



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

# Kommunikation mellan patient och ortopedingenjör

En kvalitativ studie

**HUVUDOMRÅDE:** *Ortopedteknik*

**FÖRFATTARE:** *Rosanna Alanko & Tina Oskarsson*

**HANDLEDARE:** *David Rusaw*

**JÖNKÖPING 2016 17maj**

## Sammanfattning

En studie har genomförts med syftet att undersöka diabetespatienters tolkning av informationen som ges av deras respektive ortopedingenjör under ett patientmöte samt undersöka vad ortopedingenjören anser sig ha förmedlat för information till patienten under patientmötet. Metoden i studien är kvalitativ där intervjuer med semistrukturerade öppna frågor har använts. I studien ingick två ortopedingenjörer samt två diabetespatienter. Efter avslutade intervjuer har materialet från intervjuerna analyserats och bildat kategorier. Dessa kategorier har sedan använts för att finna skillnader samt likheter mellan ortopedingenjörens och patientens tolkningar. Patientmötens har spelats in för att få möjligheten att se vart missförstånd uppstått. Genomgående i resultatet var att ortopedingenjören anser sig ha förmedlat mer information än vad patienten beskriver under intervjuerna. Några missförstånd upptäcktes men kommunikationen mellan parterna var god.

**Nyckelord:** tolkning, kommunikation, patientmöte, information

## Summary

The aim of the study was to investigate diabetes patient's interpretation of the information given by their respective prosthetist during a patient meeting and examine what the prosthetist feels they have conveyed information to the patient during the patient encounter. The method used in the study is qualitative where interviews with semi-structured open-ended questions, the study included two prosthetists and two diabetic patients. After completing interviews, the results were analyzed and categorized. These categories were used to find differences and similarities between the prosthetist and the patient's interpretations. The patient meeting was recorded to give the investigator an opportunity to see where the misunderstanding arose. Throughout the results the prosthetists believe they have given more information than the patient describes in the interviews. Even though some confusions were detected the communication in general shows high agreement.

**Keywords:** interpretation, communication, patient meeting, information

# Förord

## **Tack till**

David Rusaw

Berith Hedberg

Nerrolyn Ramstrand

Samtliga ortopedingenjörer och patienter som deltagit i studien

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Problemformulering</b> .....	<b>1</b>
<b>Frågeställning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<b>Diabetes</b> .....	<b>1</b>
<b>Kognitiva processer</b> .....	<b>2</b>
<b>Kognitiva förmågan diabetes typ 2</b> .....	<b>3</b>
<b>Förståelse och kommunikation</b> .....	<b>3</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>6</b>
<b>Material &amp; deltagare</b> .....	<b>7</b>
<b>Metod</b> .....	<b>7</b>
<b>Urval</b> .....	<b>7</b>
<b>Intervjun utformas</b> .....	<b>8</b>
<b>Genomförande</b> .....	<b>8</b>
<b>Mini mental test</b> .....	<b>9</b>
<b>Analysmetod</b> .....	<b>10</b>
<b>Etiska överväganden</b> .....	<b>10</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>12</b>
<b>Respondenter</b> .....	<b>13</b>
<b>Första intervjun</b> .....	<b>13</b>
Patientintervju 1 .....	13
Intervju ortopedingenjör 1 .....	13
Patientmöte 1 .....	14
<b>Andra intervjuerna</b> .....	<b>16</b>
Patientintervju 2 .....	16
Intervju ortopedingenjör 2 .....	18
Patientmöte 2 .....	20
<b>Mini mental test</b> .....	<b>22</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>23</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>23</b>
<b>Deltagarna</b> .....	<b>26</b>
<b>Miljö och stress</b> .....	<b>27</b>

<b>Mini mental test .....</b>	<b>27</b>
<b>Förväntade resultat .....</b>	<b>28</b>
<b>Metoddiskussion .....</b>	<b>28</b>
<b>Reliabilitet &amp; Validitet .....</b>	<b>28</b>
<b>Slutsats .....</b>	<b>30</b>
<b>Referenser.....</b>	<b>31</b>
<b>Bilagor .....</b>	<b>35</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>35</b>
<b>Bilaga 2 .....</b>	<b>36</b>

# Inledning

## Problemformulering

Kommunikation är något som används dagligen, speciellt inom vården. Att budskapet från vårdpersonal till patient når fram är viktigt för att behandlingen ska kunna ge goda och förväntade resultat. Utan en fungerande kommunikation kan det leda till förödande konsekvenser i patientsäkerheten. Patientmöten på ortopedtekniska avdelningar kan innefatta specifika instruktioner kring ett hjälpmedel och kräver därför en fungerande kommunikation för att behandlingen ska gå i lås. Om kommunikationen inte fungerar kan hjälpmedlet användas på ett felaktigt sätt och därmed göra mer skada än nytt, det är något som bör undvikas. Då vi inte funnit några tidigare studier om kommunikation mellan ortopedingenjör och patienter väcks nyfikenheten på hur det fungerar på en ortopedteknisk avdelning. Nedan följer en studie där vi valt att intervjua ortopedingenjörer och deras tillhörande diabetespatienter för att undersöka hur patienten tolkar den tilldelade informationen under ett patientmöte och vad ortopedingenjörer anser sig förmedlat.

## Frågeställning

I denna rapport har vi valt att utgå från en forskningsfråga;

Hur fungerar kommunikationen mellan en ortopedingenjör och patient vid ett patientmöte?

Forskningsfrågan delades därefter in i tre frågor:

- Vad är de för information patienten tar in av de som ortopedingenjören informerar om under ett patientmöte?
- Vad tror ortopedingenjören att hen har förmedlat till sin patient under patientmötet?
- Stämmer informationen som ortopedingenjören anser sig förmedlat till patienten överens med dialogen under patientmötet?

## Bakgrund

### Diabetes

Diabetes är en kronisk sjukdom som är uppdelad i två typer. Typ 1 diabetes får många i ung ålder. Hormonet insulin, som hjälper cellerna att ta upp socker, slutar till stor del eller helt att produceras vilket medför en hög sockerhalt i blodet. Ingen vet varför kroppens immunsystem angriper cellerna som tillverkar insulinet men detta händer och kroppen måste få i sig insulin på annat håll (Diabetesförbundet, 2013a).

Åtgärder diabetikern inte detta utan fortsätter att ha för hög halt av socker i blodet i flera dagar kan kroppen drabbas av syraförgiftning och personen blir medvetslös. Ansvaret ligger hos personen själv och att ha koll på sin egen sockerhalt i blodet är viktigt för att veta när man ska injicera insulin i kroppen. Vanliga symtom som brukar framträda är att diabetikern kissar mer och ofta, blir törstig, sämre och dimmig syn, går ner i vikt. På grund av den höga

sockerhalten kan den drabbade få polyneuropati vilket innebär att nerverna skadats och känseln försämrats, speciellt i fötterna. Därför är det viktigt att kontrollera fötterna själv eller med hjälp av andra. Diabetiker får dessutom försämrad blodcirkulationen vilket resulterar i att det tar längre tid för sår att läka och att det lättare blir infekterade, sår uppkomsten måste förebyggas. Det finns ett diabetesteam som är till för att hjälpa den drabbade genom att utforma en behandling utefter livsstil och önskemål (Vårdguiden, 2015).

Typ 2 diabetes får många vid äldre ålder. Vid detta tillstånd produceras fortfarande insulin i bukspottkörteln men inte tillräckligt mycket för att täcka kroppens behov. Trött, kraftlös, kissnödig, dimmig syn och kissar är typiska symptom för typ 2 diabetiker. Till dessa patienter rekommenderas motion och en sund kost som behandling för att minska sockernivån i blodet. Överviktiga personer löper större risk för att få höga sockervärden eftersom cellerna blir mindre insulinkänsliga. Därför rekommenderas överviktiga att gå ner i vikt för att insulinproduktionen ska räcka till och fysisk träning förbättrar känsligheten för insulinet, därför ska diabetiker motionera (Diabetesförbundet, 2013b).

Personer med diabetes kan drabbas av Charcot fot. Detta innebär att benen i foten blir mjuka eller eventuellt bryts. Charcot fot kan leda till att foten deformerar (Fritz, 2010). Generellt är ortopedingenjörens uppgift att skapa hjälpmedel för bland annat att förebygga såruppkomst eller stötta läkningsprocessen.

## Kognitiva processer

För studien var det viktigt att skapa en förståelse kring vad kognitiva processer är och hur det kan påverka patienters beteenden och förståelse. Genom att kontrollera den kognitiva förmågan hos samtliga deltagare kunde man försäkra sig om att det var informationstolkningen som undersöktes och att resultatet inte påverkades av en nedsatt kognitiv förmåga.

Patienten måste tänka, lära och känna för att bearbeta och eventuellt kunna föra vidare informationen som tilldelas. Den kognitiva förmågan innebär att bland annat exekutiva funktioner, minne, perception, stresstålighet fungerar hos patienten. De exekutiva funktionerna innebär förmågan att vara uppmärksam vilket är fördelaktigt för patienter då mycket information och instruktioner delas ut under patientmöten. En annan är förmågan att kunna flytta fokus ifall exempelvis ortopedingenjören tar fram hjälpmedlet och visar hur det fungerar (Hjälpmedelsinstitutet, 2013).

Minne i form av långtidsminne samt korttidsminne spelar väsentlig roll för bearbetning av instruktioner. När informationen bearbetas i korttidsminnet aktiveras arbetsminnet. En sammankoppling mellan arbetsminnet och exekutiva funktionerna kan göras eftersom de krävs en hög koncentration för att lagra det till långtidsminnet (Hjälpmedelsinstitutet, 2013).

En person som inte är stresstålig har svårt att stänga av fler intryck samtidigt (Hjälpmedelsinstitutet, 2013). I vår studie lär det upptäckas ifall deltagarna har problem med stress då frågor ställs, om ingen fråga besvaras kan stress vara en bidragande faktor. Vad vi lär oss från tidigare studier är att de kan vara stressigt att jobba inom sjukvården (Chandler et



al., 2015). Utifrån patientens perspektiv tror vi att alla intryck av de nya hjälpmedlet, förväntningarna på besöket samt övriga tankar som väcks kan bidra till en distraktion i upptagningsförmågan hos en patient. Om patienten känner sig stressad, på grund utav den korta tiden som ett patientbesök innefattar, kan minnet påverkas (Hjort, 2014).

## Kognitiva förmågan diabetes typ 2

Ett omtalat ämne är om den kognitiva förmågan är negativt påverkad hos personer med diabetes typ 2, detta stöds av en tidigare studie (Ojo & Brooke, 2015). I en studie av Logroscino, Kang och Grodstein (2004) bads före detta arbetande sjuksköterskor som uppnått en ålder över 70 och inte drabbats av stroke att delta. Deltagarna blev 16 596 stycken kvinnor varav 7,3 procent uppgav att de hade diabetes typ 2. De med diabetes typ 2 hade insulin-, medicin- eller kostbehandling. Tester som ordflödestest, baklängesuppgifter och episodminnestest utfördes via telefonintervjuer med två års mellanrum. Vid resultatet visade det sig att de med diabetes hade sämre kognitiv förmåga, speciellt vid uppmärksamhet och episodminne, jämfört med resterande deltagare och att denna kognitiva nedsatthet var 30 % större för personer med diabetes. De diabetiker som behandlades med medicin fick liknande resultat medan de med insulin och kostbehandling visade större risk för negativt påverkad kognitiv förmåga. Ytterligare ett resultat var att kognitionen blev sämre ju längre personen haft sin diabetes, de fann att risken blev 50 % större om personen haft diabetes i 15 år. Författarna poängterar att resultatet för kvinnor troligtvis blir densamma för män (Logroscino, Kang, & Grodstein, 2004).

