

Distriktssköterskors erfarenheter av att
arbeta med personcentrerad vård på
mottagning i primärvården

Karin Grenberg
Anne Widmark

**Specialistsjuksköterska, Distriktssköterska
2019**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta med
personcentrerad vård på mottagning i primärvården

District nurses' experiences of working with person
centered care at the reception in primary care

Karin Granberg

Anne Widmark

Kurs: O7036H, Examensarbete inom distriktsvård
Specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning mot distriktsvård 75 hp
Handledare: Päivi Juuso

**Distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta med personcentrerad vård på
mottagning i primärvården**

**District nurses' experiences of working with person centered care at the reception in
primary care**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Karin Granberg

Anne Widmark

Abstrakt

Bakgrund: Personcentrerad vård innebär att personen är i centrum och inte dennes sjukdom. Ett partnerskap mellan distriktssköterskan och personen eftersträvas, med utgångspunkt från personens livsberättelse och dennes livssituation för att gemensamt skapa mål och strategier för genomförande av behandlingar samt omvårdnad. I mötet ska distriktssköterskan visa vilja, öppenhet samt intresse att lyssna till personens berättelse och beskrivning av sin situation. **Syftet:** Syftet var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta personcentrerat på mottagning i primärvården. **Metod:** Åtta distriktssköterskor från hälsocentraler i norra Sverige deltog i studien. Datainsamlingen utfördes med semistrukturerade intervjuer och data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I resultatet framkom ett tema; Att vilja väl men inte ha förutsättningar och fem kategorier; Att vara lyhörd och närvarande i patientmötet; Att individanpassa mötet; Att skapa samförstånd med patienten; Att ha brist på tid; Att ha kunskap och samsyn om arbetssättet. I resultatet framkom att lyssna, vara lyhörd, närvarande, visa intresse och se patienten är viktiga aspekter i det personcentrerade arbetet. Ett ökat samförstånd och delaktighet resulterade i ökat ansvar från patienten i egenvården. **Slutsats:** Personcentrerad vård ger mer nöjda patienter med ökat egenansvar. Distriktssköterskor måste dock ges förutsättningar för att kunna arbeta personcentrerat varför arbetsgivare måste införa rutiner för att implementera detta arbetssätt. Detta skulle också ge distriktssköterskorna en ökad känsla av tillfredsställelse i arbete med personcentrerad vård.

Nyckelord: Distriktssköterskor, personcentrerad vård, primärvården, erfarenhet, kvalitativ metod, semistrukturerade intervjuer.

Enligt Wallström, Ekman och Taft (2017) finns en önskan att Svensk sjukvård ska bli bättre samtidigt som en god vård ska uppnås. Genom att arbeta med personcentrerad vård leder det till att patienter får större inflytande, vilket har visat sig vara kostnadseffektivt. Enligt Socialstyrelsen (2018) kännetecknas en god vård och omsorg av att den är säker, personcentrerad och jämlik. Mötet med patienten är unikt och ska anpassas efter dennes behov och förutsättningar. Detta genom att patienten i mötet får utrymme att berätta, bli lyssnad på samt att personalen sedan agerar utifrån patientberättelsen. På detta sätt uppmuntras patienten till delaktighet i sin vård, som därmed bedöms bli mer patientsäkert. Om det brister i bemötandet mellan patient och personal kan det leda till att information och kommunikation går förlorad vilket sedan kan leda till risker i patientsäkerheten exempelvis följsamhet i behandlingar.

