheim, 2012). Grupperingen av koderna gjordes genom att samtliga koder skrevs på lappar för att sen kunna delas upp i kategorier. Flera olika alternativa lösningar diskuterades innan de fyra kategorierna slutligen skapades. Två av dessa delades sen in i underkategorier då tydliga avgränsningar fanns inom dessa kategorier. Båda författarna deltog genom hela analysprocessen.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande	Kod	Underkategori	Kategori
----------------------	----------------------------	-----	---------------	----------

	enhet			
Hon sa att hon trodde inte riktigt på det men det är ju olika från person till person. Så självklart så ställer jag upp på det så. Det tycker jag va jätte bra.	Hon trodde inte på det men ställer upp ändå.	Tillmötesgående trots tveksamheter	Fysioterapeuten tog hänsyn till patientens önskemål	Fysioterapeutens förhållningssätt påverkar patientens upplevelse
Ja, jag liksom godkände allt hon sa. Det var ju inte så att jag var ifrågasättande men om det hade varit så, så hade jag ju känt att jag hade kunnat fråga varför, det tillät atmosfären, absolut	Jag godkände det hon sa, jag hade kunnat fråga varför, det tillät atmosfären	Tillåtande atmosfär, kändes tryggt att ställa frågor.	Upplevelse av kontakt med fysioterapeuten	Patientens upplevelse av sitt eget deltagande och samverkan med fysioterapeuten
att tiden fanns och kommunikationen, det tycker jag är väldigt viktig	Tid fanns för kommunikation, det är väldigt viktigt	Viktigt med tid för kommunikation.	Ingen underkategori	Tidsaspekter som påverkar patientens upplevelse
Nej det var nånting som jag efterfrågade som jag fått förut.	Nånting jag efterfrågade som jag fått förut.	Efterfrågar viss behandling utifrån tidigare erfarenheter	Ingen underkategori	Patientens förväntningar och tidigare erfarenheter

3.6 Etiska överväganden

Rekryteringen av deltagare skedde som tidigare beskrivits via de fysioterapeuter som tagit emot deltagarna. Det innebar att deltagarna var i beroendeställning till fysioterapeuterna. Detta var inte optimalt men valdes efter diskussion med studiens handledare då man ansåg att fysioterapeuternas kompetens behövdes för att bedöma om deltagarna matchade studiens inklusions- och exklusionskriterier. Deltagarna informerades innan deltagande om studiens syfte och tänkta innehåll via ett informationsbrev, se bilaga A. Informationen gavs också muntligt vid intervju tillfället för att försäkra sig om att deltagarna tagit del av informationen. Den information som delgavs är att de när som helst kan avbryta sitt deltagande utan orsak och att deltagandet sker konfidentiellt (Codex, 2012). Deltagandets konfidentialitet säkerställdes genom den kodning som skedde då materialet transkriberades (Russel, Lubinsky, & Domholdt, 2011). Materialet från intervjuerna som spelats in via telefon

överfördes till USB och förvarades på ett sådant sätt att utomstående inte kunde ta del av materialet. Ljudinspelningarna raderades sedan omgående från telefonerna. Detta för att säkerställa att endast författarna tog del av informationen. När uppsatsen är godkänd av examinator så raderas allt arbetsmaterial.

4 RESULTAT

Utifrån studiens syfte att beskriva patienters upplevelse av delaktighet vid nybesök hos fysioterapeut inom primärvård har fyra kategorier framkommit under analysarbetet. Några av kategorierna innefattade fler koder än andra varför dessa även har underkategorier. De fyra huvudkategorierna berör dels situationer där patienterna upplevt sig delaktiga i den aktuella situationen men också faktorer som påverkat deras upplevelse av delaktighet:

Tabell 2. Studiens resultat utifrån underkategorier och kategorier.

Underkategorier	Kategorier
<p>Fysioterapeuten informerar och förklarar</p> <p>Fysioterapeuten var patientfokuserad</p> <p>Fysioterapeutens förmåga att tillvarata patientens önskemål</p> <p>Fysioterapeutens förmåga till ickeverbal kommunikation</p> <p>Fysioterapeuten uppfattas förtroendeingivande</p> <p>Patientens generella upplevelse av fysioterapeutens generella bemötande.</p> <p>Fysioterapeutens förmåga att förstå och bekräfta patienten.</p>	<p>Fysioterapeutens förhållningssätt påverkar patientens upplevelse.</p>
<p>Patientens medverkande i behandlingsplaneringen</p> <p>Upplevelse av kontakten med fysioterapeuten</p>	<p>Patientens upplevelse av sitt eget deltagande och samverkan med fysioterapeuten</p>

	Tidsaspekter som påverkar patientens upplevelse
	Patientens förväntningar och tidigare erfarenheter

4.1 Fysioterapeutens förhållningsätt påverkar patienten upplevelse

Deltagarna i studien hade många upplevelser av fysioterapeutens egenskaper. Det flesta upplevelserna var positiva och handlade både om dennes yrkesrelaterade förmågor men också om hans empatiska förmåga. Både specifika och generella upplevelser beskrevs men de allra flesta mycket positiva.