## Förståelse och kommunikation

För att främja effektiviteten av egenvård är det viktigt att patienten förstår informationen som ges av sjukvårdspersonalen och därmed kan utföra instruktioner på rätt sätt. Egenvård betyder att patienten, i frågan, anses kunna sköta sin vård på egen hand eller med hjälp utav någon annan (Fritzson, 2013). Coleman et al. (2013) undersökte förståelsen hos äldre, utskrivna patienter genom att en sjuksköterska gjorde återbesök i patientens bostad för att se att allt gick rätt till. Det resulterade i ett behov att införskaffa tillförlitliga protokoll som ska fyllas i vid en utskrivning från sjukhuset för att säkerhetsställa att patienten verkligen förstod informationen de fått. Sjukvårdspersonalen skulle dessutom erbjuda patientanpassade metoder för att möta respektive patient på dess nivå för att undvika frågetecken. Genom att göra dessa förbättringar skulle kvalitén och säkerheten inom vården öka (Coleman et al., 2013). Artikeln handlar till stor del om att ta reda på om patienterna förstår den information, vilket är relevant för denna studie. När en ortopedingenjör ger instruktioner om ett hjälpmedel handlar det ofta om ett stort eget ansvar för patienten då hjälpmedlet ska används enligt instruktioner efter besöket för att inte skada patienten.

Enligt Engel et al. (2012) har patienter generellt svårigheter att förstå instruktioner för egenvård och vad de finns för anledningar för att få ytterligare vård. I studien av Lin et al. (2015) upplevde patienter att de förstått informationen medan de i verkligheten kanske inte alls gjorde det, därför är det extra viktigt att kontrollera att patienter förstår annars bör ytterligare instruktioner delas ut (Engel et al., 2012; Lin, Tirosh, & Landry, 2015). Att studera patienters förståelse är relevant för denna studie då den kommer att ha ett liknande syfte.

Genom att använda en bildbeskrivning av medicintekniska produkter, som är otydliga att beskriva, kan förståelsen öka. Under denna studie jämfördes bl.a. 7 bilder på hur en inhalator till astma skulle användas med en skriftlig beskrivning. Deltagarna som slumpmässigt valdes fick återberätta vad de lärt sig samt utföra instruktionerna under en filmsekvens (Kools, van de Wiel, Ruiter, & Kok, 2006). Studien jämförde dock med endast skriftlig och inte muntliga instruktioner som en ortopedingenjör gör.

Holt, Hollon, Hughes, & Coyle (1990) har studerat skriftlig information som ges till patienter. Vid exempelvis läkemedels information är det ofta svårt för äldre att ta till sig informationen då text-storleken ofta är minimal (Holt, Hollon, Hughes, & Coyle, 1990). En studie menar att man kan främja förståelsen då tydliga bilder kombineras till texten eller den muntliga kommunikationen (Katz, Kripalani, & Weiss, 2006). Att kombinera bilder med muntlig kommunikation kan man säga att ortopedingenjören gör till viss del, då hen förmodligen visar patienten hur hjälpmedlet ska användas.

Kommunikation anser vi är ett viktigt begrepp då det utgör en stor del av vården. Resultat från Watermeyer & Penn (2009) studie visar att olika strategier kan användas för att undersöka om patienten uppfattat instruktionerna en apotekare delat ut. Ett tillvägagångssätt för att kontrollera förståelsen var att ställa specifika frågor och ett annat var att apotekaren konkret visade hur instruktionerna utförs för att sedan låta patienten upprepa. Med hjälp utav strategierna kan eventuella missförstånd upptäckas i tid eller då något behöver förtydligas (Watermeyer & Penn, 2009).

En del forskare menar att förståelsen hos patienter kan öka om det finns ett bestämt upplägg på information som delas ut till patienter. Detta har studerats genom att dela ut enkäter till läkare respektive patienter och undersöka vad de anser är relevant att ta upp inför en operation för att sedan under möten komma överens om ett passande upplägg att utgå ifrån inför varje operation (Blazeby et al., 2015). En kombination av skriftlig och muntlig kommunikation har visat sig öka informationens kvalitet och därför kan broschyrer av något slag vara bra att ge patienter (Felley et al., 2008).

Det handlar inte bara om att patienten ska förstå utan det måste finnas en vilja för att uppnå en god kommunikation, motsvarande gäller ortopedingenjörens perspektiv. I en studie poängterade fysioterapeuter att relationen till patienten är viktig men att de har ansvaret att känna av patientens reaktioner och därefter anpassa sitt beteende vid patientmöten. Ger fysioterapeuter ut information men märker att patienten medvetet inte tar in det resulterar det i att onödigt energi läggs på patienten som lika gärna kunde tilldelats en annan (Josephson, Bülow, & Hedberg, 2011). Likaså handlar det om att vårdpersonalen är engagerade i patienten. Patienter har uppgett att läkare kommit oförberedd till möten och upplevt

svårigheter med att förstå läkarens information medan läkare ansett sig ha anpassat kommunikationen till sina patienter. Studien resulterar i att patientcentrerat arbete främjar tillfredställelsen hos patienter. Informationen under ett möte blir alltså effektivare om både läkare och patient har en gemensam förståelse av patientmöte (Fossum, 2003). Fokus ska riktas på patienten för att vårdpersonal dessutom ska kunna skapa förståelse och inse hur delaktig patienten kan vara vid möten (Hedberg, Cederborg, & Johanson, 2007).

Det är viktigt att patienten får ett professionellt bemötande för att kommunikationen ska fungera. Patienten måste känna att dess vårdpersonal är kvalificerad för sitt yrke för att våga anförtro sig (Quilliam, 2011). Tillförlitlighet tycker vi är relevant för ämnet, förlitar sig inte patienten på ortopedingenjören kanske de vänder sig till någon annan med sina frågor eller håller dem inom sig, vilket kan medföra att behandlingen inte blir genomförd som planerat. Hjälpmedlet kan användas på fel sätt, förstöras och istället skada kroppen vilket kan ge negativa konsekvenser i ett ekonomiskt perspektiv, behandlingsperspektiv och därmed framtidsperspektiv för patienten. Därför anser vi det extra viktigt att rätt information tillämpas och tas in av patienten för att öka säkerheten för patienten och ortopedingenjören som ansvarar för hjälpmedlet som levereras.

Undersökningar mellan ortopedingenjörer och patienter är få angående kommunikation, men vi anser att det är jämförbart med vårdpersonal då det handlar om att arbeta med patienter. Det finns studier som berör kommunikation mellan läkare, sjuksköterskor och patienter. Till exempel menar resultatet från Siouta, Broström & Hedbergs (2013) studie att patienter talar mer i en konversation med en sjuksköterska jämfört med en läkare (Siouta, Broström, & Hedberg, 2013). Andra upptäckter visar att samspelen mellan en läkare och dess patient är kortvariga och att läkaren dominerar i samtalen (Gordon, Street, Kelly, Soucek, & Wray, 2005). Trots kommunikationsbristen kan vara så att patienten litar och känner sig trygg med läkarens beslut men det finns studier som visar att om patienter blir uppmärksammade av vårdpersonalen kan de känna sig mer involverade i beslutet som tas angående behandlingen. Att få känna delaktighet gör att patienten bygger upp ett förtroende och litar på sin vårdpersonal (Siouta et al., 2015).

## **Syfte**

Syftet är att undersöka diabetespatienters tolkning av informationen som ges av ortopedingenjören samt undersöka vad ortopedingenjören anser sig ha förmedlat för information till patienten under ett patientmöte för att skapa en förståelse om kommunikationen stämmer överens.

## Material & deltagare

Vid intervjuer och patientmöte användes en Iphone 5 samt en Ipad från Apple, för att kunna spela in samtalen. Under intervjun användes en intervjuguide som kan ses i bilaga 2. Efter avslutad datainsamling användes datorer på Hälsohögskolan i Jönköping vid transkribering samt analys.

Patienternas inklusionskriterier i denna studie var att de skulle ha diabetes typ 1 eller 2, de ska ha ett möte inplanerat med en ortopedingenjör, de ska tala och förstå svenska samt vara minst 18 år. Exklusionskriterierna för patienterna var talsvårigheter och ett diagnostiserat problem med minnet.

Ortopedingenjörernas inklusionskriterier var att de skulle vara legitimerade ortopedingenjörer, de ska behandla någon av de diabetespatienter som ingår i studien samt att de ska tala och förstå svenska.

## Metod

### Urval

Inledningen i studien innehåller en problemformulering som är inspirerad av Friberg (2012). Han menar att "En problemformulering är en sammanhängande motiverande text, där det framgår vad problemet är, varför det är ett problem samt vilken kunskap som avses att skapas" (Friberg, 2012). Det är alltså en förklaring för läsaren som då lättare kan förstå sammanhanget av studien innan den läses.

Intervjuerna har utförts på två diabetespatienter och deras respektive ortopedingenjör. Anledningen till valet av två olika ortopedingenjörer grundas i att få ett mer trovärdiga resultat utifrån ortopedingenjörens perspektiv. Om endast en ortopedingenjör studerats kunde personligheten eller metoden som används lättare kunnat generaliseras av läsarna vilket inte är meningen, det är informationen från fler än en ortopedingenjör till dess patient som är intressant för studiens syfte. Patienterna rekryterades av deras tillhörande ortopedingenjör, de hade träffat patienterna tidigare och kände till att inklusions- och exklusionskriterier uppfylldes.

Intervjuerna genomfördes på en ortopedteknisk avdelning, i västra Sverige. Avsikten var att finna en plats som kunde skapa en känsla av trygghet och ge ett mer avslappnat läge inför varje intervju (Bryman, 2011). Antingen utförs intervjuer på en arbetsplats/någons hem vilket är en miljö som anses och känns "naturlig" för deltagarna eller i en miljö som känns mindre bra, exempelvis en okänd plats som varken respondenterna eller intervjuerna är bekanta med. (Jacobsen, 2007). Intervjuerna utfördes i ett stängt patientrum med färggranna gardiner, bord och stolar, utan störande inslag för att få patienten att fokusera på intervjufrågorna. För ortopedingenjören var denna miljö förmodligen acceptabel och avslappnande då de tillhör deras arbetsplats, utifrån patienternas perspektiv var det en liknande plats de besökt tidigare vilket förhoppningsvis inte påverkat dem negativt.

## Intervjun utformas

Intervjuerna genomfördes i form av en semistruktur med öppna frågor. Det vill säga att det lämnas ett större utrymme för de som intervjuas att svara öppet och mer fritt på frågorna (Bryman, 2011). Antalet patienter behöver inte vara särskilt många då det är viktigt att få en överblick över det insamlade materialet (Jacobsen, 2012).

För att få struktur och ställa lämpliga frågor togs frågeställningar i inledningen, även kallat forskningsfrågor, och formulerades om till intervjufrågor som blev mer passande att använda vid en intervju. Genom en omformulering kan man nå svaret på forskningsfrågan ur olika synvinklar. De blev kortare, befriade från akademisk jargong och enklare att begripa, vilket de bör vara. Anledningen var att forskningsfrågor brukar vara mer abstrakta och inte speciellt användbara vid intervjusammanhang. För att få omfattande och beskrivande svar ska meningar byggas upp med "hur", "vad" och "varför" i början. Att ställa sonderande frågor är användbart då respondenten ombes att förtydliga något eller utveckla något som sagts utan att intervjuaren förtäljer vilka dimensioner som uppmärksammas (Kvale & Brinkmann, 2009). Detta gjordes för att få möjligheten till mer öppna svar, vilket var målet. Frågorna till intervjuerna syns i bilaga 2. Under intervjun var ett mål att undvika en inbjudan till att svara ja eller nej på en fråga, istället få till ett längre samtal där chansen ges att höra svaren utifrån deltagarnas perspektiv. De är så kallade öppna intervjufrågor, vilket betyder att de inte finns några fasta svarsalternativ (Bryman, 2011).