Edvardsson (2015) beskriver personcentrerad vård som holistisk, personlig, kreativ, flexibel, och unik. Enligt Calisi, Boyko, Vendette och Zagar (2016) innebär det att arbeta omtänksamt, empatiskt och med medkänsla där patienten är i fokus. Enligt Britten et al. (2016) består personcentrerad vård av ett partnerskap som skapas mellan vårdpersonal och patient i ett samförstånd och leder till ett mer personligt möte mellan parterna. Detta innebär enligt Edvardsson (2015) ett personligt sätt att närma sig och samarbeta med patienter och familjer, vilket menas med att vårdpersonalen sätter sig in i individens livsberättelse. Svensk sjuksköterskeförening (2008) beskriver att distriktsköterskor ska arbeta för att förstå individen och familjens resurser i ett helhetsperspektiv. De ska respektera och stödja patienter med nedsatt hälsa i det dagliga livet och i samverkan i team med andra yrkeskompetenser stödja patienter i sina val i vardagen. Genom att skapa en relation till patienten kan dennes autonomi, delaktighet och integritet stödjas. I mötet ska fokus ligga på respekt, lyhördhet och ärlighet för att tillsammans med patienten kunna identifiera dennes förmågor och kunskapsbehov (ibid. s. 7, 12). Distriktsköterskan kan genom sin kompetens använda sig av ett personcentrerat arbetssätt och därigenom tillvarata patientens berättelse och ge patienten en större förståelse som leder till en positiv inverkan för patienten inom vården (Boström, Isaksson, Lundman, Lehuluante & Hörnsten, 2014). Studier (Calisi et al., 2016; Ellemunter, Stahl, Smrekar & Steinkamp, 2015; Wallström et al., 2017) har visat att patienter är positiva till inflytande i vården och ser det som en förutsättning för en god vård. Patienter anser det viktigt att få berätta för sjukvårdspersonalen hur de upplever situationen med sin sjukdom. Att som patient vara delaktig i sin vård gynnar dialogen med

familjemedlemmar och personal. I en studie Duthie, Strohschein och Loisel (2017) framkom att patienter upplevde en fin balans mellan behandlingar och andra mål i livet då sjuksköterskan arbetar personcentrerat. Patienterna upplevde sjuksköterskan mer som jämbördig och en person som lyssnade på deras behov, vilket patienterna upplevde som positivt i vården. Genom att arbeta med personcentrerad vård menar sjuksköterskor att patienten blir sedd som en person, att de lyssnade bättre på patientens mål och utgick från patientens resurser, vilket de menar medför ett partnerskap med patienten (Britten et al., 2016). Enligt Edvardsson (2015) finns det ett genuint intresse hos hälso- och sjukvårdspersonalen för patientens beslut och prioriteringar med avseende på dennes hälsa. Beck, Jakobsson och Edberg (2014) beskriver att ett personcentrerat arbetssätt även leder till bättre öppenhet i arbetsgruppen. Ytterligare positiva aspekter av personcentrerad vård är att sjuksköterskor kan ge en snabbare bedömning i en komplex situation (Manley, Hills & Marriot, 2011).

I flertal studier (Edvardsson, 2015; Kennedy, 2005; Rosen, Gaqnero- Persson & Persson, 2016) har det framkommit att distriktssköterskor upplevde det viktigt att bemöta patientens önskemål och bekymmer. Genom att sjuksköterskor arbetar med partnerskap, som innebär ett samarbete mellan patient och personal mot gemensamt mål, så leder detta till en mer effektiv vård, eftersom vården blir individanpassad efter patientens önskan och behov. Kjörnsberg, Karlsson, Babra och Wadensten (2010) beskriver att distriktssköterskor ser positiva effekter av att arbeta personcentrerat och upplever att arbetssättet leder till en ökad förståelse för patientens problem och behov samt att det blir en gemensam strävan både för personal och patient mot gemensamt mål, som på sikt minskar patientens lidande. Dock framkommer det i andra studier (Boström et al. 2014; Gransjön-Craftman, Westerbotn, Strauss, Hiller & Marmst-Hammar, 2015) att distriktssköterskor upplevde att arbeta personcentrerat är tidskrävande samt att de uttryckte ett behov av stöd och utbildning. Enligt McComiskey (2017) finns det stora utmaningar för distriktssköterskor inom hälso- och sjukvården i och med att den åldrande befolkningen ökar vilket i sin tur leder till att fler personer med komplexa hälsobehov behöver vård. I dessa sammanhang kan ett personcentrerat arbetssätt möjliggöra individuella bedömningar. Ekman, Hedman, Swedberg och Wallengren (2015) menar att hälso- och sjukvårdspersonal har lite kunskap om personcentrerad vård och hur detta ska införas i det dagliga arbetet inom vården. Enligt Beck et al. (2014) behöver organisationen vara stödjande för att underlätta att personcentrerad vård används. Detta kan främja arbetet med en gemensam förståelse

mellan personal och patient vilket kan leda till bättre följsamhet och förståelse i behandling, mer engagerade och nöjda patienter med en förbättrad hälsa som följd (Ekman et al., 2015).

Primärvårdