



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle
Examensarbete i arbetsterapi, fysioterapi, omvårdnad 15hp
HT 2019

”Att bygga en bro av förtroende”

**Patienters levda erfarenhet av ett gott bemötande inom multimodal smärtrehabilitering.
En kvalitativ intervjustudie med fenomenologisk ansats.**

”To build a bridge of trust”

Patient’s lived experience of a good encounter in multimodal pain rehabilitation. A qualitative interview study with phenomenological approach.

Författare: Josefine Kronstrand, leg. fysioterapeut,
josefine.kronstrand@stud.ki.se

Handledare: Gabriele Biguet, med. dr, leg. sjukgymnast, adjunkt,
Karolinska Institutet, Institutionen för NVS, sektionen för
fysioterapi, gabriele.biguet@ki.se

Examinerande lärare: Christina Olsson, med. dr, leg. sjukgymnast,
Karolinska Institutet, Institutionen för NVS,
sektionen för fysioterapi

Abstrakt

Bakgrund

Långvarig smärta är ett vanligt förekommande hälsoproblem i Västvärlden idag och man beräknar att cirka 19 procent av Europas befolkning lever med detta. Studier har visat att personer med långvarig smärta inte alltid känner sig väl bemötta i vården. Bemötande är ett abstrakt begrepp och verkar vara ett komplext fenomen som innefattar många dimensioner.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka och beskriva patienters upplevelse av ett gott bemötande inom multimodal smärtrehabilitering.

Metod

En kvalitativ forskningsdesign med fenomenologisk ansats användes. Semistrukturerade djupintervjuer genomfördes med fem informanter som var i slutet av eller nyligen hade avslutat ett åtta veckor långt multimodalt smärtrehabiliteringsprogram. Intervjuerna analyserades med empirisk fenomenologisk psykologisk metod, den s.k. EPP-metoden.

Resultat

Resultatet i denna studie visade att ett gott bemötande är betydelsefullt för patienter med långvarig smärta (av olika anledningar). Den grundläggande essensen handlar om själva betydelsen av ett gott bemötande som benämndes att bygga en bro av förtroende. Sex aspekter utgör fenomenets grundläggande innebörd och meningsstruktur. Dessa aspekter var; (i) att bli bemött i sin reservation, (ii) att det finns ett ömsesidigt närvarande, (iii) att bli bemött med respekt, (iv) att det finns en röd tråd, (v) att se helheten och (vi) att staka ut en riktning.

Sammanfattning

Bemötande är ett mångfasetterat fenomen och innefattar flera aspekter. Patienter med långvarig smärta har både erfarenhet av och verkar även ha tydliga uppfattningar om vad som karakteriserar ett gott bemötande. Det upplevs inte bara betydelsefullt utan även som en del i själva rehabiliteringen vid långvarig smärta.

Nyckelord

Bemötande, långvarig smärta, multimodal rehabilitering, fenomenologi, kvalitativ

Abstract

Background

Long-term pain is a common health problem in Western societies today, and it is estimated that about 19 percent of Europe's population lives with it. Studies have shown that people with long-term pain do not always feel well treated in health care. However, encounter seems to be an abstract concept and a multi-faceted phenomenon that includes several dimensions.

Aim

The aim of this study was to investigate and describe patients' experience of a good encounter when participating in multimodal pain rehabilitation.

Method

A qualitative research design with a phenomenological research approach were used. Semi-structured in-depth interviews were conducted with five informants who recently completed or were just in the end of an eight weeks long multimodal pain rehabilitation program. The interviews were analysed using the Empirical Phenomenological Psychological method (the EPP-method).

Results

The results of this study showed that a good encounter is important for patients with long-term pain (for various reasons). The basic essence is about the very importance of a good encounter that was called to build a bridge of trust. Six aspects are the basic meaning and structure of the phenomenon. These aspects were; (i) to be addressed in their reservation, (ii) to have a mutual presence, (iii) to be treated with respect, (iv) to have a red thread, (v) to see the whole and (vi) to strike out a direction.

Conclusion

Encounter is a multi-faceted phenomenon and encompasses several aspects. Patients with long-term pain have both experience of and seem to have clear perceptions of what characterizes a good encounter. It is not only perceived as important, but also as part of the rehabilitation itself in the case of long-term pain.

Keywords

Encounter, long-term pain, multimodal rehabilitation, phenomenology, qualitative

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning.....	1
1 Bakgrund.....	1
1.1 Långvarig smärta	1
1.2 Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta.....	2
1.3 Den levda erfarenheten av långvarig smärta	2
1.4 Bemötande i vården	2
1.5 Bemötande vid långvarig smärta	3
1.6 Personcentrerat förhållningssätt.....	4
1.7 Problemformulering.....	4
1.8 Syfte.....	4
2 Metod.....	5
2.1 Forskningsdesign	5
2.2 Förförståelse	5
2.3 Studiens kontext.....	6
2.3.1 Den aktuella rehabiliteringskliniken	6
2.3.2 Fysioterapeutens roll på den aktuella rehabiliteringskliniken	6
2.4 Informanter.....	7
2.5 Datainsamling	7
2.6 Analysmetod	8
2.7 Etiska aspekter.....	9
3 Resultat.....	10
3.1 Att bygga en bro av förtroende	10
4 Diskussion.....	15
4.1 Resultatdiskussion	15
4.2 Metodologiska överväganden.....	19
4.3 Kliniska implikationer.....	21
4.4 Implikationer för fortsatta studier	21
5 Slutsats	21
6 Tack	22
7 Referenser	23

Bilaga 1 Skriftlig information - Intervjustudie om bemötande

Bilaga 2 Intervjuguide

Bilaga 3 Samtyckesblankett

Inledning

På den rehabiliteringsklinik för långvarig smärta och/eller utmattningssyndrom där jag arbetar som fysioterapeut finns det en uttalad ambition att alla deltagare i rehabiliteringsprogrammen ska känna sig trodda och trygga.

Begreppet trodd relaterar framför allt till att man ska känna sig trodd när man berättar om sin smärta och sina besvär. Tryggheten innefattar hela rehabiliteringen, att man ska känna sig trygg i sin diagnos, att man känner sig trygg med teamet och i gruppen tillsammans med andra deltagare, och att man får kunskap om sina besvär och hur man kan hantera dem. Tryggheten blir också en del av behandlingen, till exempel att kunna känna tillit till kroppen och vara närvarande i det som är. När vi är trygga minskar aktiviteten i det sympatiska nervsystemet och vi kan öva oss i att reglera oss till att växla över till kroppens trygghetssystem, det parasympatiska nervsystemet.

Glädjande nog framkommer det i de utvärderingar som regelbundet utförs på rehabiliteringskliniken att deltagarna ofta upplever att de fått ett gott bemötande. Ett flertal studier (Clarke & Iphofen, 2005; Grundström, Alehagen, Kjølhede, & Berterö, 2018; Hållstam, Stålnacke, Svensen, & Löfgren, 2015) har visat att patienter med långvarig smärta upplever att de inte alltid får ett gott bemötande i vården. En intressant fråga är vad som karaktäriserar ett gott bemötande. I denna studie vill jag ta reda på vad patienter med långvarig smärta upplever som ett gott bemötande och vad det har för betydelse för dem i deras rehabilitering.

1 Bakgrund

1.1 Långvarig smärta

Långvarig smärta definieras som smärta som varat längre än tre till sex månader (Werner & Leden, 2010). Det är idag ett vanligt hälsoproblem i Västvärlden. Det har visat sig att cirka 19 procent av den vuxna befolkningen i Europa lever med långvarig smärta (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). Långvarig smärta är vanligare hos kvinnor än hos män (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2019). Smärta är en obehaglig subjektiv upplevelse som innehåller både kroppsliga, känslomässiga, intellektuella och andliga komponenter (Werner & Leden, 2010). Vid långvarig smärta behöver man inom vården ha ett förhållningssätt som grundar sig på den biopsykosociala modellen (Moseley & Butler, 2015). Detta för att vårt smärtsystem är starkt integrerat och omfattar biologiska, psykologiska och sociala aspekter. Alla dessa aspekter behövs ta hänsyn till i behandlingen av långvarig smärta (Linton, 2013).

1.2 Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta

Multimodal rehabilitering innebär en kombination av psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning, manuella eller fysikaliska metoder. Vårdpersonalen arbetar i team där också patienten ingår. De yrkesgrupper som oftast ingår i multimodal rehabilitering är läkare, fysioterapeut, psykolog, sjuksköterska, arbetsterapeut och socionom (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012). Åtgärderna ska vara samordnade och pågå under längre tid (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2010). Det finns idag evidens för att multimodal rehabilitering långsiktigt leder till minskad smärta, att fler människor återgår i arbete och att sjukskrivningstiderna blir kortare. Vid exempelvis fibromyalgi ger multimodal rehabilitering bättre långtidseffekt på funktionsförmåga än enskilda, mindre omfattande insatser eller inga insatser alls (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2006).