## Genomförande

Innan intervjuerna och ljudupptagningen gav samtliga deltagare sitt godkännande till att delta genom att skriva under samtyckeskontraktet, se bilaga 1. Efter godkännande från både ortopedingenjörer och patienter kunde första patientmötet äga rum. Under patientmötena var endast ortopedingenjören och dess patient närvarande i rummet tillsammans med ljudupptagningen, detta för att minimera risken för att fokus tas från mötet och syftet med detta, och därmed störa konversationen mellan parterna. Patientmötet spelades in för att i efterhand kunna se tillbaka på vad som blev sagt under mötet, om missförstånd eller funderingar från forskarna efter intervjuerna dykt upp.

Efter patientmötet togs patienten till en enskild plats och därefter ortopedingenjören. Trots att intervjun med patienten genomförs först ska detta inte ha någon påverkan på intervjun med ortopedingenjören. Främsta anledningen till att intervjuerna skulle genomföras direkt efter besöket var för att respondenterna hade det färskt i minnet samt att patienterna inte skulle få möjlighet att söka mer information om sitt hjälpmedel innan intervjun. För att respondenterna inte skulle känna sig stressade utan bibehålla lugnet och trivseln började konversationen vardagligt samt avslutades på ett naturligt sätt då det anses som viktigt vid en intervju (Patel & Davidson, 2011).

Under intervjun deltog de båda forskarna men endast en var ansvarig för att ställa frågor medan den andre antecknade. Den som antecknade svarade för att vara observant och flika in om något upplevdes otydligt och avslutade intervjun med en summering. Summeringen

gjordes för att kontrollera och säkerhetsställa att respondenten och intervjuaren inte missförstått varandra under intervjun vid någon fråga. Intervjuerna gjordes på ett så likartat sätt som möjligt, där intervjufrågorna som utformats i bilaga 2 var utgångspunkten. Det är dock naturligt för intervjuer att sidospår och följdfrågor påträffas och att de kan skilja sig mycket beroende på varje enskild individ som intervjuas (Kvale & Brinkmann, 2009).

Ljudupptagningen användes under samtliga intervjuer för att kunna citera respondenter ordagrant och för att inte tillåta att värdefull information skulle gå förlorad. Bra intervjuer kräver dessutom att den som intervjuar har ögonkontakt (Jacobsen, 2007). Därmed antecknade endast en av forskarna medan den andre fokuserade på att ställa frågor, nicka och hålla ögonkontakt, på så vis uppmuntras intervjupersonen att fortsätta sin beskrivning (Kvale & Brinkmann, 2009).

För att undvika att skapa kategorier som tillhör analysen av transkriptionerna så var målet att få respondenterna att prata så länge som möjligt vid första frågan. Resterande frågor ställdes endast om hen inte hållit sig till ämnet eller kom av sig. Fokuseringen i studien låg alltså på deltagarens uppfattning och erfarenheter och det är viktigt att personen som intervjuar har förkunskap och är intresserat kring de utvalda ämnet, det är genom sådana möten som kunskap gror (Kvale & Brinkmann, 2009).

## Mini mental test

Efter avslutad intervju gjordes ett Mini Mental State examination (MMSE), detta gjordes för att säkerhetsställa deltagarnas kognitiva förmåga. Goda resultat på testet kunde försäkra att det var informationstolkningen som undersöktes och att detta inte berodde på en nedsatt kognitiv förmåga. Samtliga deltagare gjorde testet efter avslutad intervju. Valet att genomföra MMSE efter avslutad intervjun var för att inte förvirra deltagarna före intervjun.

Testet som genomfördes handlade framförallt om deltagarnas minne. Testet gav en grov uppskattning av den kognitiva förmågan. Vid testet ombeds deltagaren att svara på olika frågor, med olika svårighetsgrad, upprepa ord som testledaren ber om samt rita enkla figurer. Maxpoängen är 30 poäng, och ges efter deltagarens förmåga att svara. Vid utförandet av testet följs en manual som är framtagen, frågor och uppgifter ska alltså följa en viss ordning som framgår i manualen som användes vid testet.

Det är dock viktigt att nämna att detta test endast ger en vägledning av den kognitiva förmågan. Ett sämre resultat behöver inte medföra att det finns en kognitiv störning. Testet är alltså inte ett diagnosinstrument utan ett test som kan användas för att undersöka den kognitiva förmågan.

Enligt socialstyrelsens nationella riktlinjer bör detta test ingå i en basal demensutredning, då detta anses ge en bra vägledning. MMSE kan även användas för att kunna följa en patients utveckling under en tid (Svenskt Demenscentrum, 2016).

## **Analysmetod**

Det användes semistrukturerade intervjuer med open-ended frågor. För att samla in data användes Burnard (1991) innehållsanalys för att få fram relevanta och trovärdiga resultat. Analysmetoden valdes för att metoden är tydlig i hur den ska användas och passande till studiens syfte. De 14 stegen som han beskriver i utförandet var lätta att förstå och dessutom fanns det instruktioner på hur mer trovärdiga resultat kunde nås. Steg 11 som innebar att respondenterna skulle få kontrollera de framtagna kategorierna valdes bort då det skulle tagit för lång tid att kontakta deltagarna och gå igenom kategorierna. Istället utfördes en summering i slutet av forskaren som fört anteckningar under intervjun för att säkerhetsställa att inga missförstånd uppstått mellan forskarna och respondenterna.

Anteckningar skrevs under tiden intervjuerna ägde rum. Alla intervjuer med patienter och ortopedingenjörer transkriberades noggrant och en marginal skapades för att underlätta anteckningarna, varje transkription lästes först igenom för att skapa en fördjupning i innehållet. Därefter lästes de återigen och en så kallad öppen kodning infördes där meningarna kondenserades, därefter skrevs alla tänkbara kategorier upp som belyste innehållet. För att öka validiteten gjordes det oberoende av varandra för att sedan jämföras och para ihop de kategorier som var liknande. För att öka validiteten ytterligare fick en utomstående person diskutera de framtagna kategorierna. Transkriptionerna lästes återigen för att säkerhetsställa att kategorierna täckte alla aspekter i intervjuerna. Samtliga transkriptionerna färgkodades och klipptes ut med anledningen att de som hörde till en kategori skulle bli skild från andra. De färgade sektionerna klistrades på ett papper till en passande kategori. Viktigt att tänka på var att allt i intervjuerna fanns med i sammanhanget och berörde studiens syfte (Burnard, 1991).

Under analysen jämförs intervjun med ortopedingenjör 1 med patient 1, samt deras patientmöte. Samt jämförs intervjun med ortopedingenjör 2 med patient 2 och deras patientmöte. I studien har de båda mötena skilts från varandra och inte jämförts, då detta inte var syftet.

## **Etiska överväganden**

Ett utav inklusionskriterierna är att deltagarna ska vara över 18 år, detta för att deltagarna ska vara myndiga vilket gör att de själva kan avgöra sitt deltagande i studien.

Innan påbörjad intervju kommer samtliga deltagare få skriva på ett samtyckeskontrakt, bilaga 1. Kontraktet innehåller information om projektet och dess syfte. Det står även beskrivet att allt deltagande är anonymt och att ingen information om dem lämnas ut till allmänheten. Att delta i studien är helt frivilligt och man kan när som helst välja att avbryta sin medverkan utan att uppge själ. I kontraktet står det också att deltagarna godkänner att samtalet spelas in men att det inte kommer att sparas efter avslutat projekt. All information som samlas in kommer endast att användas till studien.



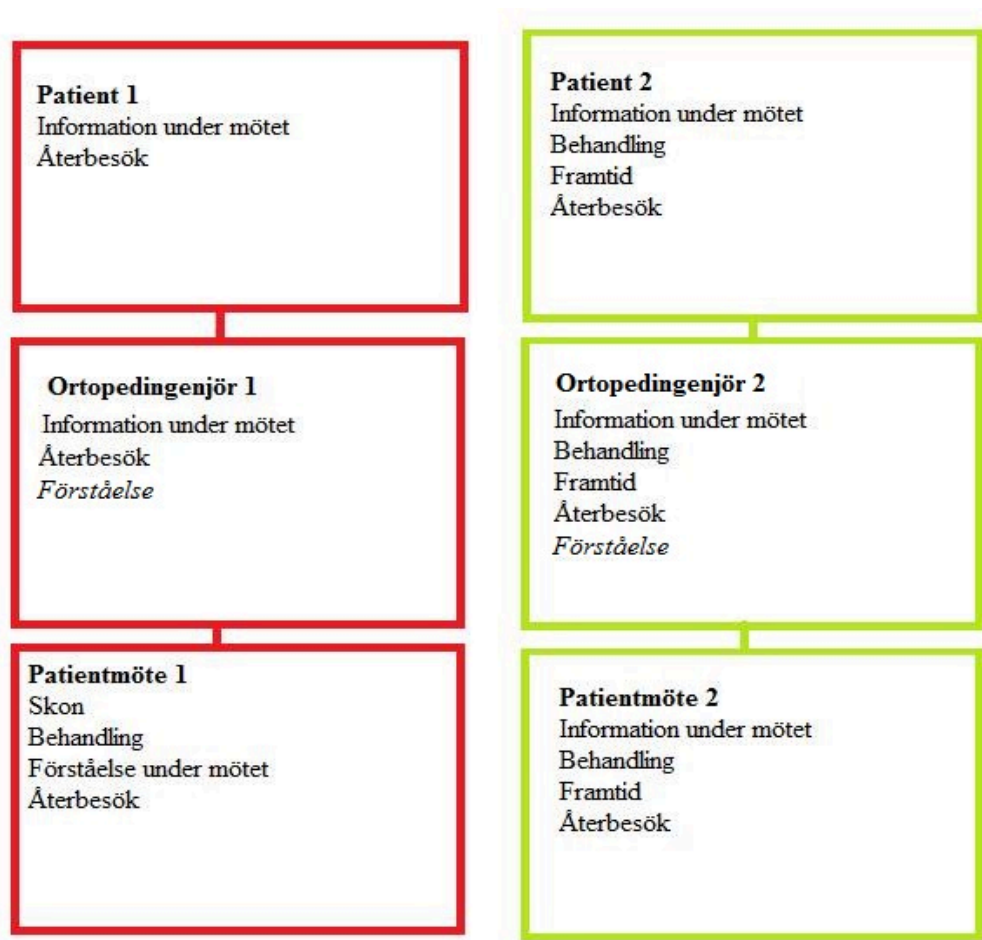
En kvalitativ studie innebär att de som intervjuar får en nära kontakt med personen som blir intervjuad. Det är därför viktigt att de som leder intervjun visar respekt för deltagarna och inte frågar om saker som inte berör studien eller något som deltagaren inte vill svara på. Efter avslutad studie kommer samtliga deltagare få möjlighet att ta del av resultatet om så önskas.

I samtyckeskontraktet hänsyn tagits till Vetenskapsrådet fyra forskningsetiska principer. De fyra principerna handlar om informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav. (Vetenskapsrådet, 2002)

- Informationskravet handlar om att deltagarna ska få korrekt information om projektet samt vara väl införstådda i vad projektets syfte är och vad deras roll är i studien. Deras deltagande är helt frivilligt och de har rätt att avbryta när som helst.
- Samtyckeskravet innebär att deltagarna godkänner att medverka i studien.
- Konfidentialitetskravet säger att inga personuppgifter om deltagarna får delas med utomstående.
- Nyttjandekravet betyder att den insamlade data för forskningsändamål endast kommer att användas i vetenskapligt syfte. (Vetenskapsrådet, 2002)

## Resultat

Den första delen av resultatet visar det som framkommit under intervjun med patienten, samma kategorier har sedan funnits efter intervjun med ortopedingenjören. Därefter visas resultat som framkommit efter en analys av det inspelade materialet från patientmötet. Figur 1 nedan illustrerar hur resultatet är upplagt och vilka kategorier som ingår. I resultatet finns beteckningen //... som betyder att citatet är taget mitt i en mening. Beteckningen [...] betyder att en del av en mening eller flera meningar inte skrivits med i citatet, det har ansetts irrelevant för studiens syfte. I samtliga citat har han respektive hon bytts ut mot hen för att anonymisera deltagarna. De båda patienterna hade träffat respektive ortopedingenjör tidigare. Under föregående möte har ett informationsblad delats ut till patienterna, bladet innehåller viktig information som ortopedingenjören vill dela ut i både muntlig och skriftlig form. Patient 2 fick ytterligare informationsblad som berörde hens behandling under detta möte.



Figur 1 Resultatets uppbyggnad.

## Respondenter

De ortopedingenjörerna som deltog kom från samma avdelning och kände varandra väl. En av patienterna var ung och hade diabetes typ 1 medan den andre var äldre och hade diabetes typ 2. De båda patienterna har haft diabetes i ungefär 10 år. För att förhindra att deltagarna ska identifieras betecknas respondenterna med O1,O2,P1 och P2.

## Första intervjun

I denna första del kommer resultatet från mötet med patient 1 och ortopedingenjör 1 att redovisas. Kategorierna som bildades vid analysen av materialet från patientintervju 1 samt ortopedingenjör 1 var; information under mötet samt återbesök. Vid intervjun med ortopedingenjören bildades ytterligare en kategori; förståelse.

## Patientintervju 1

### **Information under mötet**

Under intervjun berättade patienten om den information som ortopedingenjören givit under mötet. Subkategorier som bildades under denna kategori var; information om inläggen, skon samt anpassningen av inläggen.

Information som tagits upp handlar om hur patienten ska använda sina inlägg som ortopedingenjören tillverkat, att dessa måste anpassas till de skor som patienten har. Patienten ger en förklaring till hur skorna bör användas av brukaren, både inomhus och utomhus.

Ortopedingenjören har enligt patienten beskrivit väl hur skon, som inlägget ska placeras i, ska vara utformade. Patienten har även vid tidigare patientbesök blivit tilldelad ett informationsblad för att förtydliga instruktionerna om vilka egenskaper skon ska ha. "Hen tyckte dom var bra för att de hade lös sula i och bra bredd, stabil och så..."

### **Återbesök**

Vid mötet har det talats om återbesök och hur detta kommer att gå till. Dels om när patienten bör återkomma och varför hen i så fall ska återkomma. "///... att det kan kännas lite ovant och om det inte fungerar alls så är jag välkommen tillbaka"

Om något skulle kännas ovant eller obekvämt så är det viktigt att detta åtgärdas. Patienten ska då besöka den ortopedtekniska avdelningen under den jourtid som finns för att kunna göra justeringar på inläggen.

## Intervju ortopedingenjör 1

### **Information under mötet**

Ortopedingenjören berättar för forskarna under intervjun om den information hen gett till patienten under mötet. Vid en uppdelning av kategorin bildas subkategorier; vad patienten bör tänka på vid användningen samt skons egenskaper.

Enligt ortopedingenjören är det viktigt att patienten tar det lugnt med användningen av inläggen i början, att hen alternerar med andra skor för att vänja fötterna vid de nya inläggen. Det är viktigt att patienten känner sig för så att inte inläggen bidrar till mer smärta.

För att patienten ska kunna använda det tillverkade inlägget så krävs det att patienten har en sko med vissa egenskaper. Den ska till exempel vara vridstyv, ha en löstagbar sula och vara stabil vid hälen. Detta är viktigt för att behandlingen med inlägget ska fungera enligt ortopedingenjören. ”För att få bra effekt av fotbädden eller inläggssulan som de behöver en sko som är både vridstyv och stabil i hälkappor, inte för mjuk sko, helt enkelt.”

### **Återbesök**

Ortopedingenjören förklarar för patienten att hen kan komma och justera inlägget vid behov. Om inlägget inte känns som det ska utan det uppstår smärta eller av annan anledning inte passar kan patienten komma tillbaka för att få problemen åtgärdade.

”//... information om att komma tillbaka till, för en uppföljning som kallas justering där man då tar upp problemet och han återger ifall något inte är bra och så.”

### **Förståelse**

Vid intervjun berättar ortopedingenjören om hur hen gör för att patienten ska förstå den information som ges samt hur hen kontrollerar patientens förståelse vilket bildar två subkategorier. ”Metoden kan man säga är en upprepning... alltså första besöket då de kommer matar jag på in med information”

Ortopedingenjören berättar att hen försöker att mata in så mycket information som möjligt till patienten, dels genom att ge informationen muntligt men även genom att dela ut en färdigskriven broschyr/informationsblad. Då kan patienten i lugn och ro gå igenom informationen som delats ut li efterhand förklarar ortopedingenjören.

Vid utprovningen av inlägget säger ortopedingenjören att det automatiskt blir en del spontana frågor från patienten om hjälpmedlet. Beroende på vilken typ av frågor kan ortopedingenjören sedan förklara mer ingående om det är något som varit otydligt och samtidigt läsa av om patienten förstått informationen eller inte, berättar ortopedingenjören.

### **Patientmöte 1**

En inspelning gjordes under mötet mellan ortopedingenjören och patienten, där deltog inte forskarna själva. Efter avslutat möte har denna inspelning analyserats och viktiga fakta som tagits upp under mötet har bildat kategorier. De citat som redovisas nedan är tagna från patientmötet, för att förtydliga vem som sagt vad så har patientens kommentarer betecknats med P1 och ortopedingenjörens med O1. Kategorierna som bildades vid analysen var; skon, behandling, förståelse under mötet samt återbesök.

## **Skon**

Vid mötet mellan ortopedingenjören och patienten förklarar ortopedingenjören vilka egenskaper skon bör ha som ska användas till inlägget, vilket bildar en subkategori, den andra subkategorin är handlar om att hen förklarar varför dessa egenskaper är viktiga.

Ortopedingenjören berättar att det är viktigt med en sko som är stabil och har hög sidorigiditet samt att det är nödvändigt att skon har en löstagbar sula. Den löstagbara sulan gör det möjligt att byta ut inlägget mot det specialtillverkade som patienten ska få under mötet.

O1: ”Tack vare den här skon som har löstagbar sula från början så blir det ju för den ska inte ta mer material men det är ju avlastningen som tar lite mera”

För att inlägget och därmed behandlingen ska fungera optimalt är det viktigt att skon är stabil så att foten hålls på rätt plats förklarar ortopedingenjören.

## **Behandling**

Den behandling som ortopedingenjören ska ge patienten är i form av ett par inlägg, under mötet kommer inläggen att anpassas till de skor patienten har. Subkategorier till denna kategori är; inläggets passform, hur många inlägg patienten får och om inneskor är nödvändigt.

Ortopedingenjören konstaterar att det inte finns någon större problematik med patientens fötter, det är därför inte nödvändigt med inneskor. Dock menar ortopedingenjören att det rent allmänt kan vara bra då de skyddar fötterna om man skulle råka trampa på något.

O1: ”//... då är det ju också en viktig detalj att man har tofflan rent allmänt, som ren allmän information för att skydda fötterna man eh, har inte lika stor risk att man trampar på något på golvet som ligger där och som kan skada”

Patienten ska använda de nya inläggen en tid för att se så att de passar och känns bekväma. Dels så ska patienten vara nöjd med materialet men även med passformen. Patienten får med sig sina gipsavgjutningar som gjorts efter hans fötter, om det inte uppstår några problem så kan patienten komma in och göra ytterligare ett par inlägg och då använda de gipsavgjutningar som redan finns. Om det däremot skulle visa sig att inläggen inte är bekväma så måste det göras justeringar på gipsmodellerna innan nya inlägg tillverkas.

O1: ”//... nu börjar du med ett par först, och testar materialet om det känns bra, okej och så där va och sen kan du ju lätt komma in och komplettera.”

## **Återbesök**

Patienten får förklarat för sig varför hen bör komma tillbaka och i så fall när hen bör återkomma, två subkategorier har bildats.

O1: ”//... någonting ändå mot förmodan så du känner att nu har jag vant mig och det är någonting som ändå inte känns riktigt sådär så ska du ju komma tillbaka vilket jag hoppas du fick med dig förra gången dom där jourtiderna som vi har mellan 8-12.”

Till en början kan inläggen kännas lite ovana vid användning, detta förklarar ortopedingenjören för patienten men vill också förtydliga att om något inte känns bra efter ett

tag ska detta åtgärdas. Skulle inlägget vara obekvämt efter ett tags användande så är det viktigt att inlägget justeras så att det får en optimal passform. Om det är aktuellt med justeringar så ska patienten återkomma under jourtid till den ortopedtekniska avdelningen.

### **Förståelsen under mötet**

Under mötet uppstår det frågor från båda håll. Under denna kategori har det bildats tre subkategorier; ortopedingenjören är intresserad av att veta mer om patientens vanor medan patienten har frågor om hjälpmedlet, vid utprovningen av inlägget så ger patienten respons på hur det känns.

För att ortopedingenjören ska kunna göra ett så bra hjälpmedel som möjligt så är hen noga med att ta reda på mer om patienten. Exempel på det är arbetssituationen, patientens vanor, om inneskor används för att skydda fötterna hemma, fritidsintressen och hur miljön ser ut i hemmet. Patienten ställer frågor till ortopedingenjören om det som hen undrar angående hjälpmedlet. Under utprovningen av inlägget så kommenterar patienten hur det känns och frågar om hur det ska kännas och inte kännas. P1: ”//... det känns lite ovanligt i hålfoten”

## **Andra intervjuerna**

Ytterligare två intervjuer genomfördes med en annan patient samt dess tillhörande ortopedingenjör. Nedan följer de kategorier som bildades vid analysen från intervjuerna samt resultatet från dessa. Vid analysen av materialet som samlades in under patientintervju 2 så bildades kategorierna; information under mötet, behandling, framtid samt återbesök. Ytterligare en kategori bildades vid analys av intervjun med ortopedingenjör 2; förståelse.

## **Patientintervju 2**

### **Information under mötet**

Vid intervjun med patient 2 bildades subkategorierna varför patienten var där och vad som planerat att göra under mötet.

”//...nu är vi i fasen där vi ska prova ut och se till så att de här funkar.”

”Gjorde hen nu höger och vänster fot gipsavtryck för det blir ju mer precist”

Patienten berättar att anledningen till besöket var för att få ett par nya skor och få dem att passa. Hen får information av ortopedingenjören om att de ska göra nya gipsavgjutningar på fötterna för att få dem mer precis, men patienten gör ingen tydlig beskrivning om vad precis innebär.

### **Behandling**

De subkategorier som utmärker sig vid fokus på behandlingen är information från informationsbladet som ortopedingenjören gett ut, hur skon ska användas, utformningen till inläggen och patientens nuvarande tillstånd.

”för jag ska använda den här sandalen då inomhus en timme per dag första veckan och två timmar då nästa vecka och så vidare och öka på.”

”... vilken nivå man ligger på i skada eller Charcotfot... ja, ligger på en fyra just nu och vad det innebär”

Hur fötterna ska behandlas uppger patienten att hen har fått information om angående fotvård men yttrar inte någon detaljrik fakta på vad som konkret kan göras utan hänvisar bara till informationsbladet som hen fått tidigare och även vid patientmötet. Information om hur skon ska användas tycker patienten har framgått med tydliga instruktioner och poängterar detta flera gånger under intervjun. Dock verkar patienten osäker på är om de avgjutningen som gjordes förra gången på sjukhuset, så kallat avtryck i lådan, är formen till de inlägg som placerats i skon hen fått under patientmötet. Det är alltså oklart för patienten vad utformningen till inläggen som sitter i skon kommer från. Patienten har fått ytterligare information om att hen ligger på en nivå fyra men säger inte speciellt mycket mer om vad det innebär, bara att ortopedingenjören har sagt att fler besök kommer behövas på grund utav detta. Behandlingen beror alltså på vilken fas en befinner sig i, menar patienten.

### **Framtid**

Under intervjun framgår det av patienten att de talat mycket i framtida perspektiv och de subkategorier som bildades är skomodeller i framtida bruk, framtida behandling och vad patienten ska göra efter mötet med sina nuvarande skor.

”Har bara fått en sandal på vänstra än så länge. För den högra eh foten den gör lite ont när man trampar ner den, så vi avvaktar ett ytterligare ett besök på [...] där dom ska röntga skelettet och se hur det är, hur om de är något speciellt i foten”

”//... för nu kan man ju gå hem och slänga alla skorna... för dom passar ju inte längre när man ska i inlägg i skorna och så va...//”

När frågan ställts på vad som mer diskuterat under mötet kommer patienten in på att de tillsammans har tittat på bilder på olika skomodeller som kan bli aktuella i framtiden, exempelvis uteskor. Skon ska vara lite högre upp mot smalbenet för att uppnå stabilitet i hälen och att det ska vara kardborreband, menar patienten men de framgår inte om informationen kommer från ortopedingenjören under mötet. Patienten har fått information om att det är något speciellt med höger fot och beskriver att de gör ont. Foten ska röntgas och ortopedingenjören har sagt att en sko på höger fot ska tilldelas patienten någon gång i framtiden. Enligt patienten kan de skor som hen för tillfället äger kastas då de inte kommer passa på fötter med tanke på att inlägget måste placeras i skon.

### **Återbesök**

När de kommer till kategorin återbesök belyser patienten de inplanerade återbesöket och den livslånga kontakten som utgör subkategorierna.

”//... om jag har förstått det rätt kan jag komma hit så länge jag lever höll jag på att säga och få nya skor va när jag behöver...”

I intervjun säger patienten att ortopedingenjören informerat om att de har kontakt hela livet med varandra och att patienten kan vända sig till avdelningen när som helst. Nya skor kommer delas ut vid behov och att patienten redan fått ett inbokat återbesök. En viss osäkerhet utspelar sig vid ett av uttalandena då patienten tror sig uppfattat informationen korrekt från ortopedingenjören.

## Intervju ortopedingenjör 2

### **Information under patientmötet**

Ortopedingenjören belyser tydligt vad för information som patienten har fått och utifrån denna kategori bildades flera subkategorier om vad som hände under mötet, vad patienten skulle få hjälp med samt information i samband med den nya skon.

Det första ortopedingenjören lägger fram är att hen tydligt informerat patienten om varför hen undersöker de hen gör. I detta fall är det till exempel vänster fot som ska få ett inlägg i en ny sko och inte höger fot. Ortopedingenjören har informerat sin patient om att nya avgjutningar ska tas under patientmötet då det blir en mer precis form under hålfoten för att få bort smärtan i höger fot.” //...Ehm, hen har ett specifikt problem under MTP ett på sesambenen, och för att kunna hjälpa hen extra mycket, alltså, få bort den smärta som ligger där så valde jag att göra en specifik individuell avgjutning idag också, så att jag kan forma mer precis under hålfoten och hä ehm, på lateral sidan också så får bort trycket under sesambenet.

Enligt ortopedingenjören pratar de tillsammans om vad läkaren sagt vid de senaste läkarbesöket. Under intervjun menar ortopedingenjören att hen har varnat patienten att den nya skons undersida kan vara hal i början då den är ny men att den med tiden kommer bli mer fast mot marken efter en tids användning. ”Men ehm, i det här fallet där hen provade en sandal som var väldigt plastig under så visade jag att den här ganska plastig under så att gå inte på vatten och den kommer att rugga upp sig när man har tagit och gått ett tag.”

### **Behandling**

Behandling finns det ett stort fokus på vid ortopedingenjörens intervju. Det beror på patientens fots utseende, hur skon ska användas, utformningen av inlägget samt patientens tillstånd, dessa bildade subkategorier.

Under intervjun säger ortopedingenjören att hen gett information till patienten om att det fortfarande finns Charcot förändringar i höger fot och att den ligger på en fyra. För övrigt finns det inga konstigheter med fötterna men att behandlingen kommer anpassas till tillståndet patienten befinner sig i. ”//... den här foten kommer inte gå in i ett par vanliga trånga skor. Annars fanns det ingenting annat, liksom full rörlighet och bra hudstatus, men misstänkt Charcot förändring. Så just nu så är hen ju då i fyran//”

Ortopedingenjören har även skrivit ut ett utfasningsschema där de står hur behandlingen med Charcot foten ska gå till och där patienten får fylla i kryss när en uppgift utförts. För att utföra uppgifterna behöver den friskare foten en sko med ett inlägg i som utformats vid tidigare skede och det berättar ortopedingenjören om, hen benämner skon som en käng-sandal. ”Så att



jag sa till hen, jag hoppas jag kan hitta en sandal idag, till vänster foten, vi tar inlägget som vi provade ut i december så länge så att du kommer igång men jag vill ta ny avgjutning nu.” Ortopedingenjören påpekar att hen har hänvisat till informationsbladet som patienten har fått och pratar om fotvård och vad deras ortopedtekniska avdelning kan erbjuda för tjänster. Hen nämner att egenvård är något viktigt som bör nämnas, men att det då är patientens ansvar att sköta det.

### **Framtid**

Vid ortopedingenjörens intervju belyses framtidsperspektivet och subkategorierna till; skomodeller inför framtida bruk, träning och vad patienten ska göra med nuvarande skor.

Information ges tydligt om att en utomhussko kommer bli lägligt i framtiden för vänsterfoten och sen till högerfoten när den har läkt. När de kommer till träning menar ortopedingenjören att hen informerat patienten att gå till en fysioterapeut för att kunna få tillbaka styrkan och bevara den.

De talar och ser, enligt ortopedingenjören, på skor som kan bli aktuella i framtiden men att patienten gärna till nästa möte får ta med sina andra skor för att försöka se om de går att anpassa till fötterna.”//...vi tittade det sistasista också på skomodeller som jag kan special beställa från Portugal men att vi då vet att det är längre tid är och nästa gång så tar hen med sig några av sina favoritskor så pratar vi och tittar på det också för finns det någonting av det hen har, som vi kan anpassa.”

### **Återbesök**

Till kategorin återbesök formas subkategorierna då ortopedingenjören belyser det inplanerade återbesöket som patienten har och den livslånga kontakten.

Enligt ortopedingenjören förmedlas det till patienten att det finns möjlighet att kontakta ortopedingenjören när som helst via telefon, att patientmötena kommer ske med få mellanrum på grund av att detta är ett specialfall. Att de kommer ha kontakt hela livet med varandra blir patienten även informerad om, berättar ortopedingenjören. "För de är lite special fördelen med dom personer som har då mera komplicerade saker det är ju att vi träffar dom oftare"

### **Förståelse**

Ortopedingenjörens intervju leder till ytterligare en kategori jämfört med patientens då de talas om vilken metod hen förhåller sig till för att kommunikationen ska fungera. Subkategorierna blir; frågor och tillförlitlighet

”//... jag ställer alltid frågan, vad tycker du om att göra eller man kan fråga. Eh, hur motionerar du eller på vilket sätt är du aktiv eller man får ju ställa frågan som den passar då. Och då får man ju reda på om det är människor som, som vill börja springa igen, ska kunna gå, gå ut med hundarna, eller som kanske inte rör sig så mycket och det är ju så kopplat till skor.”

Ortopedingenjören poängterar i citatet ovan att det är viktigt att ställa frågor för att kunna skaffa sig en förståelse vad patienten är i behov av och vilka önskemål som finns. Därefter berättar hen att det är viktigt att belysa varför man gör saker och att patienten ska få

möjligheten att ställa frågor för att skapa sig sin egna uppfattning. Hen menar att det även handlar om att skanna av patienten är för att skapa sig en uppfattning om tidigare kunskaper, vad patienten är nyfiken på och hur mottaglig patienten är för att förstå informationen. "Hen ställer själv frågorna och det tycker jag är de bästa. Det får bli så mycket luft i rummet så de kommer där ifrån. sen ställer jag alltid frågan om hen har några frågor eller funderingar och lämnar de öppet i slutet"

Det är viktigt enligt ortopedingenjören att skapa en trygg stämning och bygga upp en tillförlitlighet gentemot varandra, speciellt i början när man träffar en patient. Utvecklas det känner ortopedingenjören att hen kan lita på att patienten hör av sig om oklarheter uppstår och inte håller de inom sig. Det handlar alltså om hur kemin mellan dem.

## Patientmöte 2

En inspelning gjordes under patientmötet mellan ortopedingenjör 2 och patient 2. Resultatet från inspelningen har analyserats och kategorier har bildats utifrån uttalanden som framkommer under mötet. För att förtydliga om det är ortopedingenjörens eller patientens citat som följer nedan så har patientens citat betecknats med P2 och ortopedingenjörens med O2. Kategorierna som bildades under analysen var; information under mötet, behandling, framtid samt återbesök.

### **Information under mötet**

Under patientmötet finns de mycket som hör till kategorin information under mötet men det finns fler subkategorier under som vänder sig till undersökningens utförande, patientens nuvarande tillstånd, information från informationsblad samt patientens mål.

Ortopedingenjören börjar undersöka fötterna och patienten börjar förklara hur det känns och att tårna är olika stora. Ett känseltest utförs och frågor ställs angående patientens diabetes. Patienten blir informerad utifrån ett informationsblad om att hen ligger på en nivå fyra vid Charcot förändringar och förklarar vad det innebär. Frågor ställs om hur mycket patienten rör på sig samt om det finns några mål efter att Charcot förändringarna läkt. Ortopedingenjören förklarar att de ska använda inläggen som togs i december och placera i skon som förhoppningsvis finns på lager på kliniken och som kan tilldelas patienten under patientmötet. Hen vill ändå ta en avgjutning på patientens fötter under patientmötet för att få ett mer precis form av foten. O2: "//... jag vill ändå ta en avgjutning men kan få lite mer precis form av foten med att ta en avgjutning så det ska vi."

Ortopedingenjören förklarar att det helt enkelt inte finns några vanliga skor som har den bygghöjden framme vid tån som behövs därför ska patienten få ett par skor hos dem under patientmötet. O2: "Ja jag ska prata lite mer om den, du kommer behöva speciella skor här ifrån, varför då? Jo framför allt för att du har hög bygghöjd framme vid tårna det finns inga skor där ute som har det. Och vi erbjuder dig alltid inlägg till de skor du får här ifrån, det blir som ett paket"

Det inleds en diskussion kring informationsbladet som patienten får en kopia av och ortopedingenjören säger att de alltid erbjuder inlägg till de skor som patienten får därifrån. Under intervjun har patienten en hel del funderingar och frågetecken kring de ortopedingenjören informerat om som till exempel hur länge skon skulle användas samt vilken fas han låg i gällande Charcot förändringarna. Patient ställer även frågan om vad skillnaden är på inlägg och skor vilket resulterar i en tydlig beskrivning av ortopedingenjören.

## **Behandling**

Ortopedingenjören förklarar under patientmötet om hur olika delar av behandlingen kommer att se ut. Fotvård är en del av behandlingen och bildar en subkategori, de andra subkategorierna beskriver skon och inläggets betydelse för behandlingen samt den sista subkategorin handlar om hur patienten ska vänja foten vid belastning.

I dagsläget menar ortopedingenjören att det inte är nödvändigt för patienten att gå till en avdelning för att få fotvård, detta för att patienten fortfarande har god känsel i fötterna och lätt kan ta sig ner till fötterna och på så vis kan patienten själv hålla koll på sina fötter.

Ortopedingenjören undersöker patientens fot och förklarar de fynd hen finner. Patientens höga tåparti påverkar skovalet. Det är viktigt att skon har tillräcklig bygghöjd vid tårna för att skapa plats, att skon har en löstagbar sula är nödvändigt för att ge plats åt det inlägg som tillverkats. Ortopedingenjören ber även patienten att ta med sina favoritskor vid nästa möte för att avgöra om något par går att anpassa så de kan användas trots patientens höga bygghöjd vid tårna.

Patienten har under mötet fått ett hjälpmedel till vänster fot, ortopedingenjören förklarar att det är viktigt att vänja foten för belastning långsamt, för att underlätta för patienten finns ett utfasningsschema som patienten ska följa. O2: "//...första veckan en timme med skon du får ett schema du kan fylla i med ett kryss där också [...] och så liksom kolla att det här gick ju bra och vecka två, två timmar, vecka tre, tre timmar osv." Ortopedingenjören poängterar hur viktigt det är att inte gå för fort fram då senor, muskler och skelett måste hinna vänja sig för att undvika ytterligare skador.

## **Framtid**

Ortopedingenjören vill gärna prata om framtiden med patienten. Detta görs under patientmötet och ortopedingenjören försöker förklara för patienten vad för typ av hjälpmedel det kommer handla om i framtiden och att hen tycker det är viktigt med att patienten kommer igång med träningen, dessa två delar bildar två subkategorier.

Tillsammans så kollar ortopedingenjören och patienten på olika typer av skor som kan bli aktuella för användning i framtiden. Ortopedingenjören förklarar vad som är speciellt med dessa skor och när det kan bli aktuellt att använda dessa. Ortopedingenjören anser att det är viktigt att patienten kommer igång med träningen så fort som möjligt. Det är viktigt att fötterna vänjs vid belastning långsamt men desto fortare träningen kan starta desto fortare kommer patienten vara på benen. Ortopedingenjören poängterar dock att detta ska ske i samråd med en fysioterapeut. O2: "//...det är ju oerhört viktigt att du kan få en träning även om vi just nu är så att du inte får röra så mycket på fötterna och sen också en långsam tillvänjning"

## **Återbesök**

Frågan om återbesök tas upp under patientmötet. Det handlar om när ett återbesök bör göras och vart man i så fall hör av sig, dessa bildar två subkategorier.

Ortopedingenjören förklarar för patienten att det är hans uppgift att ringa om de skulle uppstå problem eller om patienten har frågor. Denna kontakt gäller hela livet, och det krävs inga remisser för att patienten ska få komma tillbaka. Under behandlingen som pågår så kommer det att bokas upp återbesök tills dess att ortopedingenjör i samråd med läkare anser att det inte är nödvändigt längre. Därefter är det patientens ansvar att ta kontakt med den ortopedtekniska avdelningen vid behov. O2: "//...du får ta telefon och ringa till oss och nu som du vet så bokar vi ju upp tills vi är klara med allt."

## **Mini mental test**

Resultaten från mini mental testen som genomfördes med samtliga deltagare efter avslutad intervju visade på goda resultat från alla deltagarna. Det fanns inga avvikelser under testen, alltså inget som tyder på nedsatt kognitiv förmåga hos någon av deltagarna.

## Diskussion

Vid analysen och bearbetningen av resultatet har det enligt författarna mest relevanta likheter och skillnader från intervjuerna valts att belysas. Diskussioner om vad som kan ha påverkat resultatet, noggrannheten i studien samt vad som kunde utförts annorlunda beskrivs sedan i metoddiskussionen. Värt att nämna är att detta är forskarnas tolkning av resultatet, analysen har gjorts utifrån våra tankar och hur vi tolkat deltagarnas svar.

### Resultatdiskussion

Många aspekter som nämns av ortopedingenjörerna under intervjuerna är liknande de patienterna nämner, vilket tyder på att kommunikationen överensstämmer och att dialogen under ett patientmöte verkar vara förstådd i denna studie. Dock är det genomgående att ortopedingenjörerna anser sig gett ut mer information än vad patienterna tar upp under intervjuerna med oss, några få missuppfattningar har även uppstått under mötena vilket belyses och diskuteras.

#### Patient 1 och ortopedingenjör 1

Vid analysen visade det sig att patienten och ortopedingenjören hade tolkat informationen lika på många sätt. Patienten nämner flera områden som ortopedingenjören säger sig ha uppgett under mötet vilket visar att patienten tolkat och förstått informationen som ortopedingenjören delat ut. Ett exempel på att ortopedingenjören och patienten förstått varandra är att ortopedingenjören hade varit tydlig med vilken typ av sko som skulle användas till inläggen vilket patienten beskrev under intervjun, instruktionerna hade patienten dessutom fått i en broschyr sedan tidigare. Det framgår inte om patienterna läst igenom broschyren men om vi antar att innehållet lästs kan det vara en bidragande faktor till att informationen förstods så exakt.

Vi tror att broschyren eller informationsbladet är ett bra komplement till den muntliga information som delats ut, patienten kan då lugnt gå tillbaka och läsa informationen efter att ha lämnat kliniken. Felley et al. (2008) studie menar dessutom att muntlig kommunikation i kombination med skriftlig information ger större förståelse, fördelen är att patienten kan läsa informationsbladet ifall något glömts bort eller tror sig missuppfattat något som inte framkom i våra intervjuer eller i patientmötet.

Att ha ett bestämt upplägg för hur informationen ska delas ut ger bättre förståelse hos patienter (Blazeby et al., 2015). Den meningen kan kopplas samman med studien då skriftlig information lämnades ut av ortopedingenjören vid tidigare patientmöte och det tror vi har en positiv inverkan då förberedelser med eventuella frågor lättare kan göras av patienten ifall något under patientmötet känns otydligt eller inte tas upp. Detta förutsatt att patienten då läst igenom informationsbladet innan återbesöket.

Ortopedingenjören och patienten var överens om hur patienten skulle gå till väga om det skulle uppstå problem eller något inte fungerade. Information om att patienten ska uppsöka

den ortopedtekniska avdelningen under jourtid är något de båda nämner under intervjuerna vilket visar att patienten har förstått. Vilken typ av sko samt vart patienten ska vända sig vid behov är alltså något båda parterna verkar vara överens om är viktig information, eftersom båda nämner det utan att vi ställt frågor som berör just de områdena.

Ett missförstånd som vi upplever har uppstått är användandet av skorna och dess inlägg som levererades under patientbesöket. Enligt ortopedingenjören ska patienten till en början använda inläggen lite lugnt och vänja fötterna vid den nya formen, alltså alternera med andra skor. Detta är något patienten inte tycks ha förstått då hen säger till oss att det är fritt fram att använda de nya inläggen nu. En bidragande faktor till missförståndet kan vara att ortopedingenjören gett information om användandet vid tidigare möte och under intervju relaterat till tidigare patientbesök med patienten, men det är bara spekulationer eftersom det inte är något vi har kännedom om. Vad vi däremot vet är att ortopedingenjören under dialogen berättar att patienten ska gå hem, känna efter hur de känns med inläggen i skorna och återkomma om något känns fel. Genom att spela in patientmötet kunde alltså kontrollera ifall det som deltagarna berättade stämde överens med konversationens innehåll under patientmötet.

Lin et al. (2015) har studerat förståelse utifrån patienters perspektiv då patienten tror att de förstått men vid senare kontroll visat sig inte stämma. Lika så kan det utifrån ortopedingenjörens perspektiv vara intressant att veta om det som de anser sig ha förmedlat stämmer överens med vad som i själva verket informerats om under patientmötet. Ortopedingenjören kan ha glömt att informera patienten om användningen och hur tillvänjningen bör gå till, vilket kan leda till en brist i behandlingen. I detta fall hade inte patienten någon större problematik med fötterna eller nedsatt känsel, så för denna patient var det kanske inte lika allvarligt som det skulle kunna varit för någon som saknat känsel. Eftersom sår och skav kan uppstå under invänjningen så är risken större att detta inte upptäcks hos en patient med nedsatt känsel.

Ytterligare en bidragande faktor till användandet av inläggen till en början kan vara att patienten fått information under ett tidigare möte men glömt bort den eller inte tagit till sig informationen, vilket inte är med i vårt insamlade material men som är värt att diskutera. Vi tror att patienter ibland kan vara ivriga och lite tankspridda då de ska få ett nytt hjälpmedel, man klarar inte av att ta till sig allt. Patienten vill snabbt komma igång och använda hjälpmedlet och i detta fall fanns smärta i en av fötterna vilket var anledningen till förskrivningen av inlägg. Om patienten då tror att inläggen ska ta bort smärtan kan det vara så att hen vill använda dem direkt och inte förstår att fötterna måste vänja sig vid förändringen av inläggen. Är inläggen inte optimalt anpassade kan det ge ökat tryck och leda till sår vilket kan ta längre tid att läka om man är diabetiker (Vårdguiden, 2015).

## **Patient 2 och ortopedingenjör 2**

Även under detta patientmöte visar det sig att patienten och ortopedingenjören har förstått varandra väl under mötet. Under analysen är de båda på många områden överens om vilken information som tagits upp.

Ett missförstånd som vi fann mellan dem berörde skor och användandet av dessa. Enligt patientens kommentar under intervjun så skulle hen gå hem och slänga alla sina skor medan ortopedingenjören uppger till oss att patienten skulle ta med sina favoritskor vid nästa möte för att se om de kunde anpassas. När vi lyssnar på det inspelade patientmötet visar det sig att ortopedingenjören har bett patienten att ta med sina skor vid nästa möte. Vi vet inte hur patienten tänker angående detta, en möjlig anledning kan vara att patienten redan vet att ingen av skomodeller kommer gå att anpassas med inlägget eller så har patienten inte förstått att skorna ska tas med vid nästa patientmöte. Stämmer vårt andra förslag kan det leda till problematiska konsekvenser för patienten som kanske slänger sina skor på riktigt och måste stå för kostnaden för nya skor. Om första anledningen skulle stämma skulle det betyda att patienten är väl införstådd men vad som ska tas med till återbesökstiden.

En tidigare studie har föreslagit att införa ett formulär gällande förståelse innan hemfärd från en klinik vilket skulle kunna användas för att försäkra sig om att patienter förstår och förmedla vidare informationen från en ortopedingenjör (Coleman et al., 2013). Ett formulär är troligtvis inte hela lösningen men skulle i vissa fall kunna hjälpa till för att kontrollera förståelsen. Dock tror vi att den bästa lösningen är att prata med patienten och ställa frågor för att undersöka om patienten förstår de instruktioner som delats ut. Att ställa specifika frågor som Watermeyer & Penn (2009) förespråkar tror vi är en lämplig strategi även mellan ortopedingenjörer och patienter.

Något vi reagerar på är att ortopedingenjören tar för givet att patienten vet vad hjälpmedlet inlägg betyder. Patienten frågar själv detta under patientmötet för att få klarhet i vad skillnaden mellan ett inlägg och en sko är. Vi tror att det är viktigt att ortopedingenjören förklarar sådant redan vid början av mötet, vad hjälpmedlet har för funktion och varför det ska användas för att patienten ska bli mer tillfredställd och för att det leder till en mer patientcentrerad kommunikation (Fossum, 2003).

Något vi anser är viktigt att belysa är användandet av käng-sandalen. Ortopedingenjören var tydlig med att hjälpmedlet som patienten fått var plastig på undersidan och inte skulle användas på vatten då det kunde bli halt, men det är något som patienten inte nämner. Frågan är då om patienten inte tagit till sig informationen eller om hen ansåg det irrelevant att ta upp och därför inte nämnde det under intervjun. Då inga ledande frågor fick ställas eller följdfrågor, om inte patienten kom in på ämnet, vet vi inte om patienten förstått informationen. Vi anser detta som viktig information då konsekvenserna kan leda till att patienten skadar sig.

Patientmötet var väldigt långt och ortopedingenjören använde sig av en längre tystnad efter sin information för att få patienten att själva våga ställa frågor vilket kan diskuteras. Enligt Watermeyer & Penn(2009) är en bra strategi att vårdpersonalen ställer frågor för att kontrollera att patienten förstått. På ett sätt är det positivt att patienten får fråga då hen får svar på sina funderingar kring sin behandling men nackdelen enligt oss är att relevant information kan utebli om patienten inte ställer just den specifika frågan, möjligheten finns att ortopedingenjören ändå skulle nämnt ämnet om patienten inte hade frågat.

Ortopedingenjören nämner själv att det är viktigt att skanna av patienten, för att veta hur hen på bästa sätt kan bemöta personen. En patient som i detta fall ställer frågor tror vi har en vilja att förstå informationen. Josephson, Bülow och Hedberg (2011) poängterar att det är lättare att uppnå en god kommunikation med en patient som är nyfiken och intresserad av sin behandling. Vi tror att det är lika viktigt att ortopedingenjören visar intresse för patienten för att hen ska känna sig delaktig. Enligt Siouta et al. (2015) är delaktighet och förtroende något som hör ihop och i denna studie visade ortopedingenjörerna tydligt engagemang för sina patienter vilket verkade uppskattas från patienternas perspektiv .

## Deltagarna

Till studien valde vi att intervjua fyra personer då det ansågs vara tillräckligt många för att kunna genomföra studien och få fram ett trovärdigt resultat som kunde analyseras på ett bra sätt.

Ortopedingenjörerna i studien arbetade på samma avdelning och hade ett utarbetat system som de använde sig av. De har nära kontakt och arbetar på liknande vis, genom att dels ge ut informationsblad och utgå från ett formulär vid undersökningen. Hade studien innehållit ortopedingenjörer från olika kliniker hade resultatet eventuellt sett annorlunda ut, med tanke på de olika arbetssätt som ortopedingenjörer kan ha.

De båda patienterna som ingick i studien var samkönade och haft diabetes i ungefär 10år. Det som är väsentligt att nämna som skillnader mellan de båda patienterna var att patient 1 är yngre med diabetes typ 1 medan patient 2 var äldre med diabetes typ 2. Enligt Logroscino et al., (2004) så visade en studie att personer med diabetes typ 2 löpte större risk för att få en nedsatt kognitiv förmåga. Detta är något som inte kunde uppmärksammas i vår studie. De båda deltagarna i studien visade på goda resultat vid utförande av Mini Mental State examination (MMSE) (Svenskt Demenscentrum, 2016). Dessutom var ett av exklusionskriterierna i studien att patienterna inte fick ha något diagnostiserat problem med minnet. Vi valde ändå att genomföra MMSE för att försäkra oss ytterligare om detta. Att patienterna har olika ålder samt olika typer av diabetes tror vi inte har påverkat resultatet då de visade goda resultat på testet. De båda har levt med sin sjukdom lika länge vilket bör betyda att de känner till sin sjukdom väl och vad den innebär.

Att deltagarna var av olika kön tror vi inte har betydelse för resultatet då vi inte funnit studier som tyder på att vårdpersonal eller patienter av ett specifikt kön ska vara bättre på att kommunicera än de andra eller öka patientens förståelse. Det enda som konstaterats är att patienter har längre konversationer med sjuksköterska än läkare vilket vi inte vet beror på kön eller yrkesroll (Siouta, Broström, & Hedberg, 2013).

Något som kan ha påverkat resultatet är att ortopedingenjörerna rekryterade patienterna. De kände patienterna sedan tidigare och hade redan byggt upp en relation till patienten, vilket skulle kunna påverka resultatet då patienten förmodligen kände tillit och behag vid patientmötet. Quilliam (2011) poängterar dessutom att tillit är viktigt för att patienten ska våga anförtro ortopedingenjören och därmed koncentrerade sig mer på dialogen och



hjälpmedlet jämfört med om de var en främmande ortopedingenjör. Att träffa en ny ortopedingenjör eller patient tror vi påverkar kommunikationen då det blir fler nya intryck och därmed svårare att fokusera på informationen som delas ut. De exekutiva funktionerna spelar är väsentlig vad gäller uppmärksamhet och att kunna flytta fokus. (Hjälpmiddelsinstitutet, 2013)

## Miljö och stress

Vi tror att miljön som patienten vistas i har en stor betydelse gällande mottaglighet för att ta till sig information. En lugn miljö där patienten känner sig trygg påverkar troligtvis patienten positivt, även patientens psykiska tillstånd. Ett besök på en ortopedteknisk avdelning, dit patienten kommer för att få information om ett hjälpmedel. Detta sker på avtalad tid och möter de en ortopedingenjör som är lugn och trygg kan sannolikt patienten påverkas positivt. Tidigare studier påvisar att stress och brist på resurser kan medföra att ett för litet fokus läggs på patienten (Chandler et al., 2015). Om ortopedingenjören eller patienten istället var stressad kan en negativ effekt verka på deltagarna gällande minnet (Hjort, 2014). I vår studie upplevdes ingen stress från någon av deltagarna. Det var planerat att forskarna skulle komma och ortopedingenjörerna hade gott om tid avsatt för att träffa patienterna i lugn och ro, även patienterna hade gott om tid. Detta tror vi kan ha påverkat resultatet från studien positivt genom de få missuppfattningarna.

Vi valde att genomföra intervjuerna direkt efter avslutat patientmöte, framförallt gjordes det för att patienten inte skulle få chansen att söka efter ytterligare information. Målet var att få reda på vad som sades under mötet och hur patienten tolkat informationen. Likaså var det med ortopedingenjören, vi ville att hen skulle ha patientmötet färskt i minnet. Ortopedingenjörerna har troligtvis många patientmöten på en dag och för att undvika att ortopedingenjören blandar ihop dem genomfördes intervjun direkt efteråt. Eftersom vi valde att göra intervjuerna direkt kan vi inte kontrollera att patienten kommer ihåg vad som sades efter en tid. Detta kan betyda att patienten kommer ihåg informationen väl precis vid intervjun men glömmer det redan när hen kommit hem, och därmed inte lagras i långtidsminnet (Hjälpmiddelsinstitutet, 2013). Detta kunde vi alltså inte kontrollera men det hade varit intressant att se om det fanns någon skillnad om intervjun hade gjorts senare. Det visade sig att det var svårt för ortopedingenjörerna att förhålla sig till det specifika patientmötet. De ville gärna prata om vad de generellt brukar berätta för sina patienter, vilket medförde att det ibland var svårt att avgöra vad ortopedingenjören tror sig ha förmedlat till patienten i studien.

## Mini mental test

Efter avslutade intervjuer genomfördes Mini Mental State examination (MMSE), med samtliga deltagare, både ortopedingenjörer och patienter, detta gjordes för att försäkra oss om att deltagarna inte hade någon kognitiv nedsättning. Enligt Logroscino et al., (2004) finns en ökad risk för detta hos personer med diabetes typ 2. Vi ville få ett så trovärdigt resultat som möjligt och valde därför att genomföra testet på alla deltagarna, vi kunde då vara säkra på att detta inte skulle påverka resultatet. Trots att testet endast är en vägledning av den kognitiva

förmågan så ansåg vi att detta test var tillräckligt för vår studie. Dessutom visade alla deltagare goda resultat vilket resulterade i inga misstankar om kognitiv nedsättning.

## Förväntade resultat

En del av studiens resultat skiljer sig från våra förväntningar. Vi antog att ortopedingenjörerna skulle belysa fler områden med information. Ett exempel är hur hjälpmedel sköts och hur det ska appliceras på kroppen. En anledning till att ortopedingenjörerna inte tog upp det skulle kunna vara att patienterna verkade vara införstådda hur hjälpmedlet fungerade, samt att de hade bra känsel i fötterna vilket skiljer sig från många diabetespatienter (Hjälpmiddelsinstitutet, 2013). Patienten skulle förmodligen märka om hjälpmedlet inte passade och då återkomma till den ortopedtekniska avdelningen för justering.

## Metoddiskussion

Under studien var syftet att få en uppfattning av hur patienten tolkar den information som ortopedingenjören ger under ett möte och undersöka om den stämde överrens med de som ortopedingenjören sagt. En kvalitativ metod valdes för att kunna få personliga svar där målet var att se vad både ortopedingenjör och patient valde att ta upp för information utan att leda in dem på något. Data från en kvalitativ studie är inte standardiserade eller systematiska, vilket kan göra det komplicerat att analysera. Vi fick använda oss av en analysmetod där innehållet granskades och kategoriserades för att lättare kunna sortera och tolka resultatet och därmed finna skillnader och likheter. Valet av kvalitativ metod gjordes för att få mer detaljer samt en mer personlig tolkning där deltagarna själva styrde samtalet och valde vilken information de ville dela med sig av.

## Reliabilitet & Validitet

Begreppen intern validitet, extern validitet, reliabilitet har bytts ut mot trovärdighet, överförbarhet samt pålitlighet för att skapa en begriplig relevans för bedömning av den kvalitativa studien (Bryman, 2011). Som tidigare nämnts har vi under studien varit noga med att inga missförstånd uppstått mellan intervjuarna och respondenterna. Eftersom det inte fanns möjlighet att använda respondentvalidering som enligt Bryman (2011) innebär att deltagarna bekräftar att resultatet stämmer överrens med verkligheten utfördes istället en sammanfattning vid slutet av varje enskild intervju för att öka trovärdigheten. Burnard (1991) analysmetod valdes eftersom det beskrev hur trovärdigare resultat kunde skapas samt att den passade bra till studiens syfte. Ytterligare ett sätt som användes för att få trovärdigare resultat var forskartrianglering då arbetet delades upp mellan forskarna för att enskilt analysera, sammanställa och tolka samma uppsättning data Bryman (2011). En tredje person fick även diskutera de framtagna kategorierna med oss. Med tanke på noggrannheten i arbetet anser vi studien som tillräckligt trovärdig vid framtagandet av resultatet.

Det finns invändningar om att antalet deltagare vid en intervjuforskning är för få och därmed inte går att generalisera (Kvale & Brinkmann, 2009). Men enligt Bryman (2011) handlar det inte om att se bredden utan djupet i kvalitativa studier. Är studien överförbar och kommer vårt resultat bli densamma vid en senare tidpunkt eller i en annan miljö? Vi tror att på grund av att ortopedingenjörerna jobbade tätt, hade ett upplägg på tillvägagångssättet under patientmötet samt delade ut informationsblad är de sannolikt att resultaten blir densamma för patienterna igen i en annan miljö eller vid ett senare tillfälle. Men om ortopedingenjörerna skulle byts ut mot två andra som inte hade ett lika utarbetat koncept tror vi däremot att resultatet hade kunnat påverkas och gett fler missförstånd. Vi tror på Blazeby et al. (2015) om att ett upplägg och Felley et al. (2008) om att text i kombination med muntlig talan kan främja förståelsen. Alltså är det sannolikt att resultatet hade blivit densamma vid ett annat tillfälle eller i en annan miljö på kliniken vi besökte, däremot kan vi inte uttala oss om andra ortopedingenjörer då vi inte vet om de använder ett likartat koncept som deltagarna i vår studie.

Jacobsen (2007) poängterar att platsen där intervjuerna ägde rum samt vi som intervjuare kan ha en sorts inverkan, det var vi medvetna om och försökte därför göra det bästa av situationen. Med professionellt bemötande och försök till tillfredställande tror vi att deltagarna kände sig nöjda angående miljön och inte påverkat deras svar under intervjuerna.

Tid är relevant att diskutera då inga tecken på stress från deltagarna fanns under patientmötena eller intervjuerna. Patientmötena skilde sig från varandra men det fanns inget som antydde att deltagarnas förståelse skulle påverkas av avseende på tiden. Hade det varit akuta patientmöten är det mer rimligt att stress från deltagarna hade upptäckts och resulterat i missförstånd då stress kan påverka minnet (Hjort, 2014). Vi anser alltså att plats eller tid inte påverkat resultatet, men om studien utförts under stressiga förhållanden är det mer påverkningsbart.

En fullständig och tillgänglig redogörelse av vår studie måste säkerhetsställas för att det ska vara en pålitlig forskningsprocess (Bryman 2011). Genom arbetet har vi försökt tydliggöra alla moment så att de enkelt kan utföras igen. Problemet kvarstår att detta är en kvalitativ studie och om andra forskare vill göra en studie utifrån vårt tillvägagångssätt är det viktigt att använda samma sociala roll som använts och samma synsätt. Studien kan alltså åter genomföras men det går inte att behålla de sociala betingelser från respondenterna då alla människor är olika (Bryman, 2011).

## **Slutsats**

Slutsatsen av studien visar att kommunikationen är god då patienterna tolkar informationen från deras ortopedingenjör väl och stämmer till stor del överens med den information som ortopedingenjören anser sig delat ut. Ortopedingenjören ger generellt mer information än vad patienterna uppger under studiens intervjuer, några missuppförstånd upptäcktes.

För att kunna dra fler slutsatser bör studier med liknande syfte och metod genomföras med fler deltagare.

## Referenser

Blazeby, J. M., Macefield, R., Blencowe, N. S., Jacobs, M., McNair, A. G. K., Sprangers, M., et al. (2015). Core information set for oesophageal cancer surgery. *The British Journal Of Surgery*, 102(8), 936-943.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2 ed.). Malmö: Liber.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

Chandler, E., Slade, D., Pun, J., Lock, G., Matthiessen, C. M. I. M., Espindola, E., et al. (2015). *Communication in Hong Kong Accident and Emergency Departments: The Clinicians' Perspectives*. 2, 2333393615576714.

Coleman, E. A., Chugh, A., Williams, M. V., Grigsby, J., Glasheen, J. J., McKenzie, M., et al. (2013). Understanding and execution of discharge instructions. *American Journal Of Medical Quality: The Official Journal Of The American College Of Medical Quality*, 28(5), 383-391.

Diabetesförbundet. (2013a). *Typ 1-diabetes* Retrieved 5 feb, 2016, from <http://www.diabetes.se/sv/Diabetes/Om-diabetes/Typ-1-diabetes/>

Diabetesförbundet. (2013b). *Typ 2-diabetes* Retrieved 5 feb, 2016, from <http://www.diabetes.se/sv/Diabetes/Om-diabetes/Typ-2-diabetes/>

Engel, K. G., Buckley, B. A., Forth, V. E., McCarthy, D. M., Ellison, E. P., Schmidt, M. J., et al. (2012). Patient understanding of emergency department discharge instructions: where are knowledge deficits greatest? *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*, 19(9), E1035-E1044.

Felley, C., Perneger, T. V., Goulet, I., Rouillard, C., Azar-Pey, N., Dorta, G., et al. (2008). Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. *BMC Gastroenterology*, 8, 22-22.

Fossum, B. (2003). *Communication in the health services : Two examples*. Karolinska institutet, Department of Public Health Sciences, 1-73.

Friberg, F. (2012). Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. In F. Friberg (Ed.), *Tankeprocessen under examensarbetet* (pp. 37-46). Lund: Studentlitteratur.

Fritz, T. (2010). *Vad är Charcot-fot?* Retrieved 11 mars, 2016, from <http://www.1177.se/Jonkopings-lan/Stall-en-anonym-fraga/Fragor/Vad-ar-Charcot-fot/>

Fritzson, B. (2013). *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård.* Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18922/2013-4-17.pdf>

Gordon, H. S., Street, R. L., Jr., Kelly, P. A., Soucek, J., & Wray, N. P. (2005). Physician-patient communication following invasive procedures: an analysis of post-angiogram consultations. *Social Science & Medicine* (1982), 61(5), 1015-1025.

Hedberg, B., Cederborg, A.-C., & Johanson, M. (2007). Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal Of Nursing Management*, 15(2), 214-221.

Hjort, P. (2014). *Stress* Retrieved 10 feb, 2016, from <http://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Stress/>

Hjälpmiddelsinstitutet. (2013). *Vad räknas till kognitiva funktioner?* Retrieved 4 feb, 2016, from <http://laromteknikstod.se/kognitiva-funktioner-och-hjarnan/kognitiva-funktioner>

Holt, G. A., Hollon, J. D., Hughes, S. E., & Coyle, R. (1990). OTC labels: can consumers read and understand them? *American Pharmacy*, NS30(11), 51-54.

Jacobsen, D. I. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete.* Lund: Studentlitteratur.

Jacobsen, D. I. (2012). *Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete* (2, uppdaterade och utök. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Josephson, I., Bülow, P., & Hedberg, B. (2011). Physiotherapists' clinical reasoning about patients with non-specific low back pain, as described by the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability And Rehabilitation*, 33(23-24), 2217-2228.

Katz, M. G., Kripalani, S., & Weiss, B. D. (2006). Use of pictorial aids in medication instructions: a review of the literature. *American Journal Of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal Of The American Society Of Health-System Pharmacists*, 63(23), 2391-2397.

Kools, M., van de Wiel, M. W. J., Ruiter, R. A. C., & Kok, G. (2006). Pictures and text in instructions for medical devices: effects on recall and actual performance. *Patient Education And Counseling*, 64(1-3), 104-111.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lin, M. J., Tirosh, A. G., & Landry, A. (2015). Examining patient comprehension of emergency department discharge instructions: Who says they understand when they do not? *Internal And Emergency Medicine*, 10(8), 993-1002.

Logroscino, G., Kang, J. H., & Grodstein, F. (2004). Prospective study of type 2 diabetes and cognitive decline in women aged 70-81 years. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 328(7439), 548-548.

Ojo, O., & Brooke, J. (2015). Evaluating the Association between Diabetes, Cognitive Decline and Dementia. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 12(7), 8281-8294.

Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder : att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Quilliam, S. (2011). 'The Cringe Report': why patients don't dare ask questions, and what we can do about that. *The Journal Of Family Planning And Reproductive Health Care / Faculty Of Family Planning & Reproductive Health Care, Royal College Of Obstetricians & Gynaecologists*, 37(2), 110-112.

Siouta, E., Broström, A., & Hedberg, B. (2013). Content and distribution of discursive space in consultations between patients with atrial fibrillation and healthcare professionals. *European Journal Of Cardiovascular Nursing: Journal Of The Working Group On Cardiovascular Nursing Of The European Society Of Cardiology*, 12(1), 47-55.

Siouta, E., Hellström Muhli, U., Hedberg, B., Broström, A., Fossum, B., & Karlgren, K. (2015). Patients' experiences of communication and involvement in decision-making about atrial fibrillation treatment in consultations with nurses and physicians. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*.

Svenskt Demenscentrum. (2016). *MMT (MMSE)* Retrieved 7 mars, 2016, from <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utreddning-och-diagnos/Mata-demensgrad-MMT/Minnestest-MMT/>

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Retrieved 17 feb, 2016, from <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vårdguiden. (2015). *Diabetes typ 1* Retrieved 5 feb, 2016, from <http://www.1177.se/jonkopings-lan/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Diabetes-typ-1/>

Watermeyer, J., & Penn, C. (2009). "Tell me so I know you understand": pharmacists' verification of patients' comprehension of antiretroviral dosage instructions in a cross-cultural context. *Patient Education And Counseling*, 75(2), 205-213.



# Bilagor

## Bilaga 1

### Kontrakt- samtycke

Detta projekt drivs av två ortopedingenjörers studenter från Hälsohögskolan i Jönköping, Sverige. Om du vill delta i deras examensarbete och se resultatet från studien (färdigställs sommaren 2016), vänligen fyll i din email i fältet längst ner.

I detta projekt undersöks kommunikationen mellan en ortopedingenjör och dess patient. Patientgruppen som valts är diabetiker och ska ha ett inplanerat möte med en ortopedingenjör.

Insamlingen av data kommer att ske genom en kvalitativ studieteknik. Intervjuer kommer att ske enskilt med en ortopedingenjör och därefter kommer patienten intervjuas enskilt av studenterna. Intervjuerna och mötet mellan ortopedingenjör och patient kommer att spelas in, samtliga deltagare är anonyma då inga namn eller personliga uppgifter kommer att uppges med svaren. Frågorna i intervjun kommer att handla om hur informationen tolkas från de båda parterna. I arbetet kommer det inte nämnas vart datainsamlingen har ägt rum och informationen kommer inte kunna kopplas till någon av deltagarna. Efter avslutat arbete kommer samtliga intervjuer att raderas.

Deltagarna i studien är helt frivilliga och väljer man att inte delta kommer detta att accepteras. Om deltagaren väljer att vara med men utav någon anledning väljer att avbryta så är det okej, vid vilken tid som helst, utan förklaring och kommer inte ifrågasättas.

### Ansvariga för studien

Tina Oskarsson

[tina.oskarsson92@gmail.com](mailto:tina.oskarsson92@gmail.com)

Rosanna Alanko

[rosanna.alanko@gmail.com](mailto:rosanna.alanko@gmail.com)

### Handledare

David Rusaw

Universitetslektor ortopedteknik

Hälsohögskolan, Jönköping

[David.rusaw@ju.se](mailto:David.rusaw@ju.se)

Tel: 036101275

✂

Jag förstår innebörden om studien och väljer att delta i datainsamlingen i form av intervju, jag känner till att det är frivilligt och att jag vid vilken tid som helst kan välja att avbryta min medverkan.

**Namn:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

**Plats:** \_\_\_\_\_

**Signatur:** \_\_\_\_\_

**Email (skriv i om du vill ta del av det färdiga resultatet):**

\_\_\_\_\_

## Bilaga 2

### **Intervjufrågor OI**

Vad för information har du gett till patienten?

Vad ville du förmedla med denna information?

Varför var just denna information viktig?

Under mötet med patienten använde du dig av någon metod för att patienten lättare ska förstå den information som du ger?

Hur gjorde du för att ta reda på patienten förstod det du sa?

Tar du reda på vad patienten vet sedan tidigare?

### **Intervjufrågor patient**

Vad för information har du fått under mötet med OI?

Vad var du intresserad av att veta under mötet?

Vad hade du för förväntningar på mötet?

Vad har du för nytta av den information du fått under mötet?

Hur ska du göra när du kommer hem?

Vad känner du till om komplikationer?

Har du någon tidigare erfarenhet av möten som detta?

Vad visste du innan du kom hit idag?