4.1.1 Fysioterapeuten informerar och förklarar

Fysioterapeutens förmåga att förklara för patienten om hur problemen uppstår och varför behandlingen valts har uppfattats som enbart positiv av de deltagare som tagit upp det. Att fysioterapeuten visat hemövningar praktiskt har uppskattats och bidragit till förståelse hos deltagarna. Deltagarna har även resonerat om att fysioterapeutens förmåga att förklara och informera lett till att de känt sig delaktiga. Följande citat är exempel på detta:

”Det var sättet hon förklarade saker på, när hon pratade och hurdant kontakten mellan oss... kontakten funka bra då” (intervju 2)

Att fysioterapeuten tar tid på sig att förklara övningar och orsakssamband ingående är någonting som deltagare beskriver som en viktig aspekt av delaktighet. När hen pratar om sin upplevelse av delaktighet berättar hen följande:

”...och sen å med att man liksom tar sig tiden då att gå igenom och kanske då visa på då på nån form av docka eller på patienten vad man kan göra och så vidare istället för at kanske då bara släng till dom ett häfte med lite olika övningar som man kan göra hemma” (intervju 3)

Att förklara noggrant och visa praktiskt anses vara viktigt.

4.1.2 Fysioterapeuten var patientfokuserad

Deltagare beskriver också att det upplevs positivt att fysioterapeuten koncentrerade sig på patienten under besöket och att detta bidrog till att hen kände sig involverad. Exempel på detta är följande citat:

”Ja, jag var ju inte utesluten på nåt sätt, jag fanns ju i centrum så att säga, absolut.” (intervju 5)

4.1.3 Fysioterapeutens förmåga att tillvarata patientens önskemål

Att få komma med önskemål har beskrivits som viktigt. Att fysioterapeuten verkligen visar att hen lyssnar till det som patienten har som önskemål har betonats av deltagarna.

”Eh ja hon tyckte att det var konstigt att det skulle hjälpa mot det här problemet jag har, men hon var jätte villig att prova det” (intervju 4)

4.1.4 Fysioterapeutens förmåga till icke-verbal kommunikation

Egenskaper som tas upp av deltagarna som handlar om icke-verbal kommunikation handlar om fysioterapeutens kroppsspråk och hur de upplever detta. Även sinnesstämningen hos fysioterapeuten och att ha ögonkontakt betonas. Dessa aspekter förmedlade enligt deltagarna t ex att s fysioterapeuten var glad, hade ett lättsamt sätt, att fysioterapeuten skulle göra sitt bästa för deltagaren samt att fysioterapeuten var genuint intresserad.

”Ja, hon hade nog ett bra kroppsspråk och att man fick ögonkontakt med henne och hon gav intrycket att jag vill lyssna på dig” (intervju 5)

4.1.5 Fysioterapeuten uppfattas förtroendeingivande

När deltagarna i studien berättar om att de uppfattat fysioterapeuten som förtroendeingivande så har de beskrivit dennes professionella förmåga och fysioterapeutens kompetens. Detta kan enligt en deltagare vara något som gör att de inte vill vara delaktiga men ändå upplevs som positivt då det förmedlat en känsla av trygghet i att förlita sig till fysioterapeutens expertis. Exempel på detta är följande citat:

”Delaktighet, ja vad ska jag säga då.. Då är det nästan så att jag skulle kunna ha lagt fram nå förslag till honom, men så, så kände jag inte att jag ville utan jag lita helt på honom liksom det han sa så, så vare liksom va” (intervju 1)

Egenskapen att vara förtroendeingivande kan också vara något som bidrar till att mötet med fysioterapeuten blir positivt. En deltagare talar om förtroendeingivande som en egenskap som mer relaterar till fysioterapeutens välvilja än professionella kompetens.

Ja det kändes hur bra som helst, förtroendeingivande. Det här är en person som kommer till att göra sitt bästa för att jag ska bli så bra som möjligt” (intervju 5)

4.1.6 Patientens generella upplevelse av fysioterapeutens bemötande

Deltagarna har även tagit upp fysioterapeutens bemötande generellt och hur detta har bidragit till att de känt sig delaktiga. Bemötandet har beskrivits som positivt och som främjande för kommunikation.

”Ja hon bidrog till det att jag fick vara delaktig faktiskt. Hon hade ett väldigt bra bemötande och lyssnade” (intervju 5)

4.1.7 Fysioterapeutens förmåga att förstå och bekräfta patienten

Deltagarna beskriver i positiva ordalag att de blivit bekräftade och upplever att fysioterapeuten förstått dem. Att bli bekräftad har handlat om att fysioterapeuten satt sig in i deras situation när deltagarna berättat. Ett begrepp som används är att fysioterapeuten är lyhörd och att de känner sig lyssnade på. Att bli förstådd knyts även till begreppet delaktighet. Ett exempel är:

”Så att hon förstår mig det tycker ja är, det är nog delaktighet för mig att hon delar problemet med mig.” (intervju 2)

Att fysioterapeuten lyckas förmedla till patienten att hen förstår patienten kan också bidra till att patienten blir delaktig. Detta beskriver en deltagare så här:

”Jag ska försöka utföra det hon begär utav mig jag tycker det verkade som att hon förstod mina problem” (intervju 2)

4.2 Patientens upplevelse av sitt eget deltagande och samverkan med fysioterapeuten

Deltagarna beskriver sitt eget deltagande baserat på att de varit delaktiga i beslutsfattande. Dessutom reflekterade de över hur samspelet med fysioterapeuten fungerat utifrån olika perspektiv. Att vara med och bestämma är något som flera deltagare uttryckt som positivt medan någon deltagare hade inställningen att de inte behövde vara så delaktiga i behandlingsplanering.

4.2.1 Patientens medverkande i behandlingsplanering

Centralt för deltagarna var att de var med i diskussionen och flera deltagare beskriver det som positivt att ha fått möjlighet att påverka behandlingsplaneringen. För deltagarna handlade medbestämmande om att få ta ställning till förslag från fysioterapeuten och för någon deltagare handlade det om att hen hade en uppfattning om en behandling och fick gehör för detta. Flera deltagare var positiva till att vara delaktiga i beslutsfattande:

”Nu fick vi ju, eller jag fick ju möjlighet att själv vara aktiv i beslutet om vad vi ska göra och det ser jag som väldigt positivt faktiskt” (intervju 3)

En deltagare hade ingen önskan om att vara delaktig i behandlingsplaneringen. Detta förklarades med att hen förlitade sig på att fysioterapeuten hade bättre uppfattning om vad som var rätt.

”Då är det nästan så att jag skulle kunna ha lagt fram nå förslag till honom, men så, så kände jag inte att jag ville utan jag lita helt på honom liksom det han sa så, så vare liksom va ”.
(intervju 1)

En annan deltagare beskriver att hen hoppades på att få en uppföljning men att hen inte ville fråga om detta. Deltagaren utvecklar inte sitt resonemang mer än så men förklarar att fysioterapeuten föreslog detta och att det var en lättnad för hen.

4.2.2 Upplevelse av kontakt med fysioterapeuten

Kontakten med fysioterapeuten har genomgående beskrivits som god. Flera deltagare har konkretiserat detta genom att lyfta fram att hen känt en likhet med fysioterapeuten, eller en likhet i resonemanget som lett fram till behandlingen. Några deltagare har inte specificerat kontakten utan bara uppfattat den som bra jämfört med tidigare erfarenheter. En deltagare har också reflekterat över att både hen, och fysioterapeuten, har påverkat varandra:

”Som man är blir man bemött”. (intervju 2)

En annan aspekt som lyfts fram är att man känt att man förstätt varandra när man diskuterat. En deltagare förklarar samspel som att fysioterapeuten ska förstå hens problem och att deltagaren ska utföra det fysioterapeuten ordinerar:

”Ja det är väl samspelet mellan den som ja om jag skulle säga sjukgymnasten och så så är det väl delaktigheten mellan oss två så att säga att jag ska, att hon ska leva sig in i mina problem o att jag ska utföra dom som hon tycker att jag ska göra o”. (intervju 2)

På frågan om hur deltagarna upplevt samspelet med fysioterapeuten berättar en deltagare att det som varit bra med kontakten var att fysioterapeuten lyssnade och visade respekt för deltagarens egen erfarenhet. Flera deltagare framhåller fysioterapeutens förmåga att lyssna som viktig för den upplevda kontakten med fysioterapeuten. En deltagare framhåller också att hen upplevt fysioterapeuten som inbjudande i diskussionen och att detta gjort att hen känt sig mer involverad i situationen. Hen beskriver detta som att känslan i rummet var sådan att det kändes tryggt att ställa frågor och ha synpunkter. Dock betonar hen att hen ser fysioterapeuten som experten i sammanhanget och därför valde att inte ifrågasätta:

”Ja, hon frågade ju inte ”vad tycker du om den här instruktionen” för hon är ju proffset naturligtvis men det var en tillåtande atmosfär så jag skulle kunna ha frågat, hur kommer det sig att du tycker att jag ska göra på det här sättet, det känns inte naturligt för mig eller nånting. Då hade hon säkert förklarat det”. (intervju 5)

4.3 Tidsaspekter som påverkar patienten

Flera deltagare förde ett resonemang om hur tid på olika sätt kan påverka upplevelsen i kontakt med sjukvården. Dels gav de exempel på tidigare upplevelser där tiden uppfattats

som en bristvara, d.v.s. att besöket kändes stressigt på olika sätt. Som exempel nämndes att deltagarna ibland kände att vårdpersonalen inte lyssnat ordentligt eller att deltagarna inte hunnit berätta saker de upplevde som viktiga. En deltagare lyfte fram tidsaspekten som något väldigt positivt och resonerade också kring hur det påverkar upplevelsen av besöket genom att fysioterapeuten tar sig tid att instruera och förklara för patienten:

”Jag tyckte ju då att det kändes som det fanns, liksom tiden fanns där liksom. Normalt brukar den inte finnas där men när man ser en läkare det är liksom väldigt snabbt. Så det var ju väldigt positivt tycker jag...”. (intervju 3)

En deltagare framhöll också att det var positivt att hen inte behövt vänta så länge på att få komma till fysioterapeuten. Deltagaren kände en stor osäkerhet kring sina besvär och hur hon skulle förhålla sig till detta och uppskattade att snabbt få träffa fysioterapeut. Hen beskriver också att hen efter besöket känner sig trygg i den träning hen ska utföra.

4.4 Patientens förväntningar och tidigare erfarenheter

Deltagarna hade tidigare erfarenheter av hälso- och sjukvård. Några deltagare jämförde besöket med tidigare möten med fysioterapeut och några deltagare var mer generella i sina jämförelser genom att jämföra med läkarbesök och liknande situationer. Samtliga deltagare hade en positiv bild av det aktuella besöket och vid jämförelser framhölls positiva aspekter utifrån tidigare negativa erfarenheter:

”Jag har varit med om att, så här (visar stopp med båda händerna) när man har varit inom sjukvården, att man har fått ett agg direkt men det här har gått jättebra”. (intervju 2)

En deltagare reflekterade över hur hens egen yrkeserfarenhet påverkade upplevelsen utifrån att hen hade varit yrkesverksam i en verksamhet där bemötande var en stor del av mötet med människor.

Ett flertal deltagare hade också positiva erfarenheter av olika typer av behandlingar. Detta var något som flera deltagare påtalade under besöket. De positiva erfarenheterna var ofta grund för deltagarens önskemål och detta var något som diskuterades under besöket.

”Hon lyssnade på mig, jag vet ju själv att jag tycker att akupunktur hjälper mot mina problem” (intervju 4)

De förväntningar som framkom under intervjuerna handlade om förväntningar på resultatet av behandlingen, t ex att bli smärtfri. Det handlade också om att få en bekräftelse på att deltagaren utförde träning på rätt sätt. En deltagare uttrycker också en förväntan på att fysioterapeuten ska ha kompetens nog att kunna hjälpa deltagaren.

5 DISKUSSION

5.1 Metoddiskussion

En kvalitativ ansats lämpar sig när man vill beskriva ett fenomen vilket är syftet med denna studie. Studiens teoretiska utgångspunkt är att delaktighet är en subjektiv upplevelse. Vad som styr upplevelsen av delaktighet är individuellt och präglas av patientens erfarenheter, värderingar, preferenser och behov (Thórarinsdóttir & Kristjánsson, 2014). Därför anses en kvalitativ ansats lämpa sig bäst för att få med individualitet och variationer av de faktorer som präglar patientens upplevelse av delaktighet. En nackdel med valet av kvalitativ ansats är det är svårt att göra sina resultat överförbara. Ett alternativ skulle kunna ha varit en kvantitativ intervjustudie där deltagarna fått fylla i enkäter med färdiga svarsalternativ. Då hade man kunnat ha fler deltagare men missat deltagarnas egna subjektiva upplevelser om ett fenomen som en kvalitativ ansats möjliggör. Det kvalitativa perspektivet svarar bäst mot studiens syfte och stärker därför studiens trovärdighet.

Kvalitativ innehållsanalys är också lämpligt när man ska tolka texter, exempelvis intervjuer som transkriberats. Detta gör att denna dataanalysmetod passar detta arbete. I en kvalitativ innehållsanalys är författarna i hög utsträckning delaktiga i forskningsprocessen. (Lundman & Graneheim, 2012).

Rekryteringen av patienter skedde via de fysioterapeuter som tog emot besöken vilket kan vara en svaghet för studiens trovärdighet då man inte kan säkerställa att de inte valde nöjda patienter att rekrytera. Dessutom är det troligt att deltagare som varit nöjda med sitt besök är mera benägna att svara ja på frågan om att delta om den kommer från fysioterapeuten själv. Detta diskuterades innan rekryteringen påbörjades och att ha vårdcentralens receptionist övervägdes som ett alternativ, vilket hade möjliggjort att inte fysioterapeuterna kunde sälla bort missnöjda patienter. Anledningen att detta ändå valdes var att fysioterapeuternas kompetens och kontakt med patienterna var en nödvändighet för att kunna bedöma de potentiella deltagarna utifrån inklusionskriterierna och exklusionskriterierna. Att begära det av vårdcentralens receptionist ansågs inte rimligt. Att endast två fysioterapeuter engagerades och att de jobbade på samma vårdcentral kan vara en svaghet för studiens överförbarhet då syftet vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer och dessa hade kunnat bli större om fler fysioterapeuter engagerats. Upprepade försök gjordes att få fler vårdcentraler att delta i rekryteringen av patienter utan framgång. Att rekrytering tog lång tid påverkades av att fysioterapiststudenter genomförde verksamhetsförlagd utbildning på den aktuella vårdcentralen under fem veckor av rekryteringsperioden. Under denna period tog fysioterapiststudenterna emot majoriteten av nybesöken. Dessa patienter föll utanför studiens inklusionskriterier då de inte träffat en fysioterapeut utan en fysioterapiststudent vid sitt besök.

Tre intervjuer skedde i ett av fysioterapeuternas behandlingsrum och tre i en lokal på högskolan. Att en av fysioterapeuternas behandlingsrum användes kan vara både en fördel och nackdel för studien. Fördelar var att det var en bekant miljö som deltagarna besökt

tidigare. Detta kan ha bidragit till att de slappnat av mer. En nackdel skulle kunna varit om de upplevt sitt besök mycket negativt. Då skulle det kunna ha varit en laddad miljö att komma tillbaka till och påverkat dem negativt. Så var dock inte fallet att tolka från det som framkommit i intervjuerna. Att datainsamlingen inleddes med två provintervjuer anses vara en styrka för trovärdigheten i studien. Detta gav möjlighet att omformulera frågeguiden så den bättre motsvarade studiens syfte. Eftersom författarna tidigare inte gjort intervjuer av denna typ så ansågs det nödvändigt med att inleda med provintervjuer. Efter den första intervjun så korrigerades frågeguiden. Då intervju två ansågs motsvara studiens syfte så gjordes inga vidare korrigeringar och denna intervju användes i studien. Författarna upplevde inte att mättnad kunde uppnås på de 5 intervjuer som utfördes. Detta kan påverka överförbarheten negativt.