1.3 Den levda erfarenheten av långvarig smärta

Begrepp som är centrala inom fenomenologin är den levda erfarenheten och den levda kroppen (Merleau-Ponty, 1999). I en fenomenologisk självbiografisk artikel redogör Finlay (2012) om sin egna levda erfarenhet av långvarig smärta. Hon ger en ingående beskrivning av de olika lagren av smärta och hur smärtan begränsar hennes liv. Hon skriver att till slut kretsar allt kring smärtan, hon isolerar sig och känner inte igen sig själv längre. Bullington (2007) beskriver att den levda kroppen är den enskilde människans levda relation till världen. Hon säger vidare att vi först blir medvetna om vår kropp när den tränger sig på som icke-mig, i situationer där det råder en viss disharmoni mellan mig, mina intentioner och världen. Ozolins (2011) skriver att när ohälsan ger sig till känna kan det beskrivas som att den levda kroppen pockar på vår uppmärksamhet.

1.4 Bemötande i vården

Bemötande är en naturlig del i samtliga möten mellan individer. Ett trevligt och acceptabelt bemötande kan ses som ett uttryck för medmänsklighet (Croona, 2003). Fossum (2019) poängterar att bemötande i vården är ett abstrakt begrepp som innefattar många dimensioner. Enligt honom handlar bemötande om hur vi tar emot en patient, om kroppsspråket, hur vi hälsar, tittar i ögonen, sitter eller står i förhållande till patient och anhöriga. Det handlar också om att vara artig, vänlig och hjälpsam som ett uttryck för att vilja göra gott och visa respekt. Attityder, tonfall, kroppsspråk, närvaro och öppenhet påverkar hur patienter upplever bemötandet vilket i sin tur påverkar hur patienter upplever vården och behandlingen. Fossum tar vidare upp hur svårt det är att översätta ordet bemötande till engelska. På grund av att begreppet är svåröversatt är det inte

heller helt lätt att hitta internationella studier som handlar om bemötande i vården.

I en svensk kvalitativ studie (Gustafsson, Gustafsson, & Snellman, 2013) undersöktes vårdpersonal och patienters respektive upplevelser av vad som kännetecknar ett meningsfullt möte. Informanterna i studien poängterade betydelsen av förtroende, samarbete, ökad förståelse och insikter. Att bli trodd i meningsfulla möten kunde ge en ökad självkänsla. Författarna fann både likheter och skillnader i patienters och vårdgivares upplevelser av vad som kännetecknar ett meningsfullt möte. Likheterna var att både vårdgivare och patienter tyckte att egenskaper som lugn, empati, mod och värme är viktiga, såväl som att man som patient blir tagen på allvar, bekräftas och att det skapas en ömsesidighet.

I en annan studie (Kristenson, Herlofson, & Maripuu, 2017) fann man att bemötandet kan påverka patienters prognos. Författarna konkluderade att det goda mötet i vården kan påverka hälsorelaterad livskvalitet och upplevd hälsa men även patientens tilltro till sin egen förmåga, som i sin tur har effekter på kroppens biologiska skyddssystem och därmed kan påverka läkning och överlevnad.

1.5 Bemötande vid långvarig smärta

Studier har visat att personer med långvarig smärta inte alltid känner sig väl bemötta i vården (Clarke & Iphofen, 2005; Grundström et al., 2018; Hållstam et al., 2015). Detta lyfts även fram av patientorganisationerna som menar att kunskap, bemötande, tillgänglighet och möjligheter till behandling visar stora brister i Sverige (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016).

I socialmedicinsk tidskrift, med temat möten och bemötande i hälso- och sjukvården (Jakobsson, 2007), presenterades en undersökning där man funnit att omkring 6 % hade blivit dåligt eller mycket illa bemötta då de sökte vård senast, och så många som 38 % hade blivit illa bemötta någon gång när de sökt vård. Det var framförallt kvinnor, yngre personer och personer med symptom som till sin natur kan klassas som mer subjektiva som upplevde att de blivit illa bemötta. De som upplevt sig illa bemötta när de sökt vård rapporterade även i signifikant högre grad besvär i form av långvarig smärta, sömnbesvär, rastlöshet samt nedstämdhet/depression jämfört med dem som inte blivit illa bemötta.

Det är viktigt att acceptera patienters upplevelse av sin smärta. Många med långvarig smärta upplever sig mistrodda, missförstådda och ibland pressade av krav på arbetsåtergång (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2010). Detta bekräftas av Clarke och Iphofen (2005) som i en litteraturöversikt kunde visa att ett återkommande tema i studierna var betydelsen av att bli trodd,

lyssnad på och bekräftad, vilket enligt författarna är fundamentala komponenter som karakteriserar en god relation mellan patient och personal.

I en svensk kvalitativ studie undersöktes kvinnor med endometriosis upplevelser av bemötande i vården (Grundström et al., 2018). Studien beskriver deras upplevelse av bemötandet som tveeggat eftersom det involverade motstridiga känslor. Å ena sidan kännetecknades bemötandet av att kvinnorna kände sig sedda och bekräftade, vilket förstärkte deras självkänsla. Å andra sidan kännetecknades bemötandet av okunnighet, utsatthet och att inte bli trodd.

1.6 Personcentrerat förhållningssätt

Den teoretiska referensram detta arbete utgår från är ett personcentrerat förhållningssätt. Vikten av ett gott bemötande betonas inom personcentrerad vård där patienten ses som en person med både unika resurser och behov. Svensk sjuksköterskeförening (2016) definierar personcentrerad vård som vård som vill synliggöra hela personen och tar hänsyn till existentiella, andliga, psykiska och sociala behov, i lika stor utsträckning som fysiska behov. Utifrån ett personcentrerat synsätt skapas människors identitet i viss utsträckning i mötet med andra. Det blir då viktigt hur vården stöttar människors känsla att vara den person man vill vara (personcentrerat) eller om vården reducerar personen till en sjukdom eller ett symptom (sjukdomsorienterat). Det personcentrerade förhållningssättet innefattar även att personens unika perspektiv får lika mycket värde som det professionella perspektivet (Danielsson, 2015).

1.7 Problemformulering

Patienter med långvarig smärta är en stor patientgrupp av de som söker vård i Sverige. Flera studier har dock visat att personer med långvarig smärta inte alltid känner sig väl bemötta inom vården. De kan ibland känna sig misstrodda och missförstådda. Bemötande är ett abstrakt begrepp och det verkar vara ett komplext fenomen. Vad tycker egentligen patienter med långvarig smärta karakteriserar ett gott bemötande? Är bemötande betydelsefullt inom multimodal smärtrehabilitering?

1.8 Syfte

Att undersöka och beskriva patienters upplevelse av ett gott bemötande inom multimodal smärtrehabilitering.

2 Metod

2.1 Forskningsdesign

Kvalitativ forskningsdesign med en fenomenologisk ansats valdes för att kunna besvara studiens syfte. Styrkan i den fenomenologiska ansatsen ger möjligheter att förstå det subjektiva i den mänskliga livsvärlden (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017). Man strävar efter att försöka förstå vad det innebär att vara människa och de mänskliga erfarenheterna. Inom rehabilitering och i hälso- och sjukvården är den här förståelsen central, vilket gör fenomenologin som ansats särskilt ägnad för forskning inom detta område. Semistrukturerade intervjuer är det vanligaste sättet att samla in data inom denna ansats.

Enligt Kvale (2014) söker en semistrukturerad djupintervju förstå teman i den levda vardagsvärlden ur undersökningspersonens eget perspektiv. Intervjuaren strävar efter att erhålla innehållsrika beskrivningar av intervjupersonernas levda värld, utifrån den enskildes tolkning av innebörden hos det undersökta fenomenet. Den semistrukturerade intervjun liknar ett vardagssamtal, men som professionell intervju har den en specifik teknik och ett syfte. Intervjun försöker beskriva och förstå meningen hos centrala teman. Intervjuaren registrerar och tolkar det som sägs och sättet på vilket det sägs. Man behöver som intervjuare ha kunskap om ämnet och vara observant på tonfall, ansiktsuttryck och andra kroppsliga uttryck.

2.2 Förförståelse

Inför en studie är det viktigt att vara medveten om den förförståelse man tar med sig in i forskningen. Förförståelsen består av våra erfarenheter, våra hypoteser och vårt yrkesmässiga perspektiv som vi har när projektet inleds (Malterud, 2014). I den aktuella studien har författaren många års erfarenhet av arbete som fysioterapeut, till största delen inom primärvård och de senaste åren inom multimodal smärtrehabilitering. Författaren har därför erfarenhet av många möten i vården. Att göra en intervjustudie innebär dock att inta en annan attityd och roll gentemot informanterna i studien. Att lyssna utan att ta rollen som behandlare. Författaren försökte att inta ett öppet sinne för det informanterna berättat i intervjuerna och för det som framkommit i analysarbetet. Förförståelsen har samtidigt kunnat användas som en resurs under studien.

Informanterna i denna studie är rekryterade bland patienter som deltar eller har deltagit i multimodal smärtrehabilitering på samma smärtrehabiliteringsklinik där författaren arbetar som fysioterapeut.

2.3 Studiens kontext

2.3.1 Den aktuella rehabiliteringskliniken

På den rehabiliteringsklinik där författaren har genomfört intervjuerna arbetar man enligt en så kallad neurosomatisk ansats (Bragée kliniker, 2019). Det innebär synsättet att nervsystemets dysfunktion, som uppstått av stress och andra påfrestningar, skapar en rad olika kroppsliga besvär (Bragée, 2012). Arbetssättet fokuserar på att försöka återfå mer balans i det autonoma nervsystemet. Den neurosomatiska ansatsen har tagits fram av fysioterapeut Britt Bragée baserad på kunskap om hjärnan och det autonoma nervsystemet och den så kallade polyvagala teorin skapad av Porges (2009).

