



Sahlgrenska akademin
 VID GÖTEBORGS UNIVERSITET
 Sahlgrenska akademin
 Institutionen för neurovetenskap och fysiologi
 Enheten för Audiologi

HT 2008

SJÄLVSTÄNDIGT ARBETE I AUDIOLOGI, VAU280, 30 hp

Avancerad nivå

<p>Titel Audionomers tillvägagångssätt vid utvärdering av audiologisk rehabilitering: Fokusgruppsintervjuer med erfarna audionomer 2008</p>	
<p><i>Författare</i> Gunilla Wänström Kronsjö Leg audionom</p>	<p><i>Handledare</i> Marie Öberg Med.Dr/leg. audionom Thomas Lunner Professor kognitiv hörselvetenskap</p>
	<p><i>Examinator</i> Lennart Magnusson Universitets lektor audiologi</p>
<p><i>Sammanfattning</i> Bakgrund Vårt uppdrag inom hörselvården är bland annat att erbjuda habilitering och rehabilitering för individer med hörselnedsättning. Vi ska även utvärdera samt kvalitetssäkra den audiologiska rehabiliteringen enligt Hälso och sjukvårdslagen (HSL). Det är av stor vikt att utvärdera och kvalitetssäkra den audiologiska rehabiliteringen för individen men också att kunna utvärdera och dokumentera att vi når de uppsatta målen enligt HSL.</p> <p>Syfte Syftet med denna studie var att försöka komma fram till audionomers uppfattningar och erfarenheter av hur de utvärderar resultatet av en audiologisk rehabilitering. Fokusgruppsintervjun syftade till att leda fram till vilka frågor audionomerna ställer, vilka svar och observationer som görs, samt hur bedömning görs vid utvärdering av helhetsresultatet av audiologisk rehabilitering.</p> <p>Metod/material Den kvalitativa metoden med fokusgruppsintervjuer användes för insamling av data. Intervjuerna genomfördes vid två tillfällen på kliniken Linköping under år 2008. Analyserna av fokusgruppsintervjuerna gjordes med inspiration från induktiv tematisk analys/kodning (TA). Deltagare var sju erfarna audionomer vilka samtliga arbetade med audiologisk rehabilitering och de hade arbetat med audiologisk rehabilitering mellan tre och trettioåtta år.</p> <p>Resultat Vid analys av det inspelade och transkriberade materialet från de båda fokusgruppsintervjuerna urskildes ett antal teman som audionomerna återkom till när de diskuterade hur de utvärderade helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering. Dessa teman var: <i>Praktiska kontroller, ljudkvalitet kontroller, sociala frågor, livskvalitet, lyckad rehabilitering, varken bra eller dålig rehabilitering, mindre lyckad rehabilitering, nöjda samt individperspektivet.</i></p> <p>Konklusion Audionomerna i denna fokusgruppsintervju ställer liknande frågor till brukarna och är mycket noga med att påpeka individperspektivets betydelse vid helhetsutvärdering av audiologisk rehabilitering. Det är utifrån varje individs förutsättningar som de utvärderar resultatet och fokus ligger inte på att bedöma resultatet utifrån hur många timmar som brukaren använder sina hörapparater.</p> <p>Nyckelord: Fokusgrupp, audiologisk rehabilitering, utvärdering, individperspektiv</p>	



MASTER RESEARCH THESIS IN AUDIOLOGY, VAU280, 30 ECTS

Advanced level

Title

**Audiologists way of evaluating Audiological rehabilitation:
Focus group interviews with experienced audiologists 2008**

Author

Gunilla Wänström Kronsjö
Audiologist

Supervisor

Marie Öberg PhD/audiologist
Thomas Lunner Professor Cognitiv Hearing Science

Examiner

Lennart Magnusson Senior lecture audiology

Abstract

Background

Our main goal in the clinic is to offer rehabilitation for individuals with hearing losses. The outcome of audiological rehabilitation shall be evaluated in line with the HSL (Swedish health law 2008:3). It is most important to evaluate the results of the audiological rehabilitation for the individual as well as to make sure to reach the goals of HSL.

Aim

The aim of this study was to try to investigate the audiologists' opinions and experiences how to evaluate audiological rehabilitation. The aim with the focus group interview was to collect increased knowledge regarding questions, answers and observations audiologists consider when evaluating audiological rehabilitation.

Method/material

Qualitative method with focus group interviews for collecting data took place at the clinic in Linköping during 2008. Data was analysed with influences from template analysis (TA).

The seven participants in the interview were all experienced audiologists and had been working with audiological rehabilitation between three and thirty-eight years.

Result

Analysing the recorded and transcribed material from the two focus group interviews show a number of themes that the audiologists discussed. These themes were: *Practical controls, sound quality controls, social questions, quality of life, successful rehabilitation, nor good nor bad rehabilitation, less successful rehabilitation, satisfaction and the individual perspective.*

Conclusion

The audiologists approximately ask the same questions to their patients. They emphasise the importance of the individual perspective when evaluating audiological rehabilitation without focusing on how many hours per day patients use their hearing aids. Audiological rehabilitation is a complex process and it is most important to consider the individual perspective when evaluating the result.

Key words: Focus group, audiological rehabilitation, evaluation, individual perspective

FÖRORD

Jag vill tacka mina kollegor vid Hörselklinikerna i Linköping/Motala för att ni så generöst delat med er av era kunskaper vid de fokusgruppsintervjuer som ägde rum på kliniken under 2008.

Jag vill tacka hörselvårdschef Anette Lagergren för att så många audionomer kunde frigöras från schemat så att så många audionomer hade möjlighet att delta vid intervjuerna.

Jag vill tacka mina handledare, Med.Dr/leg. audionom Marie Öberg och Professor i kognitiv hörselvetenskap Thomas Lunner för alla de diskussioner, råd och uppmuntran jag alltid har fått under studiens gång. Likaså vill jag tacka min handledare i Göteborg, Med.Dr/leg. audionom Ann-Kristin Espmark för råd under studietiden.

Jag vill tacka Professor i klinisk psykologi Gerhard Andersson för givande diskussion angående metoder och analyser.

Tack till alla som på olika sätt varit engagerade med stöd och handledning under arbetets gång.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	1
1. INLEDNING.....	2
2. BAKGRUND.....	2
2.1 Clinical Global Impression.....	3
2.2 Audiologisk rehabilitering.....	3
2.3 International Classification of Impairments, Disability and Health.....	4
2.4 Hälsa och sjukvårdslagen.....	5
2.5 International Outcome Inventory for Hearing Aids.....	5
2.6 Utvärdering.....	5
2.7 Kvalitativ forskningsmetod.....	7
2.8 Fokusgrupper.....	8
2.9 Etiska överväganden.....	9
3. SYFTE.....	9
4. METOD OCH MATERIAL.....	9
4.1 Genomförande av ostrukturerad fokusgruppsintervju på kliniken i Linköping.....	9
<i>Antal deltagare och urval.....</i>	9
<i>Ålder och utbildningstid.....</i>	10
<i>Förberedelser.....</i>	10
<i>Checklistor och intervjuguide.....</i>	10
<i>Scenarier/vinjetter.....</i>	11
<i>Samtalsledare/moderator och bisittare.....</i>	11
<i>Första informationen på klinikmöte.....</i>	11
<i>Första fokusgruppsmötet.....</i>	12
<i>Andra fokusgruppsmötet.....</i>	13
4.2 Dokumentation och transkription.....	14
<i>Dokumentation.....</i>	14
<i>Transkription.....</i>	14
4.3 Analys.....	15
<i>Analysens genomförande.....</i>	16
<i>Tillförlitlighet.....</i>	17
5. RESULTAT.....	17
<i>Praktiska kontroller.....</i>	18
<i>Ljudkvalitet kontroller.....</i>	18
<i>Sociala frågor.....</i>	19
<i>Livskvalitet.....</i>	20
<i>Lyckad rehabilitering.....</i>	21
<i>Varken bra eller dålig rehabilitering.....</i>	22
<i>Mindre lyckad rehabilitering.....</i>	23
<i>Nöjda.....</i>	24
<i>Individperspektiv.....</i>	24
<i>Övriga resultat.....</i>	25
6. DISKUSSION.....	26
6.1 Metoddiskussion.....	26
6.2 Resultatdiskussion.....	32
6.3 Förslag på framtida studier.....	35
7. KONKLUSION.....	35
8. REFERENSER.....	37
BILAGOR.....	41

1. INLEDNING

”Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal med en eller flera personer, med eller utan hörapparat?” Enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) (1) och undersökningar om levnadsförhållanden (ULF undersökningen) ställdes denna fråga om hörsel när man skulle beräkna hur många personer i Sverige som upplevde sig ha nedsatt hörsel. Besvarades den frågan med ett nej, ansåg man att en hörselnedsättning fanns. Detta innebär enligt SCB att det finns drygt en miljon personer med hörselproblem i Sverige (1). Studier har visat att endast ca 50 % av de personer som har en hörselnedsättning och som skulle kunna ha nytta av hörapparater kontaktar hörselvården (2).

Vi står inför en generationsförändring i Sverige och i övriga västvärlden där vi ser flera äldre individer än vad tidigare generationer upplevt och där sannolikt fler kommer att använda hörapparat. Kraven från nya brukare kommer troligtvis att vara större än vad tidigare generationers har varit. Att inte kunna höra är ett folkhälsoproblem som förmodligen kommer att öka i framtiden.

Vårt uppdrag inom hörselvården är bland annat att erbjuda habilitering och rehabilitering för individer med hörselnedsättning. I hörselvårdens uppdrag ingår även att kvalitetssäkra den audiologiska rehabiliteringen. Det är av stor vikt att kunna utvärdera resultatet av den audiologiska rehabiliteringen dels för individen men dels också att kunna utvärdera och mäta att vi uppnår målen enligt Hälso och sjukvårdslagen (HSL) (3). Utvärdering har även stor betydelse för hur vi inom hörselvården kan möta granskningar från brukarorganisationer och politiker. Det kan handla om förändrade resurser som ska fördelas men det handlar också om att göra rätt saker för brukarna. Att kunna utvärdera hur detta eventuellt kan påverka resultatet av audiologisk rehabilitering för individen är viktigt att kunna förmedla till berörda parter. Det är således av stor vikt att hörselklinikerna kan utvärdera och kvalitetssäkra samt dokumentera den audiologiska rehabilitering så att en så god audiologisk rehabilitering som möjligt erbjuds individen. En god audiologisk rehabilitering ger en bättre livskvalitet för individen och en möjlighet att fungera bättre i den egna miljön samt i samhället i stort (4,5).

2. BAKGRUND

Den enkätstudie som Öberg m fl (6) genomförde 2004-2005 visade att ca 66 % av brukarna i Östergötland, Sverige använde sina hörapparater 4 timmar eller mer varje dag. Inkluderar vi de brukare som angett 1-4 timmar per dag visade det att ca 90 % använde sina hörapparater dagligen. Öberg m fl (7) utvecklade i en studie ett kvalitetssäkringsinstrument, Audiological Rehabilitation Clinical Global Impression of improvement (AR-CGI), för utvärdering och

kvalitetssäkring av den audiologiska rehabiliteringen ett år efter avslutad rehabilitering. Utvärderingen gjordes i form av en telefonintervju utförd av en audionom (framöver benämnd utvärderingsaudionom). Utvärderingsaudionomen som inte hade tillgång till någon information om brukaren, utförde uppföljningen och ställde frågor till brukarna med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide med betygssnyckel. Intervjuguiden med betygssnyckel var framarbetad med hjälp av litteraturstudier och med inspiration från psykiatri och bedömningsinstrumentet Clinical Global Impression (CGI) vilket är ett bedömningsinstrument där klinikern gör en helhetsbedömning av hur patienten har förbättrats eller försämrats efter behandling (8). Innehållet i den av Öberg (7) framtagna frågeguiden AR-CGI diskuterades därefter av några erfarna audionomer före användandet.

2.1 Clinical Global Impression

Inom psykiatri är CGI ett klassiskt instrument som används när man vill göra en helhetsutvärdering av en behandling. CGI används ofta även i klinisk forskning vid utvärdering av mediciner. Instrumentet utvecklades av The Early Clinical Drug Evaluation Program (ECDEU) (8). Bedömningen handlar om tre områden där klinikern använder sin erfarenhet av att bedöma resultat utifrån sin egen erfarenhet från liknande situationer; 1) hur sjuk är patienten enligt klinikerns erfarenhet av liknande patienter 2) hur stor är förbättringen för denna patient och 3) hur stor var effekten av behandlingen för denna patient. Helhetsbedömningen av resultaten görs på en sjugradig skala. CGI har under åren utvecklats för olika sjukdomstillstånd inom psykiatri. I artikeln: *The improved Clinical Impression Scale (iCGI): development and validation in depression* (9) beskrivs tillvägagångssättet och vidareutvecklingen av en semistrukturerad intervjuguide samt hur de utarbetat berättelser så att karakteristika för de olika bedömningssvaren blir tydligare. Resultatet från den studien visar att det är möjligt att bestämma dessa intryck med en hög nivå av inter-kodar överensstämmelse.

2.2 Audiologisk rehabilitering

En grund i dagens audiologiska rehabilitering är oftast en förstärkning via en hörapparat vars syfte är att förbättra hörandet och minska individens begränsningar i kommunikationen med omvärlden (10). I en audiologisk rehabilitering ingår även psykosocialt stöd och olika individuella insatser som är grundade på individens behov. En rehabiliteringsplan ska finnas och vara framarbetad tillsammans med individen (11). Enligt Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) (12) rapport söker individen för att förbättra sitt hörande i olika kommunikationssammanhang. Detta innebär att det bör finnas tid att fundera över de egna

behoven i olika vardagssituationer och att dessa sedan följs upp i den audiologiska rehabiliteringen.

Sett ur ett europeiskt perspektiv lägger olika aktörer idag in olika betydelse i begreppet audiologisk rehabilitering. I ett Europeiska Unionen (EU) projekt som är under utarbetning för standardisering av kvalitet i hörselrehabilitering kommer vi förhoppningsvis i framtiden att få förtydligat vad som ingår i en audiologisk rehabilitering. Förslaget är under bearbetning och beräknas vara klart att antas 01/2011 av Comité Européen de Normalisation (CEN) (13). I Sverige kan idag personer med hörselnedsättning och med behov av en hörapparat få den utprovad i landstingets regi men också hos olika privata vårdgivare. Organisationsstrukturen varierar över landet och likaså varierar de olika ersättnings och kostnadssystemen (12). Enligt Hörselfrämjandets riksförbund (HRF) (11) innebär begreppet audiologisk rehabilitering olika för olika kliniker i landet. För en del kliniker innebär audiologisk rehabilitering endast utprovning av hörapparat/er och de anser att utprovning av dessa är det som dominerar på de olika klinikerna.

Counseling i audiologisk rehabilitering innebär enligt Dillon (14) att det ges stöd i form av information och råd i tankeprocessen för att kunna hantera kommunikationssvårigheter i individens vardag. Dillon (14) påtalar vikten av att presentera informationen på ett för individen lämpligt sätt. Han nämner även att det sätt vi tillgodogör oss information på, är just individuellt (14). Counseling i kombination med en hörapparat Anpassning visar enligt Abrams (15) att individen upplever sin funktionsnedsättning som mindre än om det handlat om enbart en hörapparat Anpassning. Ett av målen för audiologisk rehabilitering är att minska individens negativa effekter av hörselnedsättningen i det dagliga livet så att det sociala samspelet och livskvaliteten påverkas så lite som möjligt. Målet för den audiologiska rehabiliteringen överensstämmer således med World Health Organisation (WHO) och International Classification of Impairments, Disability and Health (ICF) intention (16).

2.3 International Classification of Impairments, Disability and Health

ICF klassificerar funktionsnedsättningar och har ersatt tidigare klassificeringar. I versionen från 2001 används mera positiva och neutrala begrepp än vad som har använts i tidigare klassificeringssystem. I versionen från 2001 finns det möjlighet att värdera resurser och tillgångar och inte enbart fokusera på brister hos individen. Modellen beskriver funktionshinder som en begränsning för individen av att kunna delta i det sociala livet, som resultatet av interaktionen mellan begränsningar i varje individs hälsostatus och den

verklighet som är individens vardag. ICF presenterar en sammanhållen syn på hälsa hos individen (16).

2.4 Hälsa och sjukvårdslagen

Vårt uppdrag inom hörselvården är enligt Hälsa och sjukvårdslagen (HSL) 3 b § (3) att landstinget ska erbjuda de personer som bor inom landstinget habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för funktionshindrade som leder till att det dagliga livet påverkas så lite som möjligt av funktionsnedsättningen. Enligt 31 § i HSL (3) ska även kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Inom hörselvården ska vi således även kvalitetssäkra den audiologiska rehabiliteringen för att kunna utvärdera att vi uppnår målen enligt hälsa och sjukvårdens uppsatta mål för rehabilitering. Ett av de instrument som har utvecklats på senare tid för att användas som ett självskattnings- och utvärderingsinstrument inom audiologisk rehabilitering är frågeformuläret International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA) (17,18).

2.5 International Outcome Inventory for Hearing Aids

The International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA) (17,18) är ett frågeformulär som består av sju frågor där varje fråga har fem svarsalternativ mellan sämsta och bästa alternativet. Högre poäng innebär bättre resultat av rehabiliteringen. Alla frågor behandlar olika domäner och är konstruerad för att kunna göra en utvärdering av hur en audiologisk rehabilitering har utfallit. De olika domänerna är daglig användning, nytta, oförmåga, nöjdhet, kvarvarande begränsningar med att kunna delta i olika aktiviteter, påverkan på andra (anhöriga) på grund av hörselnedsättningen samt livskvalitet.

2.6 Utvärdering

Utvärdering kan enligt Arlinger m fl (19) utföras både subjektivt och objektivt. På senare år har det sakta skett en förändring från objektiva till subjektiva utvärderingar där hänsyn bland annat tas till hur individen upplever begränsningar i vardagen och allmänt hur nöjd brukaren är (10). Vid utvärdering av audiologisk rehabilitering har man tidigare oftast använt objektiva utvärderingar men dessa utvärderingar säger inget om hur det fungerar i vardagen för brukarna och kan i själva verket inte säga något om hur individen upplever sin situation (20). Det verkar inte finnas något gemensamt subjektivt utvärderingsinstrument som används i hela landet utan det är ofta egna frågeformulär framtagna på den egna kliniken, ibland i kombination med standardiserade frågeformulär och olika objektiva utvärderingar, som används. Resultaten från de subjektiva utvärderingarna blir inte kända för flertalet då få

studier är publicerade och granskade där man i Sverige har använt validerade och standardiserade utvärderingsinstrument för utvärdering av audiologisk rehabilitering (10). En helhetsutvärdering av audiologisk rehabilitering finns dokumenterad i Öbergs studie där utvärderingsinstrumentet AR-CGI är utvecklat och använt (7). Studien visade att instrumentet AR-CGI var enkelt att administrera, tog relativt kort tid att genomföra och gav dessutom brukarna en god service då det fanns möjlighet att ställa frågor som eventuellt hade uppkommit sedan de var på kliniken (7).

I enlighet med HSL (3) ska kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och utvärderas för att kvalitetssäkra habilitering och rehabilitering. Vid användning av utvärderingsinstrumentet IOI-HA (17) görs en utvärdering utifrån brukarens perspektiv i en enkät med fasta svarsalternativ. Utvärderingen tar inte hänsyn till individens möjligheter och begränsningar i vardagen. Det är angeläget att finna utvärderingsinstrument som är enkla att använda och som ger en rättvis bild av hur vardagen fungerar för brukarna sett utifrån individens behov och förutsättningar.

Enligt ICF (16) ska rehabiliteringen utgå från varje individs möjligheter att kunna delta i det sociala livet utifrån individens förutsättningar. Det bör således vid utvärdering av audiologisk rehabilitering vara en helhetsbedömning av varje individs förbättring av audiologisk rehabilitering där hänsyn tas till individens möjligheter. Utifrån ett liknande bedömningsinstrument som exempelvis utvärderingsinstrumentet CGI (8) kan utvärdering av audiologisk rehabilitering ge en mera rättvis bild av hur vardagen fungerar för individen. Det av stor betydelse att det är varje individs vardag som följs upp i utvärderingen och det är därför viktigt att följa upp en individuell rehabiliteringsplan såsom SKL (12) och HRF (11) förespråkar.

För att vidareutveckla den metod som är beskriven av Öberg m fl (7) kan audionomer intervjuas för att undersöka vilka frågor audionomerna ställer, vilka svar lyssnar man på, vilka observationer görs och på vad grundar man bedömningen när man bedömer helhetsresultatet av den audiologiska rehabiliteringen för brukaren. Finns det några avgörande frågor eller svar som påverkar hur man gör en helhetsutvärdering/bedömning av den audiologiska rehabiliteringen? Den nuvarande versionen av AR-CGI instrumentet och intervjuguiden togs fram utifrån ett begränsat underlag och det behövs empirisk kunskap om vad som är av betydelse för audionomer när de gör en helhetsutvärdering av audiologisk rehabilitering. Var det de optimala frågorna som ställdes i intervjuguiden för att man på bästa sätt skulle kunna göra den slutliga helhetsbedömningen?

Genom att genomföra fokusgruppsintervjuer på kliniken med erfarna audionomer kan vi få svar på hur audionomer gör vid utvärdering av helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering. Den tysta kunskapen som vi alla har, men hur gör vi egentligen när vi gör vår bedömning av resultatet?

2.7 Kvalitativ forskningsmetod

Den kvalitativa forskningen har ett empiriskt holistiskt perspektiv då den studerar verkligheten och olika mänskliga mönster och handlingar. En empirisk holistisk ansats tar hänsyn till helheten, ser sammanhangen och grundar sig i människors upplevda erfarenheter. Kvalitativa metoder används för utforskning och upptäckter och innehåller de tre grundelement som ingår i alla kvalitativa metoder vilka är upptäckt, kontext och djup samt tolkning/förklaring. Ofta är den kvalitativa forskningen induktivt orienterad vilket innebär att forskaren ”drar slutsatser från det enskilda och specifika” (21 s.90) för att finna teman i det material som finns.

Enligt Kvale (22) har fenomenologi tolkat på ett allmänt icke filosofiskt sätt dominerat i den kvalitativa forskningen. Fenomenologi har sitt filosofiska ursprung från den tyske filosofen och matematikern Husserl med medvetande och erfarenheten som grund och därefter en vidareutveckling till en existensfilosofi via Heideggers, den mänskliga livsvärlden och vidare till Sartre och Merleau-Pontys existensiella filosofi, den mänskliga handlingen (23). Olika tillvägagångssätt finns beskrivna av flera forskare om hur analysen kan genomföras. Giorgi har exempelvis beskrivit hur en fenomenologisk tolkning av texten kan utföras, att kunna se det som inte är synligt, att beskriva psykologiska fenomen så som de upplevs (23,24). Det är inte möjligt att ge exakta instruktioner om hur man ska gå tillväga när det gäller en öppen beskrivning enligt Kvale (22) mer än att det handlar om ”se och lyssna”, ”inte tänka men se” enligt honom.

I hermeneutiken är forskningsprocessens syfte att förändra forskarens förståelse och kan vara särskilt lämplig vid fallstudier. Hermeneutiken handlar om att meningen av en del endast kan förstås om vi sätter den i samband med helheten och vice versa, den hermeneutiska spiralen/cirkeln och användes till en början framförallt vid bibeltolkningar etc. Språket är ett viktigt redskap i hermeneutiken (24).

Den kvalitativa metoden fenomenografi handlar om att försöka förstå människors olika uppfattningar, att kunna se hur många uppfattningar som finns. Analysen i fenomenografi handlar om att studera likheter och skillnader i uppfattningar (24).

Induktiv tematisk analys/kodning (24,25,26) grundas på innehållsanalys från insamlat material med syftet hela tiden i tankarna under transkriberingen och där den första kodningen/struktureringen kan göras redan under transkriberingen. Vid användning av ostrukturerade intervjuer skapas teman vid transkriberingen/analysen och härifrån struktureras data vidare. Detta är en deskriptiv metod där mönster/teman upptäcks, sammanställs och tolkas. Vid en strukturerad intervju däremot innebär det att intervjufrågorna påverkar de teman som kommer fram då frågorna påverkar vilka svar som ges (24).

2.8 Fokusgrupper

Metoden med fokusgruppsintervju är använd från 1920 – talet och genombrottet för att använda fokusgrupper kom strax före andra världskriget. Klassiska böcker om fokusgrupper är dels Richard Kreugers *Focus groups: A Practical Guide for Applied Research*, och dels David Morgans *Focus Groups as Qualitative Research*. Båda dessa böcker tar upp olika aspekter av att använda fokusgrupper (27).

Intresset för fokusgrupper har ökat sedan 1980-talet och används idag inom olika ämnesområden (27,28). Fokusgruppsintervjuer är en kvalitativ forskningsmetod. En kort jämförelse mellan kvantitativa enkätundersökningar kontra kvalitativa fokusgruppsintervjuer kan beskrivas som att kvantitativt handlar om hur mycket, hur stort etc och kvalitativt syftar på innehållet etc. Båda metoderna syftar till att samla in data som därefter analyseras. I enkätundersökningar summerar och sammanställs resultaten från frågor som är bestämt av forskaren (24). I analysen av en fokusgruppsintervju krävs det en större förmåga att lyssna och att kunna dra slutsatser av vad som sagts i intervjun, en större flexibilitet, då forskaren inte har samma styrande roll som i en enkätundersökning (28).

Den kvalitativa fokusgruppsintervjun innebär att ett antal personer möts i en grupp och diskuterar ett ämne som en person valt för diskussionen. Fokusgruppen kan beskrivas som en gruppintervju där deltagarna lämnar egna synpunkter på ämnet som forskaren bestämt. Diskussionen grundas på deltagarnas egen erfarenhet i ämnet och viktigt är att diskussionen förs mellan deltagarna och inte med samtalsledaren/moderatoren (27). Bäst resultat från en fokusgrupp kan man förvänta sig då deltagarnas intresse delas av forskaren (28).

Metoden är mycket användbar då den skapar en spännande gruppdynamik/gruppinteraktion bland deltagarna. Interaktionen mellan deltagarna i en fokusgrupp är nyckeln till framgång och det som särskiljer fokusgruppsintervjun tydligast från en individuell intervju (29,30).

Fokusgrupper eller gruppdiskussioner, är en av de vanligaste kvalitativa

undersökningsmetoderna och har stor betydelse när vi vill lyssna och lära oss av andra människor (28).

2.9 Etiska överväganden

Ingen av deltagarna i fokusgruppen nämns vid sina egna namn utan förblir anonyma vid transkriberingen. Vid transkribering av data kodas deltagarna från A-G utifrån den turordning som de börjar delta i diskussionen. Banden arkiveras i ett låst skåp efter att de är transkriberade och analysen är klar. Under tiden som arbetet pågår med transkribering och analys är materialet inlåst.

Informerat samtycke ges vid första mötet med audionomerna på kliniken, vilket innebär att information ges om syfte, hur upplägget är, frivillighet att delta och att ingen motivering krävs om man inte längre vill delta i gruppen utan man har rätt att avbryta deltagandet när man så önskar (22).

Etikansökan godkänd av Regionala etikprövningsnämnden i Linköping Dnr 34/0423.

3. SYFTE

Syftet med denna studie var att försöka komma fram till audionomers uppfattningar och erfarenheter av hur de utvärderar resultatet av en audiologisk rehabilitering.

Fokusgruppsintervjun syftade till att leda fram till vilka frågor audionomerna ställer, vilka svar och observationer som görs, samt hur bedömning görs vid utvärdering av helhetsresultatet av audiologisk rehabilitering.

4. METOD OCH MATERIAL

För att få en djupare förståelse och kunskap om hur audionomer utvärderar helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering valdes den kvalitativa metoden med fokusgruppsintervju för insamling av data. Analys av data följer i stort huvuddragen i induktiv tematisk analys/kodning (TA) (24,25,26).

4.1 Genomförande av ostrukturerad fokusgruppsintervju på kliniken i Linköping

Antal deltagare och urval

Totalt sju audionomer vid klinikerna i Linköping och Motala deltog i fokusgruppsintervjun vid det första mötet, sex kvinnor och en man. En deltagare hade inte möjlighet att delta vid den andra intervjun pga personliga skäl och vid det andra mötet deltog således sex audionomer, alla kvinnor. Samtliga audionomer som hade anmält intresse av att delta i

fokusgruppen kom att ingå i gruppen och ingen valdes bort. En samtalsledare/moderator samt en bisittare deltog även vid båda fokusgrupp intervjuerna, båda dessa var kvinnor.

Ålder och utbildningstid

Deltagarna i fokusgruppen på kliniken representerade olika åldrar samt olika utbildningstid. Det var två personer som hade en utbildning till audionom på ett år, två personer två år, två personer hade en treårig utbildning samt en person som hade en fyraårig utbildning i audiologi. Deltagarnas ålder varierade från knappt 30 år till drygt 55 år. Två personer var strax under respektive över 30 år, två var ca 35 år, en var ca 45 år samt två personer var drygt 55 år. Samtliga deltagare i fokusgruppen arbetade med hörapparatanpassning och de hade arbetat på kliniken mellan tre till trettioåttå år.

Förberedelser

Före det att information och förfrågan gavs till audionomerna vid det möte som hålls varje vecka på kliniken, hade hörselvårdschefen fått en förfrågan och information om syftet med att genomföra en fokusgruppsintervju på kliniken. Efter det att hörselvårdschefen fått informationen gav hon sitt samtycke. Detta var viktigt då det är svårt att kunna frigöra många audionomer från ett schema på kliniken. Det var betydelsefullt att det kunde bli så många som möjligt som skulle kunna delta i fokusgruppsintervjuerna då det var viktigt att få så många audionomers gemensamma uppfattningar som möjligt (27). Ett litet grupprum hade bokats på kliniken för de båda fokusgruppsmötena med ca fyra veckor mellan de båda intervjutillfällena. En Minidiskbandspelare fanns på kliniken som kunde användas för inspelning och dokumentation av fokusgruppsintervjuerna.

Checklistor och intervjuguide

En checklista fanns till det allra första mötet där informationen om fokusgruppsintervjun skulle ges till audionomerna vid det vanliga klinikmötet. Den checklistan fanns för att samtalsledaren/moderatoren skulle kunna kontrollera att den information som gavs till audionomerna var komplett vad det gällde upplägg, syfte, etisk information etc (bil 1). Före första fokusgruppsintervjun ägde rum hade en öppen intervjuguide med teman arbetats fram. Den var tänkt att vara ett stöd för samtalsledaren/moderatoren om samtalet behövde hjälp för att hållas igång runt ämnet, ett stimulusmaterial (bil 2). Bisittaren hade även ett anteckningspapper som var framarbetat med inspiration från Västernorrlands landsting/Memologens verktygslåda (31). Bisittaren kunde där notera

positiva eller negativa upplevelser eller om hon ansåg att några avgörande frågor eller svar behövde förtydligas (bil 3).

Scenarier/vinjetter

För att undersöka och fördjupa om det fanns ytterligare frågor, svar och observationer som audionomerna upplevde att de använde sig av vid en helhetsutvärdering av en audiologisk rehabilitering utarbetades även två olika scenarier/vinjetter. Dessa arbetades fram av samtalsledaren/moderatorsn efter det att första fokusgruppsmötet var avslutat och efter diskussion med en oberoende person som lyssnat på den första inspelade fokusgruppsintervjun. De togs fram för att stimulera till ytterligare diskussion vid den andra fokusgruppsintervjun.

Scenario/vinjett ett innebar att audionomerna skulle tänka sig in i att de skulle göra en uppföljning via ett telefonsamtal, sex månader efter sista besöket på kliniken, för att avsluta en hörapparatutprovning (bil 4).

Scenario/vinjett två innebar att de skulle tänka sig in i att de hade regeringens uppdrag att göra en uppföljning av hur väl den audiologiska rehabiliteringen hade fungerat för de brukare som hade fått en kortare privat utprovning. Vad var det för frågor de skulle ställa då och vad var det för svar de skulle lyssna på när de skulle göra sin bedömning (bil 5).

Samtalsledare/moderator och bisittare

Samtalsledare/moderator var denna studies författare. Samtalsledaren/moderatorsn roll är viktig och då det i detta fall handlade om en ostrukturerad fokusgrupp skulle samtalsledaren/moderatorsn främst introducera ämnet som skulle diskuteras. Deltagarna fick information om att samtalsledaren/moderatorsn inte själv skulle delta i diskussion utan lyssna aktivt och se till så att deltagarna inte började tala om något annat (27).

Bisittaren var en audionom som arbetade på kliniken och audionomerna i fokusgruppen fick information om att bisittarens uppgift var att inte delta i diskussionen utan att hon skulle föra korta stödanteckningar och eventuellt anteckna om hon ansåg något var extra viktigt, som exempelvis kroppsspråk eller om hon ansåg att något var oklart av det som sades.

Första informationen på klinikmöte

Vid veckomötet som äger rum på kliniken i Linköping fick samtliga audionomer som deltog vid mötet information om att en fokusgrupp skulle startas på kliniken. De fick veta att syftet med fokusgruppsintervjuer på kliniken var att försöka komma fram till hur vi audionomer gör

när vi utvärderar resultatet av en audiologisk rehabilitering. Den tysta kunskapen som vi alla har, men hur gör vi egentligen när vi gör vår bedömning av resultatet?

Ett antal audionomer, en samtalsledare/moderator och en bisittare skulle mötas vid minst två tillfällen om ca 1-2 timmar/gång. De skulle fritt diskutera och samtala om vilka frågor, svar och observationer som audionomen använder sig av för att bedöma helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering. De som var intresserade och arbetade med hörapparatutprovningar ombads att anmäla sitt intresse via mail så skulle de få ytterligare information om tid och plats när schemat var ordnat. Intresset var stort och sju audionomer anmälde intresse av att delta i projektet. En audionom som inte varit närvarande vid klinikmötet tillfrågades om hon kunde delta som bisittare.

Vid detta första möte gavs information om informerat samtycke och audionomerna fick information om att samtalen skulle komma att spelas in på en Minidiskbandspelare. De fick även veta att intervjuerna skulle koda för att det inte i efterhand skulle kunna spåras vem som sagt vad vid intervjuerna. Det fick också information om hur det inspelade materialet skulle förvaras så att ingen obehörig skulle kunna komma åt materialet.

Första fokusgruppsmötet

Vid det första mötet samlades audionomerna i ett litet grupprum som hade ca tio sittplatser runt ett bord. På bordet stod en Minidiskbandspelare och audionomerna fick placera sig runt bordet. Placeringen fick i huvudsak göras fritt av deltagarna förutom att det var bestämt var samtalsledaren/moderatoren samt var bisittaren skulle sitta. Den placeringen var gjord med tanke på att inte någon skulle bli placerad för långt ute vid bordet och då eventuellt uppleva sig utanför i diskussionen (27,28). Mikrofonen var halvt dold bakom en grön växt för att deltagarna inte skulle påminnas för mycket av att det som sades spelades in.

Vid det första fokusgruppsmötet gavs återigen information om syftet med fokusgruppen och hur en ostrukturerad fokusgrupp var tänkt att fungera. De fick först information om att samtalsledaren/moderatoren skulle vara så tyst som möjligt, att hon skulle leda utan att styra intervjun och att en bisittare skulle delta som stöd för att bland annat anteckna intressanta iakttagelser och även hålla kontroll på tiden. Den informationen audionomerna fick lade tonvikten på att det var vad de hade att säga och hur de ansåg att de gjorde sina bedömningar som var det viktiga och att det inte fanns något som var rätt eller fel. Det var gruppens uppfattningar som var det viktiga.

Deltagarna presenterades mycket kort vid detta första möte då alla i denna grupp kände varandra. Denna information gavs till deltagarna före det att inspelningen startade.

Temat som gruppen fick att diskutera kring var för att citera det som samtalsledaren/moderatoren öppnade med: *”Ja, då igen då en omstart av syftet med det här. Det är ju så att säga, vi ställer ju frågor och vi lyssnar på svar och vilka svar är det vi lyssnar på? Vad är det som är avgörande? Vad är det för frågor vi ställer helt enkelt. Är det någon som har ngn åsikt?”* Denna introduktion syftade till att presentera det ämne som skulle diskuteras och att de som ingick i gruppen skulle börja reflektera samt börja diskutera ämnet (27). Före det att Minidiskbandspelaren stängdes av sammanfattade samtalsledaren/moderatoren mycket kort vad hon uppfattat av intervjun och frågade deltagarna om det var korrekt uppfattat av henne.

Direkt efter att mötet, som varade i ca två timmar med en inspelningstid av 42 minuter, hade avslutats, möttes bisittaren och samtalsledaren/moderatoren och diskuterade hur de upplevde att fokusgruppsintervjun hade fungerat. Bisittaren redovisade först sin uppfattning och därefter redovisade samtalsledaren/moderatoren sina intryck. Transkribering och analys av fokusgruppsintervju ett påbörjades efter detta möte.

Andra fokusgruppsmötet

Deltagarna samlades i samma grupprum som vid första mötet och placerade sig vid bordet. Bandspelare och placering var gjord som vid möte ett. Vid möte två gavs först återigen information om syftet med fokusgruppsintervjuerna. Denna information gavs till audionomerna före det att bandinspelningen startades. Därefter gavs en enkel sammanfattning/analys av vad som framkommit vid möte ett. En deltagare kom inte till det att mötet startade utan anlände en stund senare för att meddelade frånvaro pga sjukdom i familjen.

Vid detta möte två presenterades två olika scenarier/vinjetter att diskutera kring. De presenterades ett i taget efter det att samtalsledaren/moderatoren upplevde att diskussionen avtog. Scenario/vinjett ett presenterades och innebar att audionomerna skulle tänka sig att de skulle göra en uppföljning via ett telefonsamtal, sex månader efter sista besöket på kliniken för att avsluta en hörapparatutprovning. De skulle via ett telefonsamtal till brukarna höra efter hur det fungerade med hörapparaten/erna. Vad var det de ville veta då? Vad var det för frågor och svar de ville få för att kunna göra en helhetsbedömning av hur det hade fungerat för brukarna (bil 4). När samtalsledaren/moderatoren upplevde att ämnet blev uttömt vid diskussionen presenterades ytterligare ett scenario/vinjett för att uppmuntra till ytterligare diskussion.

Scenario/vinjett två presenterades och innebar att audionomerna skulle tänka sig in i att de på regeringens uppdrag skulle göra en uppföljning av hur väl den audiologiska rehabiliteringen hade fungerat för de brukare som hade fått en kortare privat utprovning. Vad var det för frågor de skulle ställa då och vad var det för svar de skulle lyssna på när de skulle göra sin bedömning (bil 5). Efter en tid upplevde samtalsledaren/moderatoren att det inte var möjligt att fortsätta längre då ämnet verkade vara uttömt och diskussionen avtog.

Samtalsledaren/moderatoren sammanfattade kort vad hon uppfattat av intervjun och frågade deltagarna om det var riktigt uppfattat innan Minidiskbandspelaren stängdes av. Även det andra fokusgruppsmötet varade två timmar, inspelningstiden vid detta möte var 62 min.

I denna studie genomfördes således två fokusgruppsintervjuer. Det skulle troligen inte vara möjligt att något mera skulle framkomma vid ytterligare ett möte. De båda scenarierna/vinjetterna hade presenterats för att fördjupa intervjuerna i syfte att verkligen undersöka om det som framkommit var det man använde sig av när man gjorde sina helhetsutvärderingar av den audiologiska rehabiliteringen. I en studie av Erlandsson och Bohlin (32) har konstaterats att genom att använda sig av scenarier/vinjetter tillåter det deltagarna att vara mera öppna i diskussionen då det kan upplevas tryggare när man kan beskriva sina egna upplevelser lite från distans.

4.2 Dokumentation och transkription

Dokumentation

Dokumentationen av fokusgruppsintervjuerna gjordes med en Minidiscbandspelare. Bisittaren som deltog vid varje möte förde även anteckningar om hon upplevde att det behövdes för att förtydliga något som sades eller för att notera kroppsspråk etc. De inspelade samtalen transkriberades därefter direkt i anslutning till intervjuerna av den som varit samtalsledare/moderator (33). Enligt Kreuger (34,35) är det bra om det finns tid att direkt efter fokusgruppsmöte ett att börja transkribera intervjun samt att göra en kort summering av vad som framkommit vid detta första möte. Om en kort summering görs kan detta ge en insikt om det behövs någon mer fråga eller ett scenario/vinjett för att fördjupa diskussionen vid fokusgruppsmöte två.

Transkription

Transkribering av materialet skrevs ned, i huvudsak enligt nivå två i fokusgruppssammanhang, vilket innebar transkribering där alla ord och skratt noterades och pauser skrevs ut i sekunder. Inga meningar ändrades eller justerades för en bättre förståelse av

materialet utan det transkriberades så som det var sagt utan att något ändrades eller justerades för att få korrekta eller fullständiga meningar. Nivå två tar hänsyn till interaktionen då tal som avbryts av någon annan i gruppen noteras inom parentes, tystnad noteras i sekunder och likaså noteras skratt inom parentes (36). Vid transkriberingen kodades deltagarna med bokstäverna A tom G efter den turordning som de började delta i diskussionen. Kodningen gjordes för att man i efterhand inte skulle kunna urskilja vem som sagt vad. Samtalsledaren/moderatoren fick dubbelbeteckning för att skiljas från deltagarna i gruppen.

Transkriptionen är i fokusgruppssammanhang ett arbetsredskap för att underlätta analysen av det egentliga materialet, det inspelade samtalet. Transkriberingsprocessen utgör ett intensivt och upprepat lyssnande och blir på så sätt en del av analysen (36).

4.3 Analys

Före intervjun är det viktigt att tänka igenom hur analysen ska genomföras då det kan påverka hela intervjuprocessen. Analysen är beroende av vad som analyseras, ämnet och syftet med intervjun. Det finns ingen standardmetod ingen ”*via regia*” enligt Kvale (22, s.164), hur man kommer fram till meningen av det som sägs i en intervju eller att det finns en standardmetod för textanalys på det sätt som det finns en hel del av för statistisk analys. Det är viktigt att vara systematisk i analysprocessen samt noga dokumentera tillvägagångssättet. Det är även viktigt att den som utför analysen har kunskap om ämnet och gärna något mera än vad de intervjuade har (28).

Denna studie hade inga förutbestämda hypoteser och frågeställningar utan intog i huvudsak ett empiriskt induktivt förhållningssätt i analysen.

Fokusgruppsintervjuer är rådata som är insamlade men analysen utgår från hela materialet dvs både från de bandade samtalen samt från det transkriberade materialet. Analysen handlar om att koda materialet och då att ha syftet klart i åtanke under hela analysprocessen (27).

Enligt induktiv template analysis/tematisk kodning (TA), är huvuddragen att det skapas en förteckning med olika teman under analysen (24,25). Detta blir ett första utkast då teman kan förändras under arbetets gång men också att teman kan tas bort eller läggas till alltefter som texten läses igenom och tolkas. TA handlar om att strukturera data utifrån det som framkommit i intervjun. Viktigt är att dessa teman har valts noggrant så att de teman som presenteras verkligen ger en bra struktur. Detta innebär att man arbetar metodiskt från grunden för att efter detta även arbeta fram och tillbaka i materialet för att slutligen komma fram till ett väl genomarbetat resultat (24).

Analysens genomförande

Analysen av de båda fokusgruppsintervjuerna utgick från innehållet i de bandade och transkriberade samtalen med fokus på interaktionen mellan audionomerna dvs hur de tillsammans samtalande om helhetsbedömning av den audiologiska rehabiliteringen.

Innan transkriberingen/analysen påbörjades hade ett kort möte med bisittaren ägt rum i direkt anslutning till intervjun för att jämföra samtalsledaren/moderators och bisittarens upplevelser av fokusgruppsmötet.

Efter det att transkribering och en första analys och strukturering i teman var gjord av samtalsledaren/moderators, lyssnade en oberoende person på det inspelade materialet från den första fokusgruppsintervjun och framförde sina åsikter. Den oberoende personen framförde i diskussionen med samtalsledaren/moderators tanken om det verkligen hade framkommit allt det som audionomer frågar och använder sig av vid en helhetsutvärdering av audiologisk rehabilitering. Samtalsledaren/moderators arbetade av den anledningen fram två scenarier/vinjetter i syfte att försöka fördjupa intervjun vid fokusgruppsintervju två. Strukturering av data från de teman som framkom gjordes med inspiration från induktiv tematisk kodning (TA) (24,25,26). Den kvalitativa metoden induktiv tematisk kodning (TA) har inte följts strikt i denna studie men följer mall enligt nedan.

- Datainsamling
- Kort möte och genomgång med bisittaren direkt efter att respektive fokusgruppsintervju var avslutad
- Transkribering påbörjad efter möte och genomgång med bisittaren och en första kodning/strukturering med namngivning av olika teman påbörjades under själva transkriberingen. Samma tema kan beskrivas på olika sätt av deltagarna vilket innebar att materialet genomlyssnades och genomlästes ett flertal gånger för att säkra data efter det att transkriberingen och en första kodning var genomförd
- Ytterligare en person, som inte deltagit i fokusgruppen, lyssnade på inspelningen från fokusgruppsintervju ett och gav sina synpunkter på materialet. Den personen lyssnade förutsättningslöst på intervjun från fokusgruppsintervju ett och hade vid det tillfället inte tillgång till transkriberingen eller den insortering/kodning som var gjord av samtalsledaren/moderators. Den personen gav sina synpunkter på intervjun om vad hon ansåg hade framkommit eller inte framkommit
- Texten lästes därefter återigen i sin helhet för att få en helhetssyn på intervjuerna

- Ytterligare genomläsning av varje tema i materialet gjordes med fokus på att studera om det fanns mera material att ordna in under varje specifikt tema
- Tolkning och sammanfattning av materialet gjordes under respektive tema. Citaten som redovisas syftar till att förtydliga det beskrivna temat
- Materialet fick därefter vila under några veckor innan ytterligare genomlysning samt genomläsning av de båda fokusgruppsintervjuerna gjordes för en sista justering av teman

Tillförlitlighet

Det är viktigt med en inter - kodareabilitet (25) vilket innebär att ytterligare en person kodar materialet för att öka trovärdigheten. Det kan vara svårt att någon annan har möjlighet att göra detta men det kan räcka med att en person bedömer materialet genom att exempelvis läsa ca tio procent av texten eller läsa en fokusgruppsintervju. I detta fall lyssnade en oberoende person på det inspelade materialet från en av fokusgruppsintervjuerna och gjorde en enkel tolkning av det som framkom enligt den personens uppfattning. Bedömningarna av tolkningen av vad som sades diskuterades därefter av de båda bedömarna.

Validiteten/tillförlitligheten handlar om hur studien genomförts och hur man tolkar det som framkommit vid intervjuerna. Det är viktigt att studera det man sagt ska studeras (28). Det finns en ekologisk validitet vilket innebär att vi människor vill diskutera och argumentera med varandra. Det är också viktigt att miljön där fokusgruppsintervjuerna genomförs upplevs som bekväm och inte upplevs som främmande av deltagarna (27). Reliabilitet i fokusgrupper handlar om noggrannhet i upplägg och analysförfarande (24). Likaså är det en fördel att samma samtalsledare/moderator leder fokusgrupperna (27).

5. RESULTAT

Vid analys av det inspelade och transkriberade materialet från de båda fokusgruppsintervjuerna på kliniken urskildes ett antal teman som audionomerna återkom till när de diskuterade hur de utvärderade helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering. Dessa teman var: Praktiska kontroller, ljudkvalitet kontroller, sociala frågor, livskvalitet, lyckad rehabilitering, varken bra eller dålig rehabilitering, mindre lyckad rehabilitering, nöjda och individperspektivet.

Praktiska kontroller

Det första som audionomerna följer upp i samtalet med brukarna handlar om handhavande frågor, praktiska frågor om hur det fungerar med hörapparaten/erna i olika vardagssituationer. Kan de byta batterier? Vet de om slinga finns? Hur gör man i olika situationer? Vet brukarna tex var de ska köpa batterier, var de kan söka hjälp om det inte fungerar etc.

E; "Man får väl fråga lite hur lätt dom har att sätta av och o på. Jag brukar fråga ibland om dom tvättar insatsen dom som har bakom örat, ser man ju lite granna eller har byter slang eller nåt sånt. Har man lite belägg på att dom åtminstone försökt, eller aldrig tvättat den."

D; "Jaa, man ju kan tänka sig med Corda, att det ligger en och annan hemma som har kommit vax i och så glömt hur man gör och inte (E säger ngt i bakgrunden, mycket sånt handhavande man får fråga då). Hur ofta byter du batterier, som man kan ha som vägledning till om dom använder eller inte."

D; "Och så brukar jag checka av då, att när man ändå pratar med dom, att dom vet jourtiderna att man vet hörslinga och vart dom köper batterier så där. Grundläggande."

A; "Ibland gör jag att jag säger. Jag vänder på det. Hur gör du när du stänger av? Hur gör du när du ska byta till slinga? Hur gör du? För att kolla dom att dom vet. Och säger, hur gör du när du slår över till hörselslinga. Vad är det säger dom? Bara det om man har haft dom tre gånger. Suck. Då tar vi om det igen (övriga hummar instämmande) Så."

Ljudkvalitet kontroller

Audionomerna diskuterade även hur de brukar kontrollera ljudbilden dvs om brukaren upplever att de behöver göra en finjustering av inställningen i hörapparaten/erna. Behöver man öka eller minska förstärkningen. Likaså följer de upp i samtalet med brukaren hur det fungerar i vardagen vid TV etc. De följer också upp i vilka situationer brukarna nämner hur det fungerar, respektive inte fungerar med hörapparaten/erna, hur brukarna beskriver att de använder hörapparat/erna. De informerar om tillvänjningstid, att det tar tid att vänja sig vid bakgrundsljud och att man framöver kan behöva återkomma till kliniken för att justera ljudbilden.

D; ”Sen brukar man väl prata lite mer om ljudet. Alltså tycker du det har varit lagom högt? Ska vi höja, ska vi sänka, ska det vara mer bas ska det vara diskant ska det va ...”
(Flera pratar ... ganska mycket ja)

C; ”Att det finns möjlighet att höja framöver också, (någon, precis) för det är många som tror - jaha är det stopp nu (B, jaa) ... nej vi kan höja mera sedan (B jaa).”

B; ”Men framförallt vilka situationer som, vad tycker du är bra och vad tycker du är dåligt och sen att man får fram där (övriga säger ja) och då det med bakgrundsljud att man förtydligar där igen vid sista besöket, vad man kan förvänta sig när det är bakgrundsljud.”

G; ”... brukar jag säga när jag liksom ger jurlappan också att det är ganska vanligt att man efter kanske efter några månader ett halvår eller ett år känner att man vill höja att man vänjer sig också så man vet att det inte är ngt konstigt heller utan det är mera en vanesak. För annars kan de börjar fundera jaha det har blivit sämre hörsel alltså allt sånt också.”

F; ”Det är vad jag brukar säga också tillvänjningstid (i bakgrunden tillvänjningstid ja).”

D; ”Berättar dom spontant om vilka situationer och så. Då är ju det en bekräftelse att det fungerar bra (E säger ngt i bakgrunden). Känner vet jag inte, är väl inget bra uttryck utan snarare är ju i botten vad patienten berättar. Det är ju dom slutsatserna man kan dra om det är en bra eller dålig, eller hur. Om det fungerar bra är det ju bra för dom (övriga instämmer svagt hummande).”

Sociala frågor

De ställer sociala frågor om hur vardagen ser ut. Har den förändrats? Vad tycker anhöriga? Hur fungerar det i olika vardags situationer för brukaren?

De följer upp hur det fungerar i de situationer som brukaren nämnt vid första besöket. Har brukarna nått de uppsatta målen som de nämnt vid det första besöket på kliniken? De försäkrar sig om att det blivit en bra grund för brukarna innan de avslutar utprovningen.

B; "Kan ju fråga, hur då uppfattar dina anhöriga, märker dom att du har en hörapparaten på dig?"

G; "En del som säger, dom ser ju inte att man har den. Men så säger man att man har den. Så, så kommenterar det också, gör dom ju ibland."

D; "Jag hade en häromdan som var så lycklig. Vet du att jag fick säga till min dotter att sänka ljudet på TVn, sa hon skratta." (övriga skrattar)

B; "Ja man tittar väl på dom situationerna dom uppgav som var besvärliga när dom kom då och ... Frågar då hur går det nu och prata tillsammans med din make eller vid TVn och är det förbättring då, eller tycker du att vi ska justera nåt eller för att det ska kunna bli bättre då. Man tar upp just dom. Det dom angivet är största svårigheterna."

B;" Tar man bara upp det dom sa vid första besök, "då är det jättesvårt prata med min man" och så. Att man vid sista besöket kollar upp då. Det dom tycker haft svårigheter med i första och vad det blivit för förbättring."

A: "jag hade en fågelskådare som vill höra fåglarna då. Frågan var ju då vid sista besöket var då; hör du fåglarna och det gjorde han ju. Så var nöjd. Och i princip så brydde han sig inte om om han hörde ngt annat om folk pratade. Bara han hörde sina fåglar."

Livskvalitet

Ålder och hörselnedsättning påverkar vad som bedöms som bra. Bedömningarna sker alltid på individnivå, efter de behov och förutsättningarna som just den individen har. När det gäller användningstid är det de individuella behoven som styr, inte antal timmar för hur man bedömer helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering. Hur brukarna beskrev att de använde hörapparat/erna och i vilka situationer det fungerade respektive inte fungerade påverkade hur de bedömde helhetsresultatet av den audiologiska rehabiliteringen.

Audionomerna i gruppen beskriver bla att det är livskvalitet för en person som lever mycket ensam och inte använder sina hörapparater varje dag, men när tex barnbarnen kommer på besök har de stor glädje av att kunna höra med sina hörapparater. För andra är det livskvalitet

att alltid kunna använda sina hörapparater då det ger dem möjlighet att delta i olika sociala aktiviteter, att de inte behöver känna sig utanför pga att de inte hör.

B; "Men yngre patienter tycker jag alltså. Det är upp till dom själva på något sätt tycker jag om dom säger såhär. Jag är jättenöjd med dom här apparaten när jag går på mitt föredrag eller vad det är, en gång varannan vecka eller. Det är då jag har som störst användning för det. Sen tar jag den när jag tycker att jag behöver. Då är ju det bra för patienten. Jag brukar säga, du får ju själv avgöra vad som är bra för dig." (övrig hummar under samtalet)

G; "Och det är ju inte alltid användnings tiden måste va 12 timmar per dag utan dom vill ha den till Tvn och där funkar det jättebra. Då får man vara nöjd med det. Det är ju deras, som du säger, ansvar, ändå."

B; "Ja precis det jag tänkte också. Det är ju inte frågan om antal timmar, utan det är behoven." (G instämmer under samtalet) (4 s)

B; "Man ställer ju lite olika frågor också beroende på typ av nedsättning och vilken ålder patienten är i då. Om det är yrkesverksamma eller äldre -äldre va. Så - är det ju lite skiftande."

A; "Klart äldre – äldre, om man säger så är det så att det fungerar för henne och så säger. Jag har ingen å prata med (övriga hummar, näe). Dom har ju ingen träning så. Dom har den vid TVn och så om barnen kommer hem, då tar jag på mig den."

B; "Funkar det då så är det ju bra."

Lyckad rehabilitering

Det audionomerna i denna fokusgrupp ansåg ska framgå i en audiologisk rehabilitering, för att de ska bedöma helhetsintrycket som en lyckad rehabilitering, är bland annat att brukarna kan berätta om några vardagssituationer där det fungerar bra med hörapparaten/erna. Men även att brukarna kan berätta om situationer där de har testat med sina hörapparater och där de berättar att det inte fungerar i vissa situationer men att de förstår och förväntar sig inte att det kan fungera i de situationerna. Brukarna beskriver exempelvis bakgrundsljud och att det kan bero på att akustiken i just den lokalen är så dålig och att de i den situationen inte kan förvänta sig

att det ska kunna fungera med hörapparaten/erna. De kontrollerar att brukarna förstår möjligheterna och begränsningarna med hörapparat/er. Berättar brukarna för andra om sina hörapparater bedömer audionomerna att de använder och har nytta av sina hörapparater. Audionomerna ställer frågor om hur vardagen fungerar för brukaren och vad anhöriga tycker. Stöttningen från anhöriga påverkar även det hur de bedömer resultatet.

D; "Det är väl om dom säger att innan kunde jag aldrig höra mina barnbarn och nu hör jag dom. Alltså dom beskriver ngt problem som har blivit löst på något sätt, då känns det ju bra."

E; "Ja, har dom i alla lägen och det funkar, jag går på möte eller på PRO eller vad de nu går på." (B Instämmer hummande)

A; "Även om de beskriver en situation där det mesta går bra men säger där har jag den inte för där funkar det inte. Då har dom ju också provat och konstaterat. Det går bra överallt utom där. Oftast en situation som jag inte kan hjälpa dom heller med. Och då kommer ... ja att ..." (övriga instämmer svagt ja hummande under samtalet)

A; "Jaa det är ju bra för då har dom ju använt hörapparaten och har testat och vet. Där går det inte för det blir för mycket, ja (1s) Jag har någon som spelar bridge nu. Sitter i en stenig lokal och spelar bridge. Och är det lugnt och stilla så hör dom ju men börjar dom. Det tjuattras, liksom dom fikar och så, då går det ju inte. Men dom sitter och spelar bridge, då går det. Då är det ju inget tjuattrer så. Då har dom ju använt. Då har dom ju verkligen testat det och vet när det inte funkar och när det är bra för de."

E; "Många har ju det i alla fall, jag menar dom stänger ju inte av. Utan dom vet om den där miljön sen förr. Jag menar ju. Så är det ju även om man hör bra så är det svårt i vissa situationer. Med akustiken. Jag menar. Det blir ju inte bättre med apparaten. Där tycker jag idag är mer medvetna om än man var förr. Att vissa miljöer går inte, men jag har det där ändå." (ja mummel i bakgrunden)

Varken bra eller dålig rehabilitering

Audionomerna diskuterar att det ibland finns brukare där de bedömer att det varken är en helt bra men heller inte en helt dålig audiologisk rehabilitering. Det är återigen beroende på

individens förutsättningar och de diskuterar även hur de gör sin bedömning om de tar hänsyn till användningstiden som brukaren uppger.

A; "Det är ju inte alltid bara kanonen bra eller dåligt. Det finns ju alltid ngt emellan." (4 s)

D; "Jag skulle nog vilja ha något ok efter förutsättningar. Misslyckad låter som himla hårt! Det kan ju va nån som liksom, han kanske har reumatism, tis, ons, tors går det inte men på fredag går det bra. Då är det ju de förutsättningarna han har kanske. Liksom så. Det är ju inte lyckat men det är ju inte misslyckat heller utan det är ok liksom."

G; "Det är ju egentligen inte optimalt, det är ju inte en fantastiskt lyckad om man säger så utan då kommer den kanske ett snäpp ner för att den inte använder den så pass lite, även om det är det att den tycker att den behöver men om man har (1s)."

Citatet ovan illustrerar tankar hos audionomen om användningstiden på två timmars användning jämfört med sexton timmars användning per dag.

E; "Fast många har som sällskap, för att det inte ska bli så tyst omkring dom. Jag kan tycka personligen att hör dom jättedåligt och har dom 2 timmar så är ju det mer förskräckligt än om dom har en jättelätt nedsättning. Då känner jag att då är det ett misslyckande, om dom hör riktigt dåligt och sen ändå inte använder apparat, utan går utan största delen eller hör bra fram till 2000."

B; "Har man lätt nedsättning kan man ju förstå att dom kanske bara behöver dom vid dom och dom tillfällena, arbete och då är ju det en lyckad utprovning."

Mindre lyckad rehabilitering

De diskuterar vad som kan påverka att en brukare inte är nöjd med sina hörapparater och varför de också kan tycka att helhetsbedömningen av den audiologiska rehabiliteringen inte är bra. De menar att det inte enbart handlar om hur brukarna kan hantera hörapparaterna eller på hur förstärkningen är i hörapparaterna, utan det är även beroende på den individens inställning till det mesta i livet. Det påverkar naturligtvis hur den personen upplever resultatet av en audiologisk rehabilitering. Likaså påverkar förväntningarna på hur det ska fungera med hörapparaten/erna hur resultatet blir.

D; "Fast inte alla det finns ju de tvärt om också. De är inte nöjda med nånting. Inte nöjda med livet. De kan inte vi, det kommer inte en hörapparat att hjälpa."

E; "Precis det du säger D. Det är precis det du säger. Det är ju det som avgör. Allt har ju inte med hörseln (instämmande i bakgrunden) utan hur jag mår i själen."

D; "Ja. För har dom fel förväntningar blir det aldrig bra. Nä e." (Några instämmer i bakgrunden)

A; "Jo för där kan man ju fråga dom. Har det här uppfyllt dina förväntningar? Har hörapparaten hjälp dig med det du vill?"

G; "Och sen får man fråga Vad de hade förväntat sig, för en del grejor går ju som sagt var inte att lösa (Is) fast man liksom."

Nöjda

Uppföljning av hur det fungerar i de situationer som har nämnts vid det första besöket på kliniken görs. De försäkrar sig om en bra grund för brukaren, de diskuterar att en del brukare kan behöva lite mera stöttning än andra. Är de nöjda med sina hörapparater? Berättar de för andra att de har hörapparat/er?

C; "Det är ju enkelt att ha en fråga, liksom, är du nöjd med apparaten. Ja, eller nej, då kommer ju alla, liksom, varför inte?"

G; "Har talat om för andra, ser ni nu att jag har happ. Berättar att det är ingen som har sett att jag har hörapparat. Får jag säga till dom."

D; "Så man behöver ju höra saker flera gånger för att det ska gå in."

Individperspektiv

Audionomerna anser att det är varje individs behov och förutsättningar som styr. Det är alltid utifrån de behov och förutsättningar som just den individen har, som de bedömer helhetsresultatet av den audiologiska rehabiliteringen. Det är således inte enbart användnings

tiden som avgör om de bedömer resultatet av den audiologiska rehabiliteringen som bra. Det är varje enskild individs behov och förutsättningar som avgör som exempelvis ålder och hörselnedsättning. Kroppsspråket vid det första mötet på kliniken upplever en del att det ofta ger ledtrådar om hur slutresultatet av den audiologiska rehabiliteringen kommer att bli. De tycker ofta att de redan vid första besöket får en aning om hur resultatet av den audiologiska rehabiliteringen kan komma att bli genom att iaktta detta.

G; "Beror ju på alltså, ibland kan jag tänka, om man frågar, hur mycket använder du den? Så är det nån som säger att jag använder den varannan dag eller två timmar varje dag. Det är frågan vid vilka tillfällen använder du den. Och då det kanske är något speciellt då, hemtjänsten kommer eller barnbarnen på besök och då använder jag den då och då går det jättebra. Då är ju inte det egentligen sämre än den som använder hela dagarna Så det är ju lite så också att fundera på, när och hur och varför man har den." (A instämmer svagt jakande under hela samtalsgången)

B; "Ja precis det jag tänkte också. Det är ju inte frågan om antal timmar, utan det är behoven." (G instämmer under samtalen).

B; "Och sen är det ju olika åldrar också vad man kan förvänta sig. Yngre eller äldre olika situationer den äldre, där funkar det ju inte när det är mycket folk. Då får man ju ändå se det som att utprovningsen är lyckad. Dom hinner inte med att uppfatta då va." (Övriga instämmer svagt ja hummande)

D; "Mm, kan man nästan se direkt, om dom vill ha den på sig och går ut härifrån eller om dom tar den i asken. Tar de den i asken så är det liksom dåliga vibbar på en gång." (E ja precis)

Övriga resultat

Audionomerna diskuterar hur det skulle kunna fungera om de skulle ringa upp brukarna efter ett halvår för att utvärdera resultatet av en audiologisk rehabilitering. Här diskuterar audionomerna att de kanske skulle kunna hjälpa de brukare som inte själva kontaktar jouren även om brukaren skulle ha problem. Det finns vissa personer som inte vill vara till besvär utan de försöker klara sig ändå. Dessa personer skulle de förmodligen kunna få kontakt med och hjälpa. Några uttrycker att de kanske inte skulle vara helt säkra på att de kunde lita på det

som sägs. De flesta menar att även om det är lättare att ha brukaren framför sig så har de ändå så stor vana av att samtala med individer att de vid ett telefonsamtal skulle notera om det inte verkade sannolikt det de får berättat från brukarna.

D; ”Det finns ju alltid de här som inte vill vara till besvär, som jag tror att vi kanske missar. Nu när vi inte har någon uppföljning. Som kanske inte vågar gå till jouren, eller dom har glömt det här med jouren och kanske inte ringer i första taget och säger att det funkar inte med min hörapparat. Då tror jag man kanske kunde fånga dom om man ringde och man liksom, ja, fick en kontakt igen och så. Bara så att dom vet att dom (1s).”

D: ”Jag tror det är bättre att ringa då än att skicka mail. För mail är ju ännu lättare att skriva att det är bra. Jag har inga bekymmer. För när man pratar i telefon så hör man ju i alla fall om man frågar om att byta batt och dom säger ähh, (slingrar sig fyller G i med), ja. Lite kan man nog fiska upp så.”

En fråga som audionomerna diskuterade och som de ansåg gav extra funderingar var när brukarna snabbt talade om att allt fungerade mycket bra. Fick de det svaret, även om de frågade brukaren om situationer som de genom erfarenhet vet att där är det särskilt svårt att kunna höra, kontrollerade det lite extra för att stämma av att det verkligen var så.

D; ”Har dom inte haft några bekymmer nånting överhuvudtaget då kan man också börja ana oråd, för så är det ju liksom sällan. Då får man ju pejla lite mer.” (ngn säger ja i bakgrunden)

G; ”Jo för en del vill ju inte vara till besvär, alltså. Utan dom det här, näe, men det är bra. Fast visst frågar man då, men hur går det vid TVn. Näe det hör jag inte, eller liksom, så där vid telefonen eller just att man får fiska vidare lite ibland också.”

6. DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att få kunskap om hur audionomer bedömer helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering. För att få svar på denna fråga användes den kvalitativa metoden med fokusgruppsintervjuer för insamling av data. Fokusgruppsintervjuer användes för att undersöka och få svar på den tysta kunskap som alla audionomer har. Hur gör

audionomer egentligen sin bedömning vid en helhetsutvärdering av en audiologisk rehabilitering? Vilka frågor ställs? Vilka svar och vilka observationer görs? Finns det några avgörande svar som påverkar hur bedömning av den audiologiska rehabiliteringen görs? Vilka uppfattningar finns om hur bedömningen görs?

Ostrukturerad fokusgruppsintervju

Vid fokusgruppsintervjuerna på kliniken skulle audionomerna diskutera frågor, svar, observationer etc som de använde sig av när de gjorde sin helhetsbedömning av den audiologiska rehabiliteringen. Det var ett naturligt ämne att diskutera då samtliga deltagare var audionomer och de hade alla en liknande arbetssituation. Det underlättade sannolikt dialogen och interaktionen i gruppen då deltagarna kunde använda sig av sina egna kliniska erfarenheter. I gruppen diskuterade de tillsammans fram vad de ansåg att de frågade och lyssnade till vid det avslutande besöket. Deltagarna i gruppen interagerade framförallt med varandra och de diskuterade inte i första hand med samtalsledaren/moderatoren utan en fri diskussion fördes deltagarna emellan (27). Det blev ett naturligt sätt för deltagarna att samtala på och låg mycket nära det vardagliga samtalet (24). Fokusgrupper är framför allt en kvalitativ forskningsmetod där interaktionen mellan deltagarna ger en stor insikt och förståelse av deltagarnas erfarenheter och upplevelser (28), vilket framkom i denna studie då deltagarna kunde diskutera tillsammans utifrån sina egna erfarenheter som audionomer. Enligt Morgan (28) kan deltagarna i en fokusgrupp väljas utifrån vilket syfte projektet har. För att dialogen skulle fungera i denna studie var det viktigt att samtliga hade erfarenhet av audiologisk rehabilitering och de som tillfrågades att delta arbetade samtliga som audionomer på hörselkliniken Linköping/Motala.

Vid den första fokusgruppsintervjun fungerade dialogen bra mellan deltagarna genom att samtliga deltog i samtalet. Det var en något försiktig början men därefter fungerade diskussionen i gruppen och ingen av deltagarna satt tyst under intervjun. Inte heller dominerade någon i gruppen samtalet, utan samtliga deltagare kunde föra fram sina åsikter. Vid den andra fokusgruppsintervjun användes två olika scenarier/vinjetter när dialogen började avta. Samtalsledaren/moderatoren behövde gå in i samtalet då diskussionen inte fungerade lika smidigt som vid den första intervjun. De båda scenarier/vinjetter som hade presenterats för gruppen i syfte att fördjupa och eventuellt få flera kommentarer hade inte den önskade effekten. Detta tolkades som att deltagarna upplevde att ämnet redan var uttömt efter det första mötet. Deltagarna upplevde troligen att det hade framkommit allt det som de frågar, lyssnar och iakttar redan vid det första mötet och de hade inget nytt att tillägga. Enligt Wibeck

(27) finns det inget som säger att man måste genomföra antingen en strikt ostrukturerad eller strikt strukturerad fokusgruppintervju (27) och vid detta möte två var det inte möjligt för samtalsledaren/moderatoren att inta samma låga profil som vid möte ett pga av att diskussionen avtog. Samtalsledaren/moderatoren var tvungen att delta med några frågor samt att ge återkoppling till deltagarna och intervju två blev pga detta inte lika ostrukturerad som det var tänkt.

Moderator, val av lokal

Vid intervjutillfällena har författaren, som även var denna studies samtalsledare/moderator, eftersträvat att inte ta någon kunskap för given. Då detta var en ostrukturerad intervju var uppgiften att inta en så neutral hållning som möjligt för att deltagarnas och inte samtalsledaren/moderators åsikter skulle komma fram i diskussionen. Detta underlättades genom att studiens upplägg var en ostrukturerad fokusgruppsintervju för insamling av data. I denna studie hade samtalsledaren/moderatoren även samma bakgrund som deltagarna i gruppen. Detta gjorde det enklare att följa interaktionen mellan deltagarna samt lyssna på dialogen och likaså underlättade det vid transkription och tolkning av resultaten. Enligt Wibeck (27) bör samtalsledaren/moderatoren även klart och tydligt kunna informera om syftet med fokusgruppen samt även ha förmågan att få deltagarna att känna sig bekväma. Då samtliga deltagare i gruppen arbetat tillsammans med samtalsledaren/moderatoren kände samtliga den personen. Det blev på det sättet troligen enklare för samtalsledaren/moderatoren att presentera syftet med studien och likaså kände sig deltagarna troligtvis bekväma då det var en för de välkänd person.

Enligt Wibeck (27) är det inte säkert att så många vill vara med i en fokusgrupp om man vet att det som sägs spelas in på band och det finns en viss risk att det kan dämpa det spontana samtalet. I denna fokusgrupp verkade ingen störd av att samtalen spelades in på en Minidiskbandspelare utan samtalet kom igång relativt snart efter introduktion av det ämne som skulle diskuteras.

Det är även viktigt att platsen där intervjun sker upplevs som behaglig och trygg för deltagarna i gruppen (28). Här hade ett litet grupprum med ca tio sittplatser vid ett bord bokats på kliniken och det var en bekant miljö för samtliga deltagare.

Intervjuguide

Samtalsledaren/moderatoren hade en intervjuguide med teman som stöd för att kunna presentera något tema om deltagarna skulle börja samtala om andra ämnen än det som

samtalsledaren/moderatoren hade presenterat för gruppen (bil 2). Denna guide behövde inte direkt användas vid möte ett även om samtalsledaren/moderatoren deltog i samtalet vid några tillfällen. Vid möte två ställde samtalsledaren/moderatoren några frågor med hjälp av denna guide för att försöka uppmuntra till ytterligare diskussion och fördjupning då samtalet avmattades. Intervjuguiden användes även för att föra tillbaka samtalet till ämnet då deltagarna hade börjat diskutera andra ämnen vid några tillfällen. Denna guide upplevdes som en trygghet då samtalsledaren/moderatoren lätt kunde använda ett tema från guiden när diskussionen avtog.

Grupp storlek, antal möten, sammansättning

Gruppen på kliniken bestod av sju audionomer vid det första mötet och sex audionomer vid det andra mötet. Den person som inte kunde delta vid det andra mötet uteblev pga personliga skäl och inte av ointresse av att delta i gruppen. Deltagarantalet kan variera från två personer till ett dussintal deltagare och fokusgrupper kan bestå av grupper som redan existerar eller av grupper som är tillfälliga för forskningsprojektet (23). Det är viktigt att gruppen inte har för många deltagare då det lättare bildas små grupper som samtalar med varandra istället för att delta i samtalet med hela gruppen (27). Detta inträffade några gånger vid båda mötena men gruppen kom tillbaka till diskussionen då samtalsledaren/moderatoren introducerade ett tema från den intervjuguide som fanns i beredskap för att kunna användas om just en sådan situation skulle uppstå.

Enligt Smith (23) kan antalet intervjutillfällen och grupper variera och kan bestå av allt från en fokusgrupp som möts vid ett tillfälle till många grupper med ett eller flera möten. I denna studie genomfördes två fokusgruppsintervjuer med samma fokusgrupp och det bedömdes inte vara möjligt att genomföra ytterligare en intervju då samtalsledaren/moderatoren ansåg att ämnet var uttömt. Den bedömningen gjordes då dialogen avstannade mellan deltagarna i gruppen och de istället började vända sig till samtalsledaren/moderatoren när någon av deltagarna hade avslutat ett inlägg.

För att en fokusgrupp ska fungera optimalt är det bra om det är en blandning av de personer som deltar i gruppen och demografiska variabler som exempelvis ålder, kön och utbildning påverkar hur gruppen fungerar (27). Denna grupp kom att bestå av enbart kvinnor vid möte två men en manlig deltagare deltog vid det första mötet. Då det, enligt min uppfattning, inte visade någon skillnad i interaktionen bör detta inte ha påverkat resultatet nämnvärt då samtliga vid det första mötet kom fram till gemensamma åsikter i diskussionen. Det kan naturligtvis handla om en annan diskussion om det varit endast män som deltagit i studien och

likaså är det möjligt att diskussionen varit annorlunda om fokusgruppsintervjun ägt rum i en annan del av Sverige eller på en privat klinik. Det fanns dock variationer i ålder, utbildningstid till audionom samt hur länge deltagarna hade arbetat på kliniken. Dessa skillnader var troligen inget som påverkade dialogen negativt utan här kan det sannolikt ses som positivt då dessa variationer fanns och där i varje fall en manlig deltagare deltog vid den första gruppintervjun. Deltagarna hade dessutom arbetat mellan tre år till trettioåttå år som audionomer. Gruppen kan av dessa anledningar antas vara tämligen representativ för audionomgruppen.

Denna fokusgrupp kan sägas vara, dels en homogen grupp om vi syftar till urvalet då samtliga var audionomer på samma klinik, dels var det även en blandad grupp om vi tar hänsyn till deltagarnas ålder, erfarenheter och utbildning.

I denna studie var syftet att audionomerna i interaktionen i diskussionen gemensamt skulle komma fram till det de frågade, lyssnade och noterade vid en helhetsutvärdering av audiologisk rehabilitering. Det handlade inte om att försöka tolka något som inte sades och enligt Wibeck är vi inte psykoterapeuter som ska försöka tolka vad människor egentligen menar utan vi ska rapportera det som vi hört i en fokusgruppsintervju (33).

Det kan diskuteras om antal deltagare och möten var tillräckliga. Enligt min åsikt skulle det in tillföra något ytterligare till resultatet med flera möten med gruppen då diskussionen avstannade vid möte två och deltagarna troligen upplevde att det inte fanns något ytterligare att tillägga. Antal deltagare var sex respektive sju personer och en större grupp skulle inte var lämplig då det lätt kan bildas undergrupper med egna diskussioner i större grupper.

I denna studie, vid första fokusgruppsintervjun, tog batterierna plötsligt slut och samtalsledaren/moderatoren fick skyndsamt byta batterier. Detta avbrott upplevde jag inte påverkade något nämnvärt då deltagarna fortsatte att diskutera under batteribytet. De hade dock ombetts att inte fortsätta diskussionen under batteribytet men diskussionen fortsatte lite ändå. Detta spelades av naturliga skäl inte in pga av avbrottet och samtalsledaren/moderatoren försökte återskapa diskussionen genom några korta anteckningar då bandspelaren åter var igång. Vi kan här återigen konstatera att som Langemar skriver ”det verkar som om Murphys lag (lagen om att allting kan gå fel) gäller särskilt vid bandinspelningar” (24,s.192) då det inte är ovanligt med just dessa avbrott. Jag kan bara instämma.

Inspiration från induktiv tematisk kodning (24,25) användes vid analysen av materialet.

Denna kvalitativa metod för analys stämde bäst överens med syftet med fokusgruppsmötena

på kliniken enligt min uppfattning. Den litteratur som har studerats för denna studie då det gäller kvalitativa forskningsmetoder påpekar samtliga att det inte finns några fastslagna regler för hur själva fokusgruppsintervjun och analysen av materialet ska ske, det finns ingen "THE method" (22,23,24,28,34,35).

I enlighet med den induktiva tematiska analysen (TA) har data strukturerats till de teman som framkom i diskussionerna mellan audionomerna och jag har försökt att vara så objektiv och lyhörd som möjligt vid tolkningen av innehållet i samtalet. Tolkning i detta sammanhang innebar att sätta lämpliga rubriker och det innebar även att citaten sorterades in under rätt rubrik (24). Då det handlade om hur audionomerna själva beskrev att de gjorde vid en utvärdering av en helhetsbedömning vid audiologisk rehabilitering, var det viktigt att ta hänsyn till interaktionen i gruppen vid kodningen. Det var det som de sade som var av vikt och det handlade inte om att försöka tolka ett psykologiskt fenomen, som att göra det osynliga synligt. Detta gjorde att fenomenologi som analysmetod inte var aktuell för studien. Inte heller var hermeneutik aktuell då fokus i den metoden är mera på forskaren och på språkets roll i tolkningen. I fenomenografi handlar det om människors olika uppfattningar av fenomen. I denna studie var fokus på gruppens gemensamma uppfattningar och fenomenografi stämde på grund av detta inte in på studiens syfte som handlade om gruppens åsikter och inte om olika åsikter på individnivå (24,23).

Även om jag försökt att vara så objektiv och lyhörd som möjligt i analysen finns en förförståelse vid tolkningen då jag har samma bakgrund som deltagarna. Det kan i viss mån ha påverkat val av teman samt hur insorteringen gjorts i de olika teman som är redovisade. Detta kan tolkas både negativt och positivt. Negativt då det är lätt att se och höra det som stämmer in på de tankar jag själv haft men även positivt då jag haft lätt att tolka och förstå vad deltagarna har syftat på.

Validitet/reliabilitet/kvalitativ generaliserbarhet

I en kvalitativ studie handlar validiteten om kvaliteten på det sätt som studien har genomförts. I studien har jag noga dokumenterat förfaringsättet både före, under och efter studiens genomförande men det handlar också om trovärdigheten och hur meningsfull studien varit. Har det undersökts det som var tänkt att utredas samt finns det en empirisk förankring i det material som samlats in?

Reliabiliteten är kopplad till moderatorn/samtalsledarens förmåga att kunna genomföra intervjuer och på den förförståelse som finns. Det finns, som redan nämnts, en viss risk

att jag har tolkat in mera i resultatet än vad som är sagt i diskussionen då jag själv har samma yrke som deltagarna i gruppen. Fördelen är att det sannolikt har varit enklare att tolka det som sagts eftersom denna kunskap finns. Det kan naturligtvis ha påverkat mig i val av teman och citat. Jag har dock försökt att lyssna och tolka vad som sagts på ett så förutsättningslöst, objektivt och lyhört sätt som möjligt. En inter – kodarrelabilitet kan vara aktuell i en kvalitativ studie för att styrka trovärdigheten och i denna studie lyssnade en oberoende person på den första intervjun. Den personen hade inte tillgång till den kodning som var gjord men gjorde en bedömning som i huvudsak överensstämde med den kodning som samtalsledaren/moderatoren gjort (25). Det fanns även en överensstämmelse mellan bisittarens och samtalsledaren/moderatoren uppfattning om vad som hade sagts vid intervjuerna. Det finns en kvalitativ generaliserbarhet när det finns ett täckande och uttömmande resultat kopplat till syftet enligt Langemar (24). ”Den kvalitativa generaliserbarheten handlar om den kvalitativa beskrivningen, dvs om *existensen* av de egenskaper eller företeelser som finns i populationen även fångats i undersökningen”(24,s.110). I denna studie anser jag att datainsamlingen gav en viss kvalitativ generaliserbar uppfattning om hur audionomer utvärderar resultatet av en audiologisk rehabilitering då resultaten, enligt min erfarenhet, kan vara överförbara till andra grupper av audionomer.

Urvalet av deltagare var dock begränsat genom att samtliga deltagare arbetade på kliniken i Linköping/Motala. Det var sex kvinnor och en man som deltog och resultaten av diskussionerna hade kanske varit annorlunda med deltagare från andra kliniker eller om flera män deltagit. Förutsättningen för urvalet av deltagare i fokusgruppsintervjun var ändå att deltagarna var audionomer med erfarenhet av audiologisk rehabilitering. Detta gav garantier för att det som diskuterades handlade om det som var relevant för syftet.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att få kunskap om hur audionomer gör när de utvärderar helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering. Samtalsledaren/moderatoren öppnade det första fokusgruppsmötet med frågan: *”Ja, då igen då en omstart av syftet med det här, vi ställer ju frågor och vi lyssnar på svar och vilka svar är det vi lyssnar på? Vad är det som är avgörande? Vad är det för frågor vi ställer helt enkelt? Är det någon som har ngn åsikt?”* Det var på intet sätt värdeladdat för deltagarna i fokusgruppen att diskutera kring ämnet och de kom snabbt att interagera och de kom fram till ett gemensamt resultat. Det samtliga i

gruppen ansåg att de började med att fråga brukarna om, efter sedvanliga artighetsfraser, var att de ställde olika frågor om skötseln av hörapparaten/erna. De fick, genom att de började med att ställa frågor om detta, en uppfattning om hur det praktiska handhavandet fungerade. Utifrån de svar och berättelser de fick ansåg audionomerna att de i regel kunde bedöma om brukarna använde sina hörapparater eller inte. De flesta audionomer ansåg att den praktiska delen egentligen består av två delar där den ena delen handlar om att kontrollera hur brukarna sköter/klarar batteribyten, slangar etc och där den andra delen handlar om justeringar i förstärkningen, dvs olika kontroller och tester av ljudbilden. En av grundförutsättningarna för en audiologisk rehabilitering enligt Chisolm (5) är målet att förbättra hörandet och minska individens begränsningar i kommunikationen med omvärlden och är en av de grunder som audionomer naturligt arbetar med på klinikerna.

Enligt ICF (16) ska individuella värderingar av hur det fungerar i vardagen bland annat utvärderas utifrån de tillgångar och begränsningar som individen har. Genom att audionomerna diskuterar och följer upp de mål som brukarna nämnt vid det första besöket på kliniken med exempelvis frågor om hur vardagen fungerar, genom att exempelvis ställa frågor om vad anhöriga tycker, gör de en bedömning av den audiologiska rehabiliteringen utifrån ett individperspektiv som överensstämmer med ICFs (16) intention.

Audionomernas uppföljning av de mål som diskuterats vid det första besöket på kliniken med brukaren överensstämmer även med att en individuell rehabiliteringsplan ska finnas (11,12,14). Frågor och uppföljning kring de situationer som brukarna berättar om leder också naturligt vidare till de frågor som audionomerna ställer vid en helhetsutvärdering av den audiologiska rehabiliteringen. Utifrån dessa frågor och svar om hur vardagen fungerar för brukarna utvecklas dialogen mellan audionomen och brukarna om vad brukarna kan förvänta eller inte förvänta sig hur det kan fungera med hörapparaten/erna. Detta ger audionomerna en god uppfattning om hur stor förbättringen och hur stor effekten var av den audiologiska rehabiliteringen för just denna individ. Detta sätt att ställa frågor och lyssna på svar och berättelser för att utvärdera helhetsresultatet av audiologisk rehabilitering kan sägas vara den tysta kunskap som alla audionomer har och använder sig av vid en helhetsutvärdering av audiologisk rehabilitering. Det stämmer också väl överens med det sätt som en utvärdering görs i en CGI bedömning (8) där detta att notera förbättring och effekt av behandlingen är två av de parametrar som används vid en helhetsutvärdering av en behandling.

Audionomerna ger counseling med råd och stöd till brukarna och i samband med de frågor de ställer gör detta troligen, som Abrahams (15) skriver, att brukarna upplever mindre funktionsnedsättning när de samtidigt kan få svar på sina eventuella funderingar. Samtliga

audionomer i gruppen var noga med att poängtera att de frågor de ställer till brukarna är beroende på just den individen och de påtalar vikten av att anpassa uppföljningen till individen. En del brukare kan tex behöva flera repetitioner av tidigare information. Detta stämmer överens med Dillon (14) som bland annat framhåller vikten av att informera på det sätt som bäst lämpar sig för individen. Audionomerna påpekar vikten av att alltid ha ett individperspektiv i utvärderingen av den audiologiska rehabiliteringen. Detta framkommer genom hela intervjun när de diskuterar exempelvis handhavande, ljudbilden, förväntningar, användningstid, möjligheter och begränsningar etc. Detta är alltså enligt audionomerna i denna fokusgruppsintervju avgörande för bedömningen av den audiologiska rehabiliteringen. Audionomerna fokuserar och arbetar således utifrån WHO och ICF (16) med att se möjligheter utifrån individperspektivet.

De diskuterar livskvalitet och där de återigen påpekar att det är individens förutsättningar som ålder, hörselnedsättning etc som avgör hur de bedömer detta. De berättar exempelvis om personer som lever mycket ensamma och inte använder sin/a hörapparat/er dagligen men när barnbarnen kommer på besök använder de sin/a hörapparat/er och har stor glädje och livskvalitet av att kunna använda sin/a hörapparat/er vid dessa tillfällen. De berättar om andra personer som använder sin/a hörapparat/er från morgon till kväll och livskvalitet för de personerna är att kunna delta i olika sociala aktiviteter utan att behöva känna sig utanför pga att de inte hör. Jämför vi detta resonemang med AR CGI artikeln (7) där en utvärdering är gjord med frågor som ställs direkt till brukarna via en telefonintervju, blir det instrumentet ett mera lyhört redskap att använda vid en helhetsutvärdering än vad som blir fallet vid användning av exempelvis utvärderingsinstrumentet IOI – HA (17,18).

IOI-HA är ett självskattningsinstrument där individens förutsättningar inte framkommer på samma sätt som vid en personlig kontakt, då det är givna svarsalternativ i självskattningsinstrumentet IOI-HA. De individuella förutsättningar vad det gäller användningstid och livskvalitet kommer inte fram på samma sätt som vid en personlig kontakt. Utvärderingsinstrumentet IOI-HA (17,18) täcker dock väl de områden som audionomerna i denna grupp nämner att de tar hänsyn till vid en helhetsutvärdering av audiologisk rehabilitering.

Audionomerna diskuterar även olika grader av hur de bedömer helhetsutvärderingen av den audiologiska rehabiliteringen. I Öbergs artikel används ett betygssystem 1, 2, 3 som stämmer överens med det sätt som audionomerna i denna grupp diskuterar kring (7). De nämner återigen att de inte fokuserar på användningstiden som ett mått på hur lyckad en audiologisk rehabilitering utan att det är beroende på varje enskild individs behov och förutsättningar.

Ett svar som gör att audionomerna är extra angelägna och vill ställa kompletterande frågor till brukaren är om brukaren svarar att allt är bra i alla situationer. De upplever att det inte är helt vanligt och vill därför verkligen kontrollera extra genom att ställa ytterligare frågor om hur det fungerar i vardagen för brukaren för att försäkra sig om att det är så.

6.3 Förslag på framtida studier

Det kan vara intressant att genomföra fokusgruppsintervjuer på andra kliniker med andra audionomer för att studera om resultatet blir det samma. Rimligen blir det liknande resultat då denna grupp hade många variabler vad det gäller ålder, utbildning och arbetslivserfarenhet. Vad som kan påverka är var i Sverige intervjuerna utförs, genomförs fokusgruppsintervjuerna på en offentlig eller privat klinik, finns det regionala skillnader i bedömningarna och förändras resultatet om det deltar flera män i gruppen?

I denna studie kan vi konstatera att audionomerna i denna grupp har fokus på individperspektivet som kan sägas vara avgörande när de utvärderar helhetsresultatet av den audiologiska rehabiliteringen. Detta gör att det känns intressant och angeläget att vidareutveckla utvärderingsinstrumentet AR-CGI (7) för kliniskt bruk.

Kan vi få ett utvärderingsinstrument som tar hänsyn till individens förutsättningar kan denna studie ses som ett första försök att skapa en grund för att de rätta frågorna ställs. En vidareutveckling för kliniskt bruk av den intervjuguide som är använd i Öbergs studie (7) skulle vara intressant att testa kliniskt.

Att använda en kombination vid helhetsutvärdering av audiologisk rehabilitering av självskattningsinstrumentet IOI-HA och AR-CGI instrumentet skulle kunna ge ett heltäckande kvalitets/utvärderingsinstrument där större hänsyn tas till individperspektivet. Brukarna får dessutom en god service genom att de kan ställa frågor till den audionom som kontaktar brukarna via telefon och det blir således ytterligare ett tillfälle till råd och stöd då nya frågor kan ha uppkommit sedan brukarna senast var på kliniken.

7. KONKLUSION

Resultatet från fokusgruppsintervjuerna med audionomer på kliniken och svar på, vilka frågor, svar och observationer som audionomer noterar för att kunna utvärdera helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering, kan kort sammanfattas enligt nedan.

- Audionomerna börjar ofta, efter inledande artighetsfraser, med en fråga; ”Hur går det?” Därefter gör man praktiska kontroller av handhavande, kan brukarna byta

batterier, vet de om slinga finns etc. Praktiska kontroller görs av ljudbilden, behöver man öka eller minska förstärkningen, fungerar det vid TV etc

- Sociala frågor ställs om hur livsvärlden ser ut. Har den förändrats, vad tycker anhöriga? Hur fungerar det i olika vardagliga situationer för individen och audionomerna lyssnar noga på om svaret de får verkar troligt
- Uppföljning görs av de mål som angetts vid det första besöket på kliniken, audionomerna följer upp hur det fungerar för individen i de situationer som nämnts
- Olika frågor ställs till olika individer beroende på deras livssituation, ålder etc. Alltid ett individperspektiv vilket audionomerna återkommer till under hela intervjun vilket kan sägas vara avgörande för hur audionomerna i denna grupp utvärderar helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering

Slutsatser från denna studie är att audionomerna i denna intervju ställer ungefär samma frågor till sina brukare och att de är mycket noga med att påpeka individperspektivet vid helhetsutvärdering av en audiologisk rehabilitering. Denna studie visar således att detta är avgörande för hur audionomerna utvärderar helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering. Audionomerna är noga med de variationer de noterar för varje brukare och de anser att en bedömning utifrån hur många timmar en brukare använder sina hörapparater per dag inte ger en rättvis bild av hur det fungerar för brukaren i vardagen. Kan utvärderingar göras på ett mera nyanserat sätt på individnivå bör detta kunna ge en mera rättvis bild av hur det fungerar för brukarna.

8. REFERENSER

1. SCB-statistisk Centralbyrå: SCBs levnadsnivåundersökningar (ULF) 1996, 1998, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004.
2. SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hörapparat för vuxna: nytta och kostnader. Stockholm: SBU; 2003. SBU-rapport 164.
3. SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet. Ändrad till SFS 2008:3.
4. Arlinger S. Negative consequences of uncorrected hearing loss-a review. *Int J of Audiol.* 2003;42:17-20.
5. Chisolm TH, Johnson CE, Danhauer JL, Portz LJ, Abrams HB, Lesner S, et al. A systematic review of health-related quality of life and hearing aids: final report of the American Academy of Audiology Task Force On the Health-Related Quality of Life Benefits of Amplification in Adults. *J Am Acad Audiol.* 2007;18:151-83.
6. Öberg M, Lunner T, Andersson G. Psychometric evaluation of hearing specific self-report measures and their associations with psychosocial and demographic variables. *Audiological Medicine.* 2007;5(3):188-199.
7. Öberg M, Wänström G, Hjertman H, Lunner T, Andersson G. Development and initial validation of the "Clinical Global Impression" to measure outcomes for audiological rehabilitation. *Disability and Rehabilitation.* In press 2008.
8. Guy W. Clinical Global Impressions. In *ECDEU Manual*, US Dept of Health and Human Services Rockville. MD: NIMH;1976.217-222.
9. Kadouri A, Corruble E, Falissard B. The improved Clinical Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. *BMC Psychiatry.* 2007;7:7.

10. Öberg M. Approaches to Audiological Rehabilitation with Hearing Aids-studies on pre-fitting strategies and assessment of outcomes. Doctorial Thesis Department of Clinical and Experimental Medicine division of Technical Audiology and The Swedish Institute for Disability Research University of Linköping; 2008.
11. Hörselskadades Riks Förbund (HRF). Adjö yxskaft: om hörselskadades situation i Sverige. Stockholm: HRF; 2008. HRF- årsrapport.
12. Arlinger S, Danermark B, Espmark AK, Mäki-Torko E, Möller C, Steorn M. mfl. SKL Hörselrehabilitering till vuxna. Rapport från expertgruppen för hörselvård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
13. Europeiskt standardiseringsprojekt: Personligt möte/föreläsning Arlinger S. Hörselvårdens klinikmöten i Linköping. (Nov.17, 2008).
14. Dillon H. Hearing aids. Sydney, New York, Stuttgart: Boomerang Press: Thieme; 2001.
15. Abrams HB, Hnath-Chisolm T, Guerreiro SM, Ritterman SI. The effects of intervention strategy on self-perception of hearing handicap. *Ear Hearing*. 1992;3(5): 371-7.
16. WHO. International Classification of Impairments, Disability, and Health (ICF) Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2001.
17. Cox R, Hyde M, Gatehouse S, Noble W, Dillon H, Bentler R, et al. Optimal Outcome Measures Research Priorities. *Ear Hear*. 2000;21(Supp1):106-115.
18. Cox RM, Hyde M, Kramer S. Translation of the International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA). *Int J Audiol*. 2002;41(1):3-26.
19. Arlinger S, Billermark E, Öberg M, Lunner T, Hellgren J. Clinical trial of a digital hearing aid. *Scand Audiol*.1998;27:51-61.

20. Eriksson-Mangold ME. In Adaptation to Acquired Hearing Loss. Doctorial Thesis
Department of psychology University of Göteborg Sweden; 1991.
21. Nilsson B. Socialpsykologi. Lund: Studentlitteratur; 1996
22. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 1997.
23. Smith A.J. Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods. Great
Britain: Sage Publications Ltd; 2003.
24. Langemar P. Kvalitativ forskningsmetod i psykologi - att låta en värld öppna sig.
Stockholm: Liber AB; 2008.
25. Symon G, Cassell C, Smith J. In: Qualitative Psychology: A Practical Guide to
Research Methods. 1998. Great Britain: Sage Publications Ltd; 2003.
26. Hayes N. Doing Psychological Research. Philadelphia: Open University Press; 2000.
27. Wibeck V. Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod.
Lund: Studentlitteratur; 2000.
28. Morgan LD. Focus groups as qualitative research (second edition). United States of
America. Sage Publications Inc: 1997;vol 1-7.
29. Wilkingson S. In: Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods.
1998. Great Britain: Sage Publications Ltd; 2003.
30. Sim J. Collecting analysing qualitative data: issues raised by the focus group. Journal
of Advanced Nursing. 1998;28(2):345-352.
31. Nyström B, Edström A. Fokusgruppmetodik memologen. Umeå Universitet. 2004.
http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Utvecklingscentrum/dokument/fokusgrupper_memologen.doc. 2009-05-04

32. Erlandsson S, Bohlin M. Personalansvarigas reflektioner kring jämställdhet, funktionshinder och etnicitet. En studie med beskrivande vinjetter som metod. HTU:s report series, Research report 04:2 University of Trollhättan/Uddevalla (Personnel manager's reasoning on gender equality, impairment and ethnicity. 2004.
33. Wibeck V. Att arbeta med fokusgrupper. Göteborg. Göteborgs Universitet; Sektionen för vårdvetenskap:1998;1.
34. Krueger AR. Focus Groups. A Practical Guide for Applied Resarch. (second edition) United States of America: Sage Publications Inc; 1994.
35. Krueger AR. Analyzing & Reporting Focus Group Results. United States of America: Sage Publications Inc; 1998.
36. Linell P. Transkription av tal och samtal: teori och praktik. Linköping: Tema kommunikation; 1994.

BILAGOR

Bilaga 1 Första informationen till audionomerna på kliniken.

Bilaga 2 Intervjuguide

Bilaga 3 Anteckningsmaterial för bisittare

Bilaga 4 Scenario/vinjett 1

Bilaga 5 Scenario/vinjett 2

Första informationen till audionomerna inför rekrytering till fokusgruppsmöten på kliniken

- En kort bakgrund till varför frågan ställs
- Viktigt med utvärdering/kvalitetssäkring för individen och för kliniken. Vår ”tysta” kunskap. Hur gör vi då?
- Förfrågan om deltagande i en fokusgruppsintervju där vi samtalar fritt om vad det egentligen är för frågor vi audionomer brukar ställa? Vilka svar avgör hur vi finner att det fungerar för patienterna? Är det några svar som är direkt avgörande för hur vi bedömer den audiologiska rehabiliteringen. Vilka observationer gör vi?
- Ni som arbetar med hörapparatutprovning och vill vara med kan höra av er till mig via mail så informerar jag närmare om var, när, hur och varför

Syftet

Information ges om att syftet med en fokusgrupp på kliniken är att fritt diskutera och samtala om vad vi audionomer anser är viktigt och avgörande för hur vi bedömer helhetsresultatet av en audiologisk rehabilitering. Vad är det egentligen för frågor vi audionomer brukar ställa? Vilka svar avgör hur vi tycker att det fungerar för patienterna? Vilka observationer påverkar våra beslut? Är det några svar som är direkt avgörande för hur vi bedömer resultatet av den audiologiska rehabiliteringen?

Informerat samtycke

Information ges om att informerat samtycke innebär att information ges om syfte, hur upplägget är, frivillighet att delta och att ingen motivering krävs om man inte vill vara med längre utan ni har rätt att avbryta deltagandet när ni så önskar. (Kvale, s.107, 2001)

Referens Wibeck, V. (2000) *Fokusgrupper – Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur, Lund

Intervjuguide

Tema 1 (ca 30 min/tema)

Vilka *frågor* brukar vi ställa till våra brukare för att kunna avgöra resultatet av rehabiliteringen?

Förtydligande frågor.

Hur menar du....

Vad tänker du då...

Varför är det viktigt....

Tema 2

Vilka *svar lyssnar vi till och vilka observationer gör vi* som är avgörande för hur vi bedömer resultatet? Finns det *några särskilt avgörande svar* som påverkar vår utvärdering/bedömning av den audiologiska rehabiliteringen?

Förtydligande frågor.

Hur menar du....

Vad tänker du då...

Varför är det viktigt

Information om vad samtalsledaren/moderatoren gör till nästa möte och hur vi då ska gå vidare.

Exempel på kommentarer/frågor som eventuellt kan komma fram under diskussionen (kan ev behöva ställas av moderatorn om inget av detta kommer fram vid diskussionen. Annars finns denna som checklista i bakgrunden. Men fokus på *tema* istället för konkreta frågor)

- Förväntningar, stämmer de överens med vad du trodde före hörapparatutprovningen
- Vad är bäst med app/vad är sämst
- Hur mkt använder du hörapparaten/erna
- Hur ofta får du byta batteri
- Är du nöjd med app
- Vilken nytta har du av app
- Hur upplever du bakgrundsljud
- Hur viktigt är det för dig att höra bakgrundsljud
- Har din inställning till hörapparater förändrats
- Vad tänker anhöriga om din hns/att du bär hörapparater
- Har du börjat med några nya aktiviteter/tagit upp några gamla
- Hur har du upplevt hörapparatutprovningen/ngt som var speciellt bra för dig eller ngt som var dåligt

Tema 1 (ca 30 min/tema)

Vilka *frågor* brukar vi ställa till våra brukare för att kunna avgöra resultatet av rehabiliteringen

Positiva kommentarer +

Negativa kommentarer -

Egna tankar

Avgörande frågor/svar som framkommer

Tema 2 (ca 30 min/tema)

Vilka *svar lyssnar vi till och vilka observationer gör vi* som är avgörande för hur vi bedömer resultatet? Finns det *några särskilt avgörande svar* som påverkar vår utvärdering/bedömning av den audiologiska rehabiliteringen?

Positiva kommentarer +

Negativa kommentarer -

Egna tankar

Avgörande frågor/svar som framkommer

Scenario/vinjett 1 (ca 30 min)

Om vi tänker att nu ska vi göra en uppföljning av klinikens brukare ca 6 månader efter att vi avslutade deras hörapparatutprovning.

Vi ringer upp brukaren för att höra hur det fungerar med hörapparaten/erna.

Vad är det vi vill veta då? Vad är det då för frågor och vad är det då för svar vi vill ha för att kunna bedöma resultatet av den audiologiska rehabiliteringen?

Vad frågar vi om? Vad är det för svar vi lyssnar på som gör att vi kan bedöma hur det har fungerat. Vilka observationer noterar vi när vi lyssnar på brukarnas berättelser?

Scenario/vinjett 2 (ca 30 min)

Om vi nu tänker att vi har regeringens uppdrag att göra en utvärdering av hur väl utprovningarna/rehabiliteringen har fungerat för de brukare som har fått en ”Storke” utprovning (en privat utprovning).

Vad är det för frågor vi skulle ställa då och vad är det för svar vi lyssnar på när vi gör vår bedömning? Vilka observationer noterar vi när vi lyssnar på brukarnas berättelser?