Att båda författarna närvarade vid intervjuerna var troligen positivt för studiens tillförlitlighet. Då intervjuerna i denna typ av sammanhang saknades hos författarna så upplevdes det av författarna som positivt att kunna komplettera varandra. Tillförlitligheten i studien präglas av datainsamlarens kompetens (Lundman & Graneheim, 2012). Den författare som inte ledde intervjun kunde då ställa kompletterande frågor i slutet av intervjun. Båda författarna upplevde att de var samspelade under intervjuerna (Trost, 2010).

En svaghet för studiens trovärdighet som kan ha färgat deltagarnas svar var informationsbrevet som delgavs dem vid rekryteringen. Där står det att det är viktigt att patienten är delaktig i sin behandling. Detta skulle kunna skapa en föreställning om att det är dåligt om de inte varit delaktiga och att detta är ett dåligt betyg för fysioterapeuten. Om de tycker bra om fysioterapeuten så skulle de kunna vara möjligt att de undanhåller sådant som de tror att författarna tycker är mindre bra. Syftet med den texten i informationsbrevet var att motivera deltagande för att visa på att det studien avser att undersöka är viktigt.

Dataanalysen inleddes med att allt material transkriberades först. Arbetet med meningsbärande enheter, kondensering och kod inleddes ca en till två månader efter den sista intervjun avslutats. Detta anses vara en styrka för dataanalysprocessen då författarna fått en viss distans från intervjutillfället. Att göra allt analysarbete i direkt anslutning till intervjuerna är inte att rekommendera enligt Trost (2010). Därför är det en fördel att båda författarna läser materialet under analysprocessen så båda författarnas tolkningar bidrar till analysen.

5.2 Etikdiskussion

Att deltagarna tillfrågades vid sitt nybesök samtidigt som de fick informationsbrevet av sin fysioterapeut kan vara en svaghet. Det är tänkbart att de känt att det varit tvungna att svara innan de läst igenom informationsbrevet. Därför tillfrågades deltagarna ytterligare då författarna tog kontakt med dem via telefon. Deltagarna fick information från fysioterapeuten om att deras kontaktuppgifter lämnades ut till författarna. Enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) fastställs i 17§ och 19§ att samtycke från deltagare måste ges och att samtycke när som helst kan återtas. Det beskrivs också att deltagaren ska få adekvat information om studien. Dessa delar har tillgodosetts i

studien via det informationsbrev som delats ut i anslutning till studien (Bilaga A). Anonymiteten hos deltagarna togs det hänsyn till i flera avseenden. Dels genom den kodning som skedde vid transkriberingen. Ytterligare exempel på hänsyn som togs till detta var då flera intervjuer hölls samma dag. Då togs hänsyn till att deltagarna inte skulle behöva träffas genom att inte boka intervjuerna i direkt anslutning till varandra. Då vårdcentralen har ett lokalt upptagningsområde så ansåg författarna att det vore positivt att deltagarna inte träffas. Detta pga. att sannolikheten att de skulle kunna ha träffats tidigare eller i framtiden inte kunde uteslutas.

5.3 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva patienters upplevelse av delaktighet vid nybesök hos fysioterapeut inom primärvård. Att delaktighet är ett komplext begrepp framkom under datainsamlingen då varje deltagare hade sina egna tankar om begreppet och vad det innebar för dem. Dessutom var det ett begrepp som deltagarna var mer eller mindre bekanta med. En svårighet med att undersöka upplevelse av delaktighet ur ett patientperspektiv är att det är en subjektiv upplevelse.

Deltagarna i studien upplevde att fysioterapeuten var central för deras upplevelse av delaktighet och nämnde bland annat fysioterapeutens förmåga att lyssna och ta hänsyn till önskemål som väldigt viktigt. Dessa upplevelser kan kopplas till operant inläring (Denison & Åsenlöf, 2012). Att patienten berättar om sin situation för fysioterapeuten kan förklaras som ett yttre beteende. Genom att fysioterapeuten lyssnar och tar hänsyn till patienten förstärks patienten att vara delaktig (beteende) då dennes erfarenheter, tankar och önskemål bekräftas. Upplevd delaktighet kan ses som en konsekvens av beteendet att vara delaktig.

En annan aspekt som deltagarna lyfter fram är fysioterapeutens förmåga att informera och förklara olika aspekter av patientens besvär. Detta kunde ske genom att fysioterapeuten beskrev vad som hände i kroppen vid de aktuella besvären, och hur detta påverkar den fysiska förmågan. Det kunde också handla om att fysioterapeuten förklarade hur olika övningar skulle utföras och hur utförandet påverkade patientens tillfrisknande. Enligt Socialstyrelsen (2012) är en viktig aspekt av att göra patienten mer delaktig att öka patientens kunskap för att patienten ska kunna fatta välgrundade beslut utifrån den aktuella situationen. Att fysioterapeuten förklarade och visade hemövningar praktiskt var också något som deltagarna upplevde som positivt. Den här typen av social inläring kallas i den socialkognitiva teorin för undervisning och syftar också till att öka möjligheten för patienten att genomföra en beteendeförändring. Dock är patientens förväntning på konsekvensen av beteendet, resultatet av beteendet, avgörande för om hen faktiskt kommer utföra beteendet (Denison & Åsenlöf, 2012).