Det multimodala teamet består på den aktuella smärtehabiliteringskliniken av läkare, fysioterapeut, psykolog, socionom och arbetsterapeut/rehabkoordinator (Bragée kliniker, 2019). Rehabiliteringen sker huvudsak i grupp, men deltagarna har också individuella besök och teambesök. Innehållet i programmen är såväl teoretiskt som praktiskt och består bland annat av smärtekunskap, pacing (aktivitetsbalans), socionomstöd, sömnskola, informationsträff för anhöriga och närstående och färdigheter i att reglera stress. KBT med fokus på smärthantering, acceptans och självmedkänsla (compassionfokuserad terapi) ingår också som en del av programmet.

Deltagarna erbjuds att delta i rehabilitering fyra, två eller en halvdag per vecka under åtta veckor. Därefter erbjuds en postrehab-träff efter fyra månader, en individuell boosterträff samt en återträff ett år efter avslutad rehabilitering. Eftersom rehabiliteringsprogrammet består av att till stor del lära sig redskap och hjälp till självhjälp, är det inte förrän efter ett år som det kan utvärderas.

2.3.2 Fysioterapeutens roll på den aktuella rehabiliteringskliniken

I inledningskedet när patienten kommer på bedömning inför rehabilitering identifierar fysioterapeuten patientens problem, funktion och mål (Bragée kliniker, 2019). Fokus ligger på att bedöma graden av autonom dysfunktion hos patienten, grad av fysisk aktivitet och förmåga till självreglering. Under de åtta veckornas rehabilitering är fysioterapeuten den i teamet som träffar deltagarna mest. Fysioterapeuten håller i teoretiska workshops gällande neurosomatik och praktiska interventioner så som Basal kroppskänedom, Feldenkreis, andning eller mindfulness. Fysisk pulshöjande aktivitet och bålträning ingår också i programmet, samt individuell stegring och guidning i fysisk aktivitet och nedvarvning.

2.4 Informanter

Informanter till studien rekryterades under perioden september till november 2019 från tre olika rehabiliteringsteam på en stor smärtrehabiliteringsklinik i Stockholm. Rekryteringen påbörjades med information till teamen om studiens syfte och en önskan att fånga upp deltagare som i slutet av rehabiliteringen uttryckt att de upplevt ett gott bemötande på kliniken. Ett strategiskt urval (Malterud, 2014) eftersträvades för att få en spridning gällande ålder, kön, diagnoser och härkomst. Inklusionskriterier var personer som nyligen hade genomgått, eller var i slutet av sin åtta veckor långa rehabilitering. De skulle kunna tala och förstå svenska språket. Exklusionskriterier var att befinna sig i akut kris. Informanterna fick först muntlig information om studien via någon i teamet och erhöll sedan skriftlig information (bilaga 1). De som gav sitt samtycke till att författaren fick ta kontakt kontaktades telefonledes för ytterligare information om studien och kompletterande frågor. När personen i fråga samtyckte till att delta i studien bokades tid för intervju.

Sammanlagt deltog fem informanter, fyra kvinnor och en man. Åldern på informanterna var 23, 51, 55, 57 och 73 år. Samtliga hade långvarig smärta, med en duration på 3 till 22 år. Följande smärtdiagnoser förekom: fibromyalgi, lumbago-ischias, spinal stenosis, Ehlers-Danlos syndrom (EDS) och endometriosis som enskilda diagnoser eller i kombination. Utmattningsyndrom och depression förekom också i kombination med smärtdiagnos. Informanterna hade alla deltagit i rehabilitering fyra halvdagar per vecka. En informant hade genomgått multimodal rehabilitering vid två tidigare tillfällen och alla hade träffat fysioterapeut eller naprapat för rehabilitering i primärvården. En informant var student, en var ålderspensionär, en person hade sjukersättning och två personer hade arbete, som de under rehabiliteringsperioden var sjukskrivna från. Fyra personer var födda i Sverige och en person hade icke nordisk härkomst. Fyra informanter var sammanboende med någon och fyra hade barn. Tre informanter angav sin smärta som oförändrad efter rehabiliteringen och två informanter angav den förbättrad. Alla informanterna beskrev att de kunde hantera sin smärta bättre, att de hade fått redskap under rehab och att de fått ett nytt förhållningssätt till sin smärta.

2.5 Datainsamling

Insamlingen av data skedde genom semistrukturerade djupintervjuer som genomfördes av författaren. Först gjordes en provintervju som inte inkluderades i studien. Det blev ett tillfälle för författaren att öva på intervjuteknik och prova hur frågorna i intervjuguiden upplevdes för informanten. Efter provintervjun diskuterades intervjuguiden med handledaren och några smärre justeringar

gjordes. Den intervjuguide som sedan användes för de fem intervjuerna i studien finns som bilaga (bilaga 2).

Intervjuerna genomfördes på rehabiliteringskliniken i ett lugnt rum. Innan intervjun fick informanten muntlig och skriftlig information om syftet med studien, information om sekretess och fick sedan fylla i ett samtyckesformulär (bilaga 3). Intervjuerna spelades in med hjälp av en ljudupptagare och en mobiltelefon. Innan inspelningen började fick informanten svara på frågor gällande bakgrundsdata. Längden på intervjuerna varierade mellan 26 och 56 minuter. Den totala inspelade intervjutiden var 177 minuter. Intervjuerna har transkriberats ordagrant. Författaren transkriberade den första intervjun och en extern person med sekretess transkriberade de övriga fyra.

2.6 Analysmetod

Intervjuerna har analyserats i enlighet med empirisk fenomenologisk psykologisk metod, den s.k. EPP-metoden. (Bragée, 2009; Flensner, Ek, & Söderhamn, 2003; Karlsson & Tham, 2006).

Analysen skedde i fem steg:

1. Att skaffa sig en första överblick över helheten. Intervjuerna lyssnades igenom vid flera tillfällen och de transkriberade intervjuerna lästes igenom många gånger med ett reflekterande förhållningssätt till innehållet.
2. Att identifiera meningsbärande enheter. Materialet delades in i meningsbärande enheter. En enhet behöver inte vara bunden till enskilda meningar, utan man försöker intuitivt läsa in själva innebörden i det personen säger. För författaren innebar det i lyssnandet på intervjuerna att lägga märke till skiftningar i informantens berättelser och även lägga märke till hur dessa skiftningar kändes i den egna kroppen. När ett sådant tillfälle i intervjuerna uppstod uppmärksammades det som en tydlig meningsbärande enhet. Det sistnämnda betonas av Ellingson (2017) som uppmuntrar forskaren att vara uppmärksam på sin egen och deltagarens ömsesidiga förkroppsligande i intervjudata. Hon beskriver hur våra kroppar kan känna till saker som våra mer reflektiva intellekt är omedvetna om.
3. I steg tre görs den egentliga analysen som består av den partiella fenomenologiska reduktionen och den eidetiska induktionen genom tolkning. Varje meningsbärande enhet översattes till författarens egna ord. Fokus låg i att hitta essensen i vad som karakteriserar personens upplevelser, i det aktuella fallet av bemötande. I detta steg satte

författaren sin egna teoretiska förståelse inom parentes (bracketing), och tittade på fenomenet som det gestaltade sig. Detta steg gjordes i nära samarbete med handledaren som har stor kunskap om den fenomenologiska analysen.

4. I steg fyra arrangerades varje informants upplevelse av bemötande i en sammanställning där olika teman framkom som så något om det studerade fenomenets karaktär.
5. I det femte och sista steget gjordes en sammanställning som bestod av alla fem informanternas huvudsakliga teman. Det är de kännetecknen som är gemensamma som presenteras i resultatet.

Genom hela analysprocessen har författaren haft stöd av handledaren. Malterud (2014) beskriver att om flera personer, med olika yrkesmässiga perspektiv, deltar i analysen av data ökar studiens validitet. Denna process kan även kallas observatörstriangulering. I den aktuella studien innefattade de olika perspektiven handledaren som har stor erfarenhet av kvalitativ forskning och undervisning inom fysioterapi och författaren som arbetar kliniskt som fysioterapeut med den aktuella patientgruppen.

2.7 Etiska aspekter

Denna intervjustudie är en magisteruppsats inom ramen för utbildning på avancerad nivå. Lag (2003:460) om etisk prövning av forskning som avser människor omfattar inte examensarbeten på grundnivå och avancerad nivå, då dessa enligt lagens definition ej bedriver forskning. Därför har inget officiellt etiskt godkännande sökts. Författaren har dock strävat efter att följa de forskningsetiska principer som fastställts vid Helsingforsdeklarationen från 1964 (reviderad 2013). Hänsyn har även tagits till de fyra huvudkraven för god forskningsetik: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Skriftligt samtycke (bilaga 3) har lämnats av samtliga informanter. Materialet redovisas oidentifierat och inga data som kan härledas till informanterna presenteras. Deltagarna har även fått information om att de när som helst kan avbryta deltagandet utan att det påverkar pågående behandling eller framtida behandling inom vården. Författaren har inte tagit del av informanternas journaler. Hon har heller inte intervjuat informanter där hon själv varit en del av rehabiliteringsteamet. Verksamhetsansvarig på den aktuella rehabiliteringskliniken har godkänt studien ur patientsäkerhetssynpunkt. Studien kommer att ha klinisk nytta på den aktuella rehabiliteringskliniken.

3 Resultat

3.1 Att bygga en bro av förtroende

Analysen av intervjuerna visade att den grundläggande essensen av ett gott bemötande kunde beskrivas med ett övergripande tema som tematiserar betydelsen av bemötandet, dvs **Att bygga en bro av förtroende**. Det blev även tydligt att upplevelsen av ett gott bemötande är nära sammanflätad med behandlingen, dvs utgör grunden för en bra behandling.

Sex aspekter (konstituenten) framkom som beskriver fenomenets innebörd eller meningsstruktur. Alla informanterna tog upp dessa sex aspekter men med olika tyngd. Det är aspekter som behöver finnas med i ett möte för att bemötandet ska upplevas som gott.

- Att bli bemött i sin reservation
- Att det finns ett ömsesidigt närvarande
- Att bli bemött med respekt
- Att det finns en röd tråd
- Att se helheten
- Att staka ut en riktning

Att bli bemött i sin reservation

Ett gott bemötande karakteriseras av att bli bemött i sina reservationer, vilket kan handla om olika saker. Eftersom många patienter med långvarig smärta kommer med upplevelsen av mindre bra möten i bagaget, upplevs det extra viktigt att de första mötena blir bra. Man kommer med mer eller mindre explicita förväntningar, farhågor och frågor till exempel om man är på rätt ställe, så bemötandet börjar innan det fysiska mötet. Det finns en reservation att överbygga.

Nej men alltså jag tycker egentligen att det är självklart att man ska få ett gott bemötande i de här sammanhangen egentligen i alla sammanhang...men särskilt att man är ganska sårbar när man kommer och man har ont och man vet inte om det här är rätt ställe och man kan få någon hjälp... så finns det ju mycket oro där och då är det ju extra viktigt att det känns tryggt och vänligt och att folk verkar snälla helt enkelt Inf 1

Därför jag kände mig trygg när jag kom hit på en gång och det ligger inte så, så nära till hand för mig, det är inte så enkelt. Det är inte så enkelt för mig att känna mig trygg med folk men, men det gjorde jag faktiskt. Inf 3

Alla informanter poängterade vikten av att mötas av ett gott bemötande redan i receptionen och i de första mötena på bedömningen inför rehabiliteringen vilket gav känslan ”det börjar bra!” Känslan att något börjar bra innebär att man är beredd att ge rehabiliteringen en chans.

Ja jag kommer ju ihåg när jag kom hit första gångerna (...) och blev vänligt bemött när jag sa vem jag var och så plötsligt så sa den ena flickan att du är fin i den där röda klänningen. Hon sa inte vilken fin klänning du har utan hon sa att jag var fin. Så det kändes väldigt välkomnande och trevligt (...) och jag hade ju väldigt diffusa bilder av vad jag väntade på men det började bra. Inf 1

Men jag var ju här på intervjuer, först skrev jag ju ett personligt brev... Och sedan var jag ju här på ... ganska lång intervju. (...) Och så ringer jag direkt till min man och så säger jag såhär till honom, japp jag lägger mig, jag lägger mitt liv i deras händer. Och så frågade han varför då, jo den miljön, allt ifrån när jag kommer hit och ska sitta i soffan till att jag blir bemött i receptionen. (...) Så fanns det hela tiden en närvaro i att de verkligen försökte förstå vad det är jag menade. Inf 2

Att det finns ett ömsesidigt närvarande

Ett gott bemötande karakteriseras av känslan av ett ömsesidigt närvarande. Detta närvarande är ingenting som görs eller kan planeras innan utan det uppstår i stunden. Man skapar det tillsammans genom en ömsesidig kontakt. Förutsättningar för att den ömsesidiga kontakten ska ske är att båda lyssnar, ser varandra och är ärliga. Behandlaren behöver vara vänlig, mjuk, varm och gärna le och visa sin mänsklighet för att mottagaren ska känna sig välkommen och våga börja känna trygghet och tillit. Det är ett samspel som består av ett givande och tagande. Man känner av varandra och det skapas en allians.

Ja för mig så handlar det nog i väldigt mycket generellt, det goda bemötandet, det är att någon faktiskt tittar på mig, ser mig. Alltså då menar jag att man ser mig i ögonen och man har en blick i ögonen som är varm. Och även då så är jag väldigt känslig för kroppsspråk så att när jag...så att jag vill ha hela människan, och det syns ganska tydligt om man är närvarande i när du tittar på mig att vi är här eller inte är här. Inf 2

Informanterna berättar om vikten av kroppsspråket och att det finns tid för mötet. Att behandlaren är här och nu och inte på väg någon annanstans. Det måste finnas en uppmärksamhet på detta från båda parter.

För jag tänker här att det finns en massa kompetenser och personer med olika utbildningar men om det då ska, det måste byggas en bro av förtroende, och det är ju mötet mellan människor och... då har vi ju ett ansvar både vi som kommer hit och ni som jobbar här, att mötet blir bra. Inf 1

Att bli bemött med respekt

Ett gott bemötande karaktäriseras av att bli bemött i sitt grundläggande mänskliga behov av respekt från andra. Att bli bemött med respekt innefattar att behandlaren inte har förutfattade meningar. Att man inte gör antaganden utan lyssnar med ett öppet sinne utan att döma. I förlängningen hjälper det den som blir bemött med respekt att även se på sig själv med självrespekt.

Ett respektfullt bemötande handlar även om ett jämlikt bemötande där man inte gör skillnad på människor, exempelvis avseende kön och härkomst.

Jag tror att det är en öppenhet, och liksom förmåga att ta till sig det personen säger istället för att ha förutfattade meningar bara av att läsa igenom journalen, och då tycka att nej det är så här, utan att lyssna på det man faktiskt säger. Utan liksom öppenhet och möjlighet till att ta till sig informationen man får. Inf 4

Ibland det här med språket också folk bedömer fel. De, det här är, jag har märkt i Sverige det blir fel, ofta felbedömning när du inte pratar flytande svenska eller perfekt svenska. (...) Det blir felbedömning, de tittar på dig på annat sätt och det ser man också på ögonen, på deras uttryck, kroppsuttryck förstår du? (...) det blir lite orespekt ibland. Inf 5

För att förtydliga vad som menas med ett gott bemötande gavs ofta flera exempel på tillfällen i vården när man inte hade blivit trodd eller bemött med respekt. Dessa negativa upplevelser kunde resultera i att man antingen undvek fortsatt kontakt och inte sökte hjälp utan försökte klara sig själv. En annan respons kunde vara att man blev arg och/eller ledsen. I vissa fall kunde det även innebära att man riktade ilskan mot sig själv, t.ex. förminskade sig själv och sina upplevelser. En informant uttryckte explicit att vården har tagit ifrån hen självkänslan.

Och hur det här man hamnar på fel ställen eller ja, ja så att just det här att, att när man tar från, när vården tar ifrån en självkänslan, för det har den verkligen lyckats med. Och då kan man tycka, hur i hela friden gick det till, för jag har varit ganska stursk. Alltså handlingskraftig liksom sådär och inte tänkt att, ja, ja det där tar inte jag på mig. Jag har, jag upplever att jag har blivit destruktiv utav de mötena. För det har varit för många sådana möten. Inf 2

Ovanstående informant beskrev dock att hen under den aktuella rehabiliteringen upplevt ett gott bemötande, och att hen har börjat kunna applicera det

bemötandet på sig själv. Hen berättade att hen kan nu rikta omsorgen till sig själv, visa sig själv mer självmedkänsla och vara mer rakryggad och ta mer plats.

Så känner jag också att min kropp liksom är, ja men min kropp får plats liksom. (...) Sedan så i den här mentala känslan inuti så, så känner jag i huvudet att jag liksom tack vare er, nu, alla här (...) känner jag liksom att den är, ja men jag, jag är en människa, en intelligent varelse som får ta plats trots att det inte funkar i huvudet alla gånger av olika saker.

Hen berättade vidare så här: *Jag har blivit lite vacker faktiskt. (...) Förstår du både på insidan och utsidan. (...) jag duger och jag får vara med. (...) Jag är inte någon som man sätter på sidan och liksom det handlar om att jag kanske kan gå rakryggad. (...) jag går inte och stryker mig runt väggarna och ber om ursäkt längre. Inf 2*

Att det finns en röd tråd

Ett gott bemötande karaktäriseras av att det finns en röd tråd och en tydlig avsikt/intention i varje möte. I varje möte behövs det en röd tråd, vad är tanken med mötet och vart ska det leda. Inom smärtrehabilitering behöver det finnas en röd tråd som ger en trovärdighet från de första bedömningarna före rehab, igenom hela rehabiliteringen och uppföljningstillfällena. De olika workshops som deltagarna deltar i behöver också följa en röd tråd, kunskap som byggs på varandra och så småningom leder till att deltagaren känner en ökad trygghet till den nya kunskapen och en ökad tilltro till de nya redskapen.

Att personalen hade en idé eller en värdegrund att det är det här vi utifrån vetenskap och erfarenhet tror är det rätta. Det var egentligen samma budskap med olika budbärare så att säga, lite filtrerat på olika sätt. (...) men ändå var det trovärdigt för att det var ingen som hade spretiga budskap och tyckte någonting helt annat, utan jag förstår det som att, dom här åren, att man har byggt upp det utifrån vad man tror sig veta är bra och rätt. Inf 1

En röd tråd kan även handla om att man under rehabiliteringen får stöd av teamet och att teamet är uppmärksamt på var man som deltagare befinner sig i rehabiliteringsprocessen och ibland försiktigt puttar i rätt riktning. Det kan också handla om att man litar på deltagarna likväl som att man i en grupp låter alla komma till tals och få utrymme, men att mjukt styra tillbaka till ämnet.

Och det som jag också tror i bemötandekoden, det är att ni, ni litar på oss (...) Ni ger oss väldigt mycket att använda och ni lägger det, serverar det till oss, lägger fram det till oss, och så får vi utifrån våra förutsättningar plocka det. Och sedan tittar ni, har ni ett vakande öga som är som falkögon skulle jag vilja påstå faktiskt, så kollar ni såhär liksom nej men den där behöver en push ditåt. Ja för

det har jag sett i gruppen liksom, då får den den omsorgspushen där. Och då kan jag också själv som egen individ se, just det, ibland behöver jag också pusha, då kan jag omsorga mig själv. Inf 2

Det kan också handla om att hjälpa till att åtgärda hinder i rehabiliteringen och underlätta för deltagaren att kunna genomföra och ta till sig rehabiliteringen.

Att se helheten

Ett gott bemötande karaktäriseras av att bli bemött som en hel människa, till exempel som en person och unik individ med smärta, inte som en smärtpatient. Att se helheten handlar även om få hjälp att känna sig trygg så att man vågar öppna upp och vågar berätta vad som är viktig för mig. Det handlar om att få hjälp att få ihop de olika pusselbitarna i sig själv och i sitt liv, liksom att erkänna att både kropp och känslor får ta plats.

Så är det liksom, ja jag tror, för det här är ju ett antagande, att ni som har valt att komma hit har också valt att komma hit därför att ni vill lite till, vill se hela människan. (...) Här blir ni också sedda att se en helhet, som kanske inte alltid finns plats i den vanliga vården. Inf 2

Jag har inte bara diagnosen jag har också, det hände någonting sorgligt i mitt liv som är kvar. Så de (syftar på rehabiliteringspersonalen) har märkt att den här sorgen är också kvar i, hos mig. Förut det var svårt, jag försökte inte visa den här känslor. (...) Ja, jag vill inte de ska komma fram och jag försökte bara gömma dem någonstans. Och jag är medveten, en del av den här smärtan som jag har i kroppen kommer därifrån. Det är inte bara stress på jobbet och livet. Inf 5

Att bli bemött som en hel människa kan även göra att man börjar se på sig själv som mer hel. Att man börjar skapa en helhet av något som förut kanske känts fragmenterat.

Att jag fick bli liksom med till 100 procent igen. Trots att jag inte kan leverera det som, ja staten typ vill att man ska som människa, arbetsför till 100 procent eller 120, eller 150 eller vad man ska jobba. Nej jag, jag tycker att jag, jag börjar läka ihop trots att jag har lika mycket ont fortfarande. Inf 2

Att staka ut en riktning

Ett gott bemötande karaktäriseras av att bli bemött i sitt behov av att staka ut en riktning. Det kan innebära att få det nödvändiga stödet av teamet för att börja utforska och pröva att göra saker på nya sätt och därmed att se framåt i ens liv.

Det kan innebära att man känner lusten att våga lära sig nytt och ta med sig redskap och kunskap framåt i livet. De nya redskapen kan ge hjälp till självhjälp.

Jag är jättetrött nu men ändå jag känner mig att jag, när jag kom hit, det här med övningar och möte från personal ger mig en grund, en trygghet, en kunskap. Jag kom hit fast jag är trött många gånger orkar inte men jag kom hit för att jag behöver vara här, jag känner mig, det här är viktigt för mig att hjälpa mig, lite fram efter rehabilitering (...) de som jobbar här tar hand om oss och hjälper oss att vi kommer ett steg fram. Inf 5

De nya kunskaperna och erfarenheterna kan hjälpa informanterna att känna sig stärkta i sig själva och i sin tilltro till sin egen förmåga. Ett bemötande med sikte tydligt inställt på framtiden innebär att man kan börja känna hopp igen.

Men i det så räknade han också upp hur man skulle jobba för att det ska bli bättre och att det kommer att bli bättre. Så att det samtalet som både var liksom jävligt jobbigt faktiskt... För att (...) att jag måste tänka om så totalt på något sätt i hur jag förhåller mig till min nuvarande hälsa. Men, men ändå så gick jag ju från samtalet med väldigt mycket, väldigt stark känsla av hopp och tilltro. Och det var, det var rätt coolt. Inf 3

4 Diskussion

Syftet med studien var att undersöka och beskriva vad patienter med långvarig smärta, som genomgått multimodal rehabilitering under åtta veckor, upplever som ett gott bemötande. **Att bygga en bro av förtroende** visade sig vara den grundläggande essensen i deltagarnas upplevelser och beskrevs som ett övergripande tema. Därutöver beskrevs sex aspekter som kännetecknar fenomenets innebörd eller meningsstruktur. Det framkom även att ett gott bemötande är nära sammanflätat med behandlingen, dvs utgör grunden för en bra behandling.

4.1 Resultatdiskussion

Bemötande och behandling är enligt informanterna i studien starkt sammanflätade. Blenberger (2013) skriver att det i vissa verksamheter kan vara svårt att skilja bemötandet från den behandling man får. Dessutom kan man se bemötandet som en form av behandling. Bemötandet gör något med den som blir bemött. Detta visade sig även i föreliggande studie där informanterna lyfte fram att ett gott bemötande är en förutsättning för och till och med utgör själva grunden i behandlingen. Det blev även tydligt att ett gott bemötande lämnar sina

tydliga spår till exempel blir man bemött med respekt så blir det lättare att ha självrespekt.

Fastän informanterna i studien till stor del hade upplevt ett gott bemötande under deltagandet i den aktuella rehabiliteringen så beskrev alla möten inom vården där de ej blivit väl bemötta. När dessa negativa erfarenheter undersöktes närmare under intervjun beskrev informanterna uttryckligen hur de reagerat både kroppsligt och känslomässigt. De beskrev hur de spänt sig, blivit arga och hur de känt sig förminskade. När de fick frågor om hur det känns i kroppen när man blir väl bemött har de flesta angett att det då känns lugnt, som det ska kännas. Detta stämmer överens med författarens kliniska erfarenhet av att patienter ofta är bra på att beskriva smärta och obehag utförligt, men har svårare att sätta ord på hur det känns när man mår bra, när det är som det ska. Detta kan relateras till strofen ur dikten Odalbonden av Erik Gustaf Geijer: *"Var plåga har sitt skri för sig, men hälsan tiger still"* (Stenroth, 1992). Det lyfts även fram och beskrivs på liknande sätt av Bullington (2007). Hon säger att vi först blir medvetna om vår kropp när den tränger sig på som icke-mig.

Att bli bemött i sin reservation

Bullington (2007) skriver att den känsligaste fasen vid behandling är inledningsfasen. Informanterna i föreliggande studie berättade alla om sina första möten under bedömningsfasen inför rehabiliteringen. De berättade också om de första personerna de möter på kliniken, i receptionen, och hur viktigt bemötandet är där. De gav uttryck för att det är av vikt att det "börjar bra". Att det måste börja bra kan man tänka sig är särskilt viktigt eftersom flera bär med sig minnen av mindre bra möten i vården.

Informanterna lyfte även fram att man alltid bär med sig funderingar, eventuella farhågor och föreställningar om vad som kommer hända eller inte hända under rehabiliteringen. En återkommande fråga/eller oro kan vara "är det här något för mig?" eller "är det värt alla ansträngningar? eller "kommer rehab hjälpa mig?". En del frågor och funderingar är man medveten om, dvs de är tematiserade. Man kan dock tänka sig att det även finns omedvetna så kallade "predictions" som deras hjärnor skapat, baserat på tidigare erfarenheter. Dessa "predictions" är hjärnans förutsägelse, som skapas inför allt vi företar oss (Barrett, Lindberg Gombrii, & Scott, 2018).

Att det finns ett ömsesidigt närvarande

Den ömsesidiga närvaron är något som enligt informanterna karaktäriserar ett gott bemötande. Geller och Porges (2014) poängterar att när en behandlare är fullt närvarande i ett möte med en patient skickar deras trygga närvarande en signal till patienten att de blir lyssnade på, mötta och förstådda vilket framkallar en känsla av trygghet. Detta är i linje med den polyvagala teorin som

ursprungligen har beskrivits av Porges (2009). När patienterna känner sig mötta och sedda, skapar deras hjärna en signal som skapar ett lugn i det parasympatiska nervsystemet. Över tid kan patienten känna sig tryggare och får hjälp med att själv kunna reglera sitt nervsystem. Terapeutisk allians är en ömsesidig upplevelse mellan patient och behandlare (Porges & Dana, 2018).

En informant uttryckte explicit att vi speglar varandra i ett möte mellan människor. Detta stämmer väl överens med forskningen om spegelneuroners funktion som beskrevs inledningsvis av Rizzolatti och Craighero (2004) och hans kollegor. Författarna såg att samma områden i hjärnan aktiverades på apor som såg en människa utöva en aktivitet, som om de själva hade utfört aktiviteten. Damasio (2011) skriver att kartläggandet av spegelneuronernas existens har belyst den roll som sådana neuroner kan spela för vår förståelse av andra personers agerande genom att försätta oss själva i ett motsvarande tillstånd. Empati är ett begrepp som grundar sig på denna förmåga.

Informanterna berättade även om vikten av kroppsspråket hos behandlaren, t.ex. vikten av att mötas av ett leende vilket förstärker känslan att bli sedd och lyssnad på. Ellingson (2017) redogör för att man uppskattar att cirka 90 procent i ett möte är icke-verbalt, att det förmedlas genom kroppsliga tecken och gester och inte genom det talade språket. När det verbala och icke-verbala inte överensstämmer tenderar vi att lita på de icke-verbala tecknen.

Att bli bemött med respekt

Informanterna påtalade vikten av respekt i möten med vården, till exempel att bli mött utan antaganden och fördomar. Fossum (2019) poängterar betydelsen av att ta emot patientens berättelse utan att bedöma och värdera. Han menar att det är viktigt att vi inom vården har en hållning som präglas av acceptans, respekt och intresse. Löfgren (2010) har undersökt vikten av bemötande i multimodal rehabilitering för kvinnor med fibromyalgi. Hon kom fram till att ett respektfullt möte med personal och med andra patienter i samma situation, tillsammans med ökad kontakt med sin kropp och kroppens signaler kunde hjälpa kvinnorna att börja respektera sina egna gränser och förändra sin självbild positivt.

Informanterna i föreliggande studie poängterade även vikten av ett jämlikt bemötande mellan kvinnor och män och bortsett från bakgrund och kultur vilket är helt i linje med diskrimineringslagen (Göransson, 2013). Betydelsen av att bli bemötta med respekt framkom bland annat genom att informanterna lyfte fram att de hade lättare att börja se på sig själva med självrespekt. Det kan även leda till att känna medkänsla med sig själv vilket förstärks av de workshops i självmedkänsla som ingår i rehabiliteringsprogrammet. Flera av deltagarna tog upp att de tidigare inte varit så snälla mot sig själva. Självmedkänsla, compassion, handlar om att kunna bemöta sig själv och andra med omsorg, förståelse och värme, speciellt vid svårigheter i livet (Andersson, 2013).

Att det finns en röd tråd

Informanterna berättade här om vikten av att det finns en röd tråd i bemötandet. I varje möte behövs det en röd tråd, vad är tanken med mötet och vart ska det leda. I detta ingår även betydelsen av att personalen kan förmedla kunskap och vikten av stöd från teamet genom hela rehabiliteringsprocessen. Oosterhof et al (2014) kom i sin kvalitativa studie fram till några faktorer som var extra betydelsefulla för att den multimodala rehabiliteringen skulle bli så bra som möjligt. Dessa faktorer var att patienternas upplevelser togs på allvar, att patienterna fick en tydlig förklaring av smärtan, att det fanns ett engagemang hos personalen och att det fanns en öppen kommunikation mellan personal och patient. Patienterna värdesatte också att personalen var fokuserade på att tillsammans med patienterna finna lösningar, att vägleda dem i deras inlärningsprocess och hjälpa dem att se på sin situation utifrån ett nytt perspektiv.

Informanterna berättade om vikten av kunskap om sin smärta. Det finns forskning som stödjer att kunskap om smärta minskar smärtupplevelsen. Lee et al (2016) beskriver hur man genom att lära ut smärtekunskap förbättrar patienters kunskap om smärtbiologi och att detta kan förbättra funktionen, minska katastroftankar och även minska smärta.

Att se helheten

Här lyfte informanterna upp betydelsen av att bli bemött som en hel människa. Att man på det sättet även hjälper den som blir bemött att se helheten. Att bli bemött som en människa med smärta, inte som en smärtpatient. Att bli bemött som en hel människa är något som stämmer väl överens med det personcentrerade förhållningssättet som är en del av föreliggande studies teoretiska referensram (Danielsson, 2015; Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Flera informanter beskrev att de under rehabiliteringen fått hjälp att se helheten i sig själva, och blivit uppmärksamma på känslornas betydelse. Författaren reflekterar över att olika delar av rehabiliteringen har hjälpt till med detta. Dels de workshops som psykologerna håller i, där man talar mycket om känslor. Men även fysioterapeuternas mer integrativa metoder, där man övar sig i att uppmärksamma det som är och blir uppmärksam på både tankar, känslor och kroppsörnimmelser. Kroppskännedom är ett sätt att öva sig i att uppmärksamma kroppen som en helhet, något som kan vara svårt när man har smärta och smärtsignalerna tar mycket av uppmärksamheten. Biguet (2018) har i sin avhandling gällande acceptans och kroppskännedom vid långvarig smärta bland annat kommit fram till att när individerna kunde lyssna till sina kroppar på ett lugnt, reflekterande sätt med ett förhållningssätt baserat på självmedkänsla, öppnade det upp för en acceptans för att kroppen var en del av dem. Detta kan vara ett sätt att hitta tillbaka till att kroppen och sinnet är en helhet och kan vara en början till att börja lita på kroppen igen, trots smärta.

Att staka ut en riktning

Här berättade informanterna om att ett gott bemötande karaktäriseras av att bli bemött i sitt behov av att staka ut en riktning, men även vikten av att ta med sig redskap och kunskap framåt och våga känna hopp och känna sig stärkt. Hållstam et al (2015) har i sin artikel med det talande namnet "Change is possible" intervjuat deltagare i multimodal rehabilitering ett år efter avslut. Informanterna beskrev sin process från ett liv som styrs av smärtan, till ett liv som är värt att leva. Författarna beskrev även hur informanterna blev medvetna om sin egen styrka, att de inte var offer för smärtan, utan att de kunde ta eget ansvar och påverka sin situation.

Informanterna i föreliggande studie berättade också om att de har fått hjälp till självhjälp och en större tilltro till sin egen förmåga. Self-efficacy är ett begrepp myntat av Bandura (1990) som syftar till personens tilltro till att klara en handling i en särskild situation. För att lyckas med beteendeförändringar är det viktigt att man har en tilltro till att förändringarna kommer att leda till ett önskat resultat, med en acceptabel grad av ansträngning. Man behöver också känna sig tillräckligt kompetent att överkomma upplevda hinder för att strida till verket (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

Att staka ut en riktning framåt beskriver även Biguet (2018) i sin avhandling. Hon beskriver hur informanterna i hennes studie beskrev en upplevelse av att vara i rörelse, en resa i riktning mot ett meningsfullt liv trots smärta.

4.2 Metodologiska överväganden

En brist i studien kan vara att författaren arbetar på samma klinik som informanterna rekryterades ifrån, vilket skulle kunna innebära en risk att informanterna ej berättade lika öppenlydigt, kanske särskilt gällande ett mindre bra bemötande. Dock valde författaren informanter där hon ej själv var involverad kliniskt för att minska denna risk. Hon har också varit tydlig med sekretessen. Det kan dock ej uteslutas att det ändå har påverkat resultatet.

En brist i denna studie kan vara att författaren såväl som handledare båda är fysioterapeuter. Malterud (2014) skriver att om flera personer, med olika yrkesmässiga perspektiv, deltar i analysen av data ökar studiens validitet. Denna process kan enligt Malterud även kallas observatörstriangulering. I den aktuella studien kan olika perspektiv även innefatta att handledaren har stor erfarenhet av kvalitativ forskning och undervisning inom ämnet fysioterapi, och författaren erfarenhet av kliniskt arbete som fysioterapeut med den aktuella patientgruppen. Det kan dock inte uteslutas att en ytterligare styrka hade varit om författaren och handledaren samarbetat med ytterligare en person med en annan profession.

Detta gäller framförallt under analysfasen men även vid utarbetandet av intervjuguiden.

För att hinna genomföra studien inom den angivna tidsramen tog författaren in en extern person med sekretess för att transkribera fyra av de fem intervjuerna. Det kan ses som en svaghet då författaren ej transkriberat alla intervjuer. Dock har författaren personligen genomfört alla intervjuer och lyssnat och läst igenom dem många gånger. Hon har även återgått många gånger till intervjuerna och lyssnat och läst, för att se att resultatet överensstämmer med informanternas livsvärld.

Urvalet av informanter är centralt inom kvalitativ forskning. En styrka i studien är att studien har en bra spridning på informanter beträffande ålder, diagnoser, kön och bakgrund. Fastän man inom fenomenologin inte betonar vikten av att informanterna är representativt fördelade kan det ändå vara intressant att lyfta fram att spridningen avseende sociodemografiska data bland informanterna stämmer väl överens med den population studien avser att undersöka. Enligt NRS (Nationella registret över smärtrehabilitering, 2019) var 80% av de som fullföljde ett rehabiliteringsprogram under året 2018 kvinnor, vilket stämmer väl med fördelningen i denna studie. Av de som fullföljde rehabiliteringsprogram hade 17% icke nordisk härkomst, vilket också stämmer väl med andelen i denna studie. Studien har även nått en spridning gällande diagnoser och ålder.