Deltagarna i studien beskrev också att fysioterapeuten påverkade dem genom sitt sätt att vara. En del som belystes var hur fysioterapeutens förmåga till icke-verbal kommunikation påverkade deltagarnas upplevelse av delaktighet vid besöket. Detta resultat stämmer överens med det som Montague, Chen, Xu, Chewning och Barret (2013) kom fram till i sin studie, nämligen att vårdpersonalens förmåga till icke-verbal kommunikation påverkar hur

patienten uppfattar situationen och personen. Ickeverbalt kommunikation förklaras i denna studie som; gester, hållning, social beröring, ansiktsuttryck, ögonkontakt. Dessa faktorer påverkar hur patienten uppfattar klinikerns empatiska förmåga samt hur patienten tycker sig ha fått kontakt med klinikern. Dessutom finner de ett samband mellan patientens uppfattning av klinikerns empatiska förmåga och huruvida patienten tycker om klinikern. Detta resultat angränsar till det deltagarna i vår studie beskriver som viktiga egenskaper hos fysioterapeuten för att påverka deras upplevelse av delaktighet.

Ovanstående tre stycken berör faktorer som påverkat patientens upplevelse av delaktighet vid besöket. Det gemensamma i styckena är att det handlar om fysioterapeutens förhållningssätt. Utifrån den socialkognitiva teorin kan man beskriva fysioterapeuten som en omgivningsfaktor för patienten. Men den socialkognitiva teorin belyser sambandet mellan flera faktorer, nämligen individen, omgivningen och uppgiften varför vi även behöver titta på hur övriga faktorer påverkar. I den givna situationen kan även patienten beskrivas som en omgivningsfaktor för fysioterapeuten och ska därför tillskrivas betydelse då fysioterapeuten liksom patienten påverkas av sin omgivning. Det som framgår tydligt i ovanstående stycken är att patientens kognitioner spelar en stor roll i att forma en upplevelse. Patientens kognitioner kan således ses som en antecedent till beteendet att vara delaktig vilket leder till konsekvensen att de upplevt sig delaktiga (Denison & Åsenlöf, 2012).

Deltagarna reflekterade över att de haft möjlighet att vara delaktiga i beslutsfattande avseende behandlingsplanering under besöket och hade upplevt detta som väldigt positivt. En förutsättning för detta var enligt deltagarna att de kände att fysioterapeuten förstod dem och att de upplevt ett samförstånd i resonemanget under besöket. I en studie av Edwards och Elwyn (2006) görs en distinktion mellan att involvera patienten och att fatta beslut. De betonar att det föreligger störst värde i att involvera patienten men att även själva beslutsfattandet påverkar patientens upplevelse av nöjdhet, förståelse och förtroende till besluten om det utförs på rätt sätt. Detta verkar överensstämma med det deltagarna i denna studie uttrycker. Deltagarna har generellt beskrivit att de varit nöjda med besöket hos fysioterapeut men lyfter framförallt fram hur fysioterapeuten agerat för att göra dem mer delaktiga.

En del tidigare forskning har på olika sätt utvärderat effekter av delaktighet (Wetzels, Harmsen, van Weel, Grol, & Wensing, 2007) eller undersökt begreppet i andra sammanhang, t ex hur kostnadseffektivt det är att göra patienten mer delaktig (Bechel & Myers, 2000). Det bedrivs också forskning på olika interventioner som syftar till att hitta sätt att öka delaktigheten för patienten (Fifield, Forrest, Martin-Peele, Burleson, Goyzueta, Fujimoto & Gillespie 2013). Resultatet i ovan nämnda studier har fokuserat på vad delaktighet genererat för patienten vilket till viss del skiljer sig från resultatet i denna studie. Vår studie har istället presenterat ett resultat som utgår från patientens egna tankar och definitioner av delaktighet och vad som legat till grund för deras upplevelse av delaktighet.

Deltagarna i studien jämförde den för studien aktuella situationen med tidigare erfarenheter och skapade sig utifrån detta en uppfattning om hur de bedömde besöket. Flera deltagare uttryckte att de tidigare haft negativa erfarenheter av liknande situationer och detta verkade påverka hur de upplevde den aktuella situationen. T ex nämndes tid som en viktig faktor då

flera deltagare uttryckte att de hade erfarenheter från tidigare besök som upplevts stressiga. Vid det aktuella besöket uttryckte flera deltagare att det fanns tid för kommunikation. I en studie av Mercer, Cawston och Bikker (2007) har man kommit fram till att tiden är viktig för hur patienter uppfattar sitt besök. När mer tid fanns avsatt till besöket kände patienterna en större nöjdhet med besöket och detta påverkade också hur de såg på läkarens empatiska förmåga. Patienterna beskrev att de upplevde att de hann berätta det de ville samt att de inte kände att de upptog läkarens dyrbara tid. Detta stämmer överens med det deltagarna i vår studie beskriver som viktiga faktorer för att deras känsla av delaktighet. En annan aspekt som påverkade deras uppfattning om besöket var vilka förväntningar de haft innan besöket. Vanligast förekommande var förväntningar kopplade till vilken behandling de skulle få och vad resultatet skulle kunna bli. Betydelsen av patientens förväntningar har tidigare undersökts i en studie av Williams, Weinman, Dale och Newman (1995). Där kom man fram till att ju fler av patientens förväntningar som uppfylldes under besöket desto nöjdare var patienten med besöket. Detta stämmer väl överens med studiens resultat och samtliga deltagare uttryckte att de var mycket nöjda med besöket. Då deltagarna inte definierade sin nöjdhet närmare kan man tolka det som att samtliga faktorer spelade in för den samlade upplevelsen av delaktighet. Tidigare erfarenheter kan också utifrån social kognitiv teori ses som individfaktorer hos patienten. Dennes erfarenheter är något som den tar med sig vid besöket. Fysioterapeuten och vårdcentralen är omgivningsfaktorer som interagerar med patientens individfaktorer och präglar patientens beteende. Beteendet som avses är patientens delaktighet vid mötet med fysioterapeuten. Här skapas också nya individfaktorer hos patienten då erfarenheterna som denne får under besöket präglar patienten i framtida liknande situationer. Erfarenheter som patienten haft tidigare av vård kan generaliseras till deras besök hos fysioterapeuten utifrån operant inlärning. Om patienten tidigare erfarit till exempel ett paternalistiskt förhållningssätt vid tidigare läkarbesök där delaktighet inte ha uppmuntrats är det tänkbart att detta kan generaliseras till mötet med fysioterapeuten.

6 SLUTSATS

Deltagarna i studien beskriver sin delaktighet utifrån flera olika perspektiv. Framförallt har de reflekterat över hur fysioterapeutens agerande på olika sätt gjort att de upplevt sig delaktiga men de har också betonat att de upplevt samspelet med fysioterapeuten som särskilt gynnsamt för deras upplevda delaktighet. Samtliga deltagare har upplevt fysioterapeuten som central i deras upplevelse men har haft svårare att beskriva sitt eget agerande. Andra upplevelser som framkommit och upplevts viktiga för deltagarna är att det funnits tid för kommunikation och att besöket inte upplevts stressigt. Slutligen har deltagarnas egna förväntningar och erfarenheter spelat en roll i upplevelsen då dessa faktorer fungerat som en referenspunkt för deltagarnas bedömning av det aktuella besöket. Att göra sin patient delaktig är en av de stora utmaningarna som fysioterapeut och författarnas förhoppning är att skapa reflektioner kring detta hos de fysioterapeuter som läser studien.

LITTERATURFÖRTECKNING

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of Control*. Basingstoke: W.H. Freeman and Company.
- Bechel, D., & Myers, W. S. (2000). Does patient-centered care pay off? *The Joint Commission journal on quality improvement* , 26 (7), 400-409.
- Carter, R, E., Lubinsky, J., & Domholdt, E. (2011). *Rehabilitation Research, Principles and Applications (4th ed.)*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Codex (2014). *Codex – regler och riktlinjer för forskning. Informerat samtycke*. Hämtad den 20 maj 2014 från <http://codex.vr.se/forskningmanniska>
- Denison, E., & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. Lund: Studentlitteratur.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C., & Greitemann, B. (2009). Patient-doctor interaction in rehabilitation: the relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education & Counseling* , 49 (5), 328-335.
- Dierckx, K., Deveugele, M., Roosen, P., & Devisch, I. (2013). Implementation of shared decision making in physical therapy: observed level of involvement and patient preference. *Physical Therapy* , 93 (10), 1321-1330.
- Edwards, A., & Elwyn, G. (2006). Inside the black box of shared decision making: distinguishing between the process of involvement and who makes the decision. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy* , 9 (4), 307-320.
- Esmaeili, M., Cheraghi, M, A., & Salsali, M. (2014). Cardiac patients' perception of patient-centered care: a qualitative study. *Nursing in critical care*, e-publicerad den 18 december, 2014. doi: 10.1111/nicc.12148.
- Fifield, J., Forrest, D., Martin-Peele, M., Burleson, J., Goyzueta, J., Fujimoto, M., Gillespie, W. (2013). A randomized, controlled trial of implementing the patient-centered medical home model in solo and small practices. *Journal of general internal medicine* , 28 (6), 770-777.
- Fysioterapeuterna. (2014a). *Stadgar och etiska regler*. Hämtad den 28 maj 2014 från http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Om_LSR/Fysioterapeuterna-stadgar-och-etiska-regler.pdf
- Fysioterapeuterna. (2014b). *Om professionen*. Hämtad den 20 januari 2015 från <http://www.fysioterapeuterna.se/Professionsutveckling/Om-professionen/>
- Inspektionen för vård och omsorg (2014). *Kommunikation ett förbättringsområde*. Hämtad den 22 januari 2015 från <http://www.ivo.se/publiceratmaterial/rapporter/Documents/kommunikation-ett-forbattringsomrade.pdf>

- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T. J., & Harvey, I. (1999). The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *The British Journal of General Practice*, 49(446), 711–716.
- Kowalski, R., & Westen, D. (2009). *Psychology*. Hoboken: Wiley.
- Larsson, I., Liljedahl, K., & Gard, G. (2010). Physiotherapists experience of client participation in physiotherapy interventions: a phenomenographic study. *Advances in physiotherapy*, 12 (4), 217-223.
- Lin, P., Campbell, D., Chaney, E., Liu, C., Heagerty, P., Felker, B.L., Hedrick, S.C. (2005). The influence of patient preference on depression treatment in primary care. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 30 (2), 164-173.
- Loh, A., Leonhart, R., Wills, C., Simon, D., & Pärter, M. (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient education and counseling*, 65 (1), 69-78.
- Lundman, B., & Graneheim, H. U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. i M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård (187-201)*. Lund: Studentlitteratur.
- Mercer, S., Cawston, P., & Bikker, A. (2007). Quality in general practice consultations; a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Family practice*, 8, 22-9.
- Montague, E., Chen, P.-y., Xu, J., Chewning, B., & Barret, B. (2013). Nonverbal Interpersonal Interactions in Clinical Encounters and Patient Perceptions of Empathy. *Journal of Participatory Medicine*, 5. Hämtat den 17 januari 2015 från <http://www.jopm.org/evidence/research/2013/08/14/nonverbal-interpersonal-interactions-in-clinical-encounters-and-patient-perceptions-of-empathy/>
- Nationalencyklopedin (2014). *Delaktighet*. Hämtat den 20 maj 2014 från http://www.ne.se/sve/delaktighet?i_h_word=delaktighet
- Ogden, J. (2012). *Health psychology a textbook (5th ed.)*. Berkshire: McGraw-Hill.
- Olsson, L.E., Hansson, E., Ekman, & Karlsson, J. (2009). A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *Journal of advanced nursing*, 65 (8), 1625-1635.
- Shay, L., & Lafata, J. (2014). Understanding patient perceptions of shared decision making. *Patient Education & Counseling*, 96 (3), 295-301.
- Sveriges kommuner och landsting (2013). *Nationell patientenkät*. Hämtat den 30 maj 2014 från <http://npe.skl.se/Oversikt.aspx?ActiveView=1>
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (2003-4-1)*. Vällingby: Bokförlaget Bjurner och Bruno AB

Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Hämtat den 20 januari 2015 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8497/2009-126-73_200912673.pdf

Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Hämtat den 21 januari 2015 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18552/2012-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2014a). *Om vård- och omsorgstagares delaktighet*. Hämtat den 20 januari 2015 från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/om-delaktighet.pdf>

Socialstyrelsen. (2014b). *Termbank*. Hämtat den 17 januari 2015 från <http://socialstyrelsen.item.se/?fSortingFld=22&fSortingDir=0&fSwitch=0&fTerm=Primärvård&fSubject=0.0.0>

Svenska Akademiens ordbok (2014). *Delaktighet*. Hämtat den 22 januari 2015 från <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

Thórarinsdóttir, K., & Kristjánsson, K. (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: A framework analysis. *Nursing Ethics*, 21 (2), 129-147.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wetzels, R., Harmsen, M., van Weel, C., Grol, R., & Wensing, M. (2007). Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007(1)*, Article CD004273. Hämtat den 28 januari 2015 från The Cochrane Library Database.

Wiking, E., Saleh-Stattin, N., Johansson, S., & Sundqvist, J. (2009). Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm Sweden. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23 (2), 290-297.

Williams, S., Weinman, J., Dale, J., & Newman, S. (1995). Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Family practice*, 12 (2), 193-201.

BILAGA A

Informationsbrev

Förfrågan om deltagande i en intervjustudie som syftar till att beskriva patienters upplevelse av delaktighet vid nybesök hos en fysioterapeut.

Studiens syfte är att beskriva patienters upplevelse av delaktighet vid nybesök hos fysioterapeut i primärvården. Idag finns det många studier som visar att det är viktigt att patienten är delaktig i sin behandling. Vi hoppas på att kunna beskriva vad det är som gör att man känner sig eller inte känner sig delaktig i ett nybesök hos en fysioterapeut.

Förfrågan om deltagande:

Du tillfrågas eftersom du nyligen varit på nybesök hos en fysioterapeut som du inte tidigare träffat.

Studiens praktiska genomförande:

Studien kommer att innebära att vi träffas för en intervju som tar mellan 45 och 60 min cirka en vecka efter du varit på ditt nybesök. Intervjuerna spelas in genom ljudinspelning och ljudinspelningen kommer att förvaras helt oåtkomligt för andra än studiens författare. Intervjuerna omarbetas sedan till text och analyseras för att kunna användas i examensarbetet. Allt deltagande är konfidentiellt och all information kodas så inget resultat kan kopplas tillbaka till dig.

Ditt deltagande är helt och hållet frivilligt och det går bra att avbryta din medverkan när du vill utan att uppge någon speciell orsak.

Studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens högskola. Den kommer även delges de vårdcentraler och deltagare som angett att de vill ta del av den.

Ansvariga:

Per Nyström (student):

Arvid Ekström (student):

Handledare:

Petra von Heideken Wågert

Docent i fysioterapi

021- 10 31 88

pnm11002@student.mdh.se

aem12004@student.mdh.se

petra.heideken.wagert@mdh.se

BILAGA B

Intervjuguide

Två inledande frågor för att få respondenten att slappna av och reflektera över begreppet delaktighet.

1. Kan du berätta för oss om ditt besök?
 - Hur gick besöket till? Hur upplevde du samspelet med fysioterapeuten?
2. Vad innebär delaktighet för dig?

- * Upplevde du dig delaktig vid besöket, kan du ge några exempel? Vad tror du påverkade din upplevelse?
- * Upplevde du att fysioterapeuten tillvaratog dina synpunkter (erfarenheter) vid besöket? På vilket/vilka sätt?
- * Hur involverad kände du dig i besluten som fattades under besöket?
- * Kan du berätta hur du upplevde din möjlighet att påverka behandlingsplaneringen? Motsvarade det dina förväntningar?
- * Hur känner/tänker du inför din fortsatta rehabilitering? Känner du dig säker på att klara av den?

Tänkbara följdfrågor på samtliga ovanstående frågor beroende på patientens svar:

- Hur tänkte du då?
- Hur kände du då?
- Vad gjorde du då?
- Kan du berätta mer?



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se