En styrka hos studien kan vara att författaren medvetet försökt att vara inkännande och närvarande i intervjuerna och i analysen. Här var det särskilt viktigt att vara uppmärksam på egna kroppsliga signaler. Ellingson (2017) skriver att vi när vi rapporterar om vår forskning bör skriva in vår kropp i forskningstexten. Även Kvale (2014) skriver att kroppen är en förmedlare av förförståelse och att denna aspekt behöver komma fram både i intervjukontexten och forskningsrapporten.

Författarens förförståelse har både varit en tillgång och en utmaning i denna studie. Tillgången kan ha varit att författaren arbetat många år som fysioterapeut och har erfarenhet av många möten i vården. Författaren har haft lätt för att förstå de situationer i vården som informanterna har beskrivit. Författaren upplevde intervjusituationerna som fina närvarande möten och upplevde att informanterna delgav sina erfarenheter öppenlyst och engagerat. Det tycktes som att informanterna tyckte att själva berättandet var givande och gav nya insikter. En utmaning med författarens förförståelse har varit att vid intervjuerna inta rollen som forskare istället för behandlare. Under intervjuerna var det nödvändigt att vara öppen och lyssna aktivt efter informanternas levda erfarenheter utan att låta detta leda fram till åtgärder. Författaren har dock varit medveten om detta och har vid flera tillfällen diskuterat det med handledaren både efter provintervjun och under hela intervjufrasen.

4.3 Kliniska implikationer

Författarens förhoppning är att denna studie ska bidra till att öka kunskapen om hur betydelsefullt ett gott bemötande är för personer med långvarig smärta, inte bara i början utan under hela rehabiliteringsperioden. Det blir tydligt att informanterna har en klar uppfattning om vad ett gott bemötande innebär, dock kan det vara bra att vara medveten om att ett gott bemötande är ett komplext fenomen och innefattar många olika aspekter. För fysioterapeuten, likväl som för hela det multimodala teamet, är det av vikt att vara medveten om dessa aspekter och betydelsen av dessa för att rehabiliteringsperioden ska bli så bra som möjligt.

4.4 Implikationer för fortsatta studier

Denna studie hade syftet att utforska ett gott bemötande. I intervjuerna framkom även dess motsats, ett mindre bra bemötande. Det vore intressant att utforska detta fenomen mer ingående och framförallt vad det har för betydelse eller konsekvenser för den enskilde personen.

Metoden som valdes i denna studie var semistrukturerade djupintervjuer. Multimodal rehabilitering sker mycket i grupp och grupprocessen är en del av rehabiliteringen. Det vore därför spännande att göra fokusgruppsdiskussioner med personer som genomgått multimodal rehabilitering. En annan intressant studie skulle kunna vara att intervjua vårdpersonal om vad de anser vara ett gott bemötande.

Primärvården är den första instansen inom vården där de flesta med smärta söker hjälp. Det finns även en strävan från politiskt håll att allt mer av vården ska skötas i där. Tyvärr är tiden ibland knapp vid vårdbesök i primärvården och vårdpersonalen ska hinna med många besök per dag. Det vore intressant att göra en studie av patienters upplevelse av bemötande i primärvård och se hur dessa aspekter påverkar bemötandet.

5 Slutsats

Patienter med långvarig smärta har både erfarenhet av och verkar även ha tydliga uppfattningar om vad som karaktäriserar ett gott bemötande. Det upplevs inte bara betydelsefullt utan även som en del i själva rehabiliteringen vid långvarig smärta. Bemötande är dock ett mångfasetterat fenomen och innefattar flera aspekter. I föreliggande studie beskrevs sex sådana aspekter som utgjorde den grundläggande innebörden i ett gott bemötande. Det övergripande temat var att

bygga en bro av förtroende och beskriver själva betydelsen eller syftet med ett gott bemötande. För fysioterapeuten, likväl som för hela det multimodala teamet, är det av vikt att vara medveten om bemötandets betydelse för patienter med långvarig smärta. Det kan öka förutsättningarna för goda möten i vården.

6 Tack

Ett stort tack till min handledare Gabriele Biguet som stöttat mig entusiastiskt genom hela studien. Tack också till informanterna som så generöst delat med sig av sina upplevelser.

7 Referenser

- Andersson, C. (2013). *Compassionfokuserad terapi* (1. utg.). Stockholm: Stockholm : Natur & Kultur.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13(1), 9-17.
doi:10.1016/0149-7189(90)90004-G
- Barrett, L. F., Lindberg Gombrii, S., & Scott, A. (2018). *Så skapas känslor : hjärnans hemliga liv*. [Stockholm]: Natur & Kultur.
- Biguet, G. (2018). The meaning of acceptance and body awareness for individuals living with long-term pain : implications for rehabilitation: Inst för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle / Dept of Neurobiology, Care Sciences and Society.
- Blennberger, E. (2013). *Bemötandets etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bragée, B. W. (2009). *Kroppens mening : studier i psykosomatiska lösningar*. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
- Bragée, B. W. (2012). *När kroppen säger ifrån : program för självhjälp*. Stockholm: Stockholm : Britt Bragée : Vulkan.
- Bragée kliniker. (2019). Hämtad December 20 från <https://www.bragee.se/>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333.
doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Bullington, J. (2007). *Psykosomatik : om kropp, själ och meningsskapande* (1. uppl.). Lund: Lund : Studentlitteratur.
- Clarke, K. A., & Iphofen, R. (2005). Believing the patient with chronic pain: a review of the literature. *British Journal of Nursing*, 14(9), 490-493.
doi:10.12968/bjon.2005.14.9.18073
- Croona, G. (2003). *Etik och utmaning : om lärande av bemötande i professionsutbildning*. Växjö: Växjö Univ. Press.
- Damasio, A. R. (2011). *Du och din hjärna : så skapar hjärnan ditt medvetande*. Sundbyberg: Optimal.
- Danielsson, L. (2015). Personcentrering i Fysioterapi. Hämtad December 22 2019 från http://fysioterapi.se/wp-content/uploads/forskningpagar_fysioterapi_8_15.pdf
- Ellingson, L. L. (2017). *Embodiment in qualitative research*. Abingdon, Oxon ;; Routledge.
- Finlay, L. (2012). 'Writing the pain' : engaging first-person phenomenological accounts. 12, 1-9.
- Flensner, G., Ek, A.-C., & Söderhamn, O. (2003). Lived experience of MS-related fatigue--a phenomenological interview study. *International journal of nursing studies.*, 40(7), 707-717. doi:10.1016/s0020-7489(03)00010-5
- Fossum, B. (2019). *Kommunikation : samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178-192.
doi:10.1037/a0037511

- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education : theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Grundström, H., Alehagen, S., Kjølhede, P., & Berterö, C. (2018). The double-edged experience of healthcare encounters among women with endometriosis: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 205-211. doi:10.1111/jocn.13872
- Gustafsson, C., Gustafsson, L.-K., & Snellman, I. (2013). Trust leading to hope - the signification of meaningful encounters in Swedish healthcare. *International Practice Development Journal*, 3(1), n/a.
- Göransson, H. G. (2013). *Diskrimineringslagen*. Stockholm: Norstedts juridik.
- Hållstam, A., Stålnacke, B. M., Svensen, C., & Löfgren, M. (2015). "Change is possible": Patients' experience of a multimodal chronic pain rehabilitation programme. *Journal of rehabilitation medicine.*, 47(3), 242-248. doi:10.2340/16501977-1926
- Höglund-Nielsen, B., & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Jakobsson, U. (2007). Encounters in health care services. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 84(6).
- Karlsson, G., & Tham, K. (2006). Correlating facts or interpreting meaning: two different epistemological projects within medical research. *Scandinavian journal of occupational therapy.*, 13(2), 68-75. doi:10.1080/11038120600772965
- Kristenson, M., Herlofson, J., & Maripuu, S. (2017). The good encounter which strengthens the patients' resilience and health. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 94(2).
- Kvale, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. [rev.] uppl.). Lund: Lund : Studentlitteratur.
- Lee, H. H., McAuley, J. J., Hübscher, C. M., Kamper, L. S., Traeger, L. A., & Moseley, L. G. (2016). Does changing pain-related knowledge reduce pain and improve function through changes in catastrophizing? *PAIN*, 157(4), 922-930. doi:10.1097/j.pain.0000000000000472
- Linton, S. J. (2013). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Löfgren, M. (2010). Multiprofessional rehabilitation for women with fibromyalgia : Quantitative and qualitative studies: Institutionen för folkhälsovetenskap / Department of Public Health Sciences.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Kroppens fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Moseley, G. L., & Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *J Pain*, 16(9), 807-813. doi:10.1016/j.jpain.2015.05.005
- Nationella registret över smärtrehabilitering. (2019). NRS. Hämtad December 20 2019 från <https://www.ucr.uu.se/nrs/>
- Oosterhof, B., Dekker, J. H. M., Sloots, M., Bartels, E. A. C., & Dekker, J. (2014). Success or failure of chronic pain rehabilitation: the importance of good interaction - a qualitative study under patients and professionals. *Disability and rehabilitation.*, 36(22), 1903-1910. doi:10.3109/09638288.2014.881566
- Ozolins, L.-L. (2011). *Beröringens fenomenologi i vårdsammanhang*. Växjö: Linnaeus University Press.

- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 76 Suppl 2(2), S86. doi:10.3949/ccjm.76.s2.17
- Porges, S. W., & Dana, D. (2018). *Clinical applications of the polyvagal theory : the emergence of polyvagal-informed therapies*.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror- neuron system. *Annual review of neuroscience*, 27, 169.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta : en systematisk litteraturöversikt/ Vol 1*. Stockholm: Stockholm : Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2010). *Rehabilitering vid långvarig smärta : en systematisk litteraturöversikt : partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1+2*. Stockholm: Stockholm : Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019). *Behandling av långvariga smärttillstånd med fokus på kvinnor [Elektronisk resurs]*.
- Stenroth, I. (1992). *E.G. Geijers dikt Odalbonden*. Göteborg: Litteraturvet. inst., Göteborgs univ.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Personcentrerad vård. Hämtad December 20 2019 från https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Svensk_sjukskoterskeforening_om/Personcentrerad-vard/
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). Uppgifter och kompetensbehov vid multimodal rehabilitering. Hämtad December 22 2019 från <https://skr.se/download/18.59311cdd145ac7ef71c44021/1399393837891/Kompetens-och-uppgifter-multimodal-rehabilitering.pdf>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). Nationellt uppdrag: Smärta. Hämtad December 20 2019 från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-444-1.pdf>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
- Werner, M., & Leden, I. (2010). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

Bilaga 1

Intervjustudie om bemötande under rehabilitering

Är Du intresserad av att delta i en intervjustudie om innebörden av ett gott bemötande?

Leg. fysioterapeut Josefine Kronstrand kommer inom ramen av ett magisterprogram vid Karolinska Institutet att genomföra en intervjustudie om bemötande under rehabilitering. Studiens syfte är att undersöka och beskriva hur patienter med långvarig smärta som gått i åtta veckors rehabilitering på Bragée kliniker upplever gott bemötande.

Förfrågan om deltagande

Vi söker Dig som deltagit i rehabilitering under åtta veckor på Bragée kliniker, eller är i slutet av dina åtta veckor. Du ska inte befinna dig i en akut kris. Du ska inte ha svårigheter med svenska språket i tal och skrift som begränsar din förståelse. Sammanlagt kommer 4–5 personer delta i denna intervjustudie.

Hur går studien till?

Intervjun tar ca 45 min. Projektansvarig fysioterapeut Josefine Kronstrand kommer att genomföra intervjun. Plats och tid bestäms i samråd med Dig. Ljudinspelning under intervjun kommer att ske för att underlätta bearbetningen av materialet.

Finns det några risker respektive fördelar?

Intervjustudier kan innebära en risk att Du lämnar ut information som du ångrar efteråt. Därför är det viktigt att komma ihåg att Du styr samtalet själv och kan ta upp de ämnen som du önskar. Studien kan ge ökad kunskap och förståelse för bemötande som kan komma till nytta för klinikens utvecklingsarbete och även ligga till grund för fortsatta studier inom området.

Hantering av data och sekretess

Inga personuppgifter kommer att samlas in eller registreras. Intervjun kommer att analyseras av projektansvarig och handledaren efter att den skrivits ut ordagrant. Materialet kommer att bli avidentifierat och förvaras oåtkomligt för obehöriga. Presentation av resultatet kommer att redovisas som examensarbete vid Karolinska Institutet. Du kommer att avidentifieras vid presentation och inga data som kan härleda till Dig kommer att presenteras.

Verksamhetsansvarig på Bragée kliniker har godkänt studien ur patientsäkerhetssynpunkt. Om Du har frågor angående hantering av personuppgifter vänligen kontakta verksamhetsansvarig på Bragée kliniker Peter Alexanderson 070 - 7550761.

Att ta del av studiens resultat

Du kan få tillgång till studiens resultat genom projektansvarig fysioterapeut Josefine Kronstrand eller handledaren Gabriele Biguet. Kontaktuppgifter se nedan.

Försäkring och ersättning

Du kommer att omfattas av patientskadeförsäkring. Ingen ersättning för deltagandet i studien utgår.

Frivillighet

Du deltar i studien frivilligt och kan när som helst avbryta deltagandet utan att det påverkar pågående behandling eller framtida behandling inom vården.

Om Du är intresserad av att delta kommer Du att bli uppringd inom några dagar för att besvara några frågor och eventuellt boka tid och plats för intervjun. Lämna nedanstående talong till receptionen.

Har Du några frågor angående studien kontakta leg fysioterapeut Josefine Kronstrand.

Projektansvarig:

Josefine Kronstrand
Leg. Fysioterapeut
Josefine.kronstrand@bragee.se
Tel 0709-163461

Handledare:

Gabriele Biguet med. dr, Leg.
Sjukgymnast,
Karolinska Institutet, NVS, sektion för
fysioterapi gabriele.biguet@ki.se
Tel 524 888 25

Efter att ha tagit del av information om studien ger jag mitt samtycke till att projektansvarig kontaktar mig för information om studien och eventuell bokning av tid för intervju.

Telefonnummer

.....

Mail (frivilligt)

.....

Namnunderskrift

.....

Namnförtydligande

.....



Information till deltagaren innan intervjun: Innan vi påbörjar intervjun vill jag påminna dig om att:

Studiens syfte är att beskriva vilken mening/innebörd patienter med långvarig smärta ger fenomenet "Det goda bemötandet". Alla som intervjuas är i slutet av eller efter deltagandet i multimodal rehabilitering som varat i åtta veckor. Det gäller den här kliniken. Det är du som styr samtalet och du kan ta upp det som känns viktig för dig. Jag vill också påminna dig att det inte finns något rätt eller fel när det gäller dina egna tankar och upplevelser och det är just det vi är intresserade av.

Jag vill påminna dig om att du kan avbryta intervjun och deltagandet i studien när som helst utan att det påverkar pågående behandling eller framtida behandlingar inom vården.

Information gällande sekretess: Inga personuppgifter kommer att samlas in eller registreras. Intervjun kommer att analyseras av projektansvarig och handledaren efter att den skrivits ut ordagrant. Materialet kommer att bli oidentifierat och förvaras oåtkomligt för obehöriga. Presentation av resultatet kommer att redovisas som examensarbete vid Karolinska Institutet. Du kommer att oidentifieras vid presentation och inga data som kan härleda till Dig kommer att presenteras.

Bakgrundsdata: Ålder, kön, familj, utbildning och arbete, sjukskrivning, diagnos och kort sjukhistoria, härkomst, deltagit i rehabilitering tidigare, förbättring/försämring under rehab?

Ingångsfråga: När jag säger "Det goda bemötandet", vad är det första du kommer att tänka på?

Om vi nu kommer in på den här kliniken. Hur har du upplevt bemötandet här?

Tema: Hur det känns och tankar som växer

Kan du ge exempel på något eller några tillfällen när du har känt dig väl bemött?
Jag syftar på den här kliniken.

Vad var det i det mötet eller vid det tillfället som gjorde att du kände dig väl bemött?

Hur känns det att bli väl bemött? Kan du märka det i kroppen på något sätt?

Kan du ge ett exempel på ett tillfälle när du inte har blivit väl bemött? Minns du hur du tänkte/kände då? Kan du märka det i kroppen på något sätt? Jag syftar på den här kliniken eller någon annanstans.

Tema: Betydelse

Vad har ett gott bemötandet för betydelse för dig? Jag tänker i första hand på rehabiliteringsperioden här.

Har det påverkat din rehabilitering på något sätt?

Om vi tar ett tillfälle där du inte blivit väl bemött, vad har det betytt för dig?

Tema: Att dela upplevelser/erfarenheter med andra

Har du diskuterat bemötandet med andra deltagare i gruppen?

Har du pratat om bemötandet med några som arbetar här på kliniken?

Pratar du med anhöriga/bekanta om bemötandet?

Tema: Råd/förbättringsförslag

Om du skulle ge råd till oss som arbetar här som hjälp i vårt kvalitetsutvecklingsarbete, vad skulle du vilja berätta då? Här vill jag påminna om sekretessen, att eventuell feedback kommer att ges övergripande så att det ej kan spåras till dig.

Om du skulle beskriva det ultimata bemötandet, någon sorts ”dröm-bemötande”, alltså inte någon erfarenhet du haft utan något som du skulle få konstruera helt själv, hur skulle det kunna se ut?

Avslutning

Tycker du att vi har varit inne på områden som är av vikt för dig vad gäller bemötande?

Vill du tillägga något?

Hur har du upplevt det här samtalet/intervjun? Hur känns det nu?

Tack för ditt deltagande!

Frågor från de övergripande temana följs upp med följdfrågor så som: Hur menar du då? Vad gjorde du då? Vad kände/tänkte du då? På vilket sätt?

Samtycke

Jag har tagit del av skriftlig och muntlig information som berör deltagande i intervjustudien

”Det goda bemötandet”.

Jag har fått tillfälle att ställa frågor om studien och fått dem besvarade och ger härmed mitt samtycke till att delta i studien.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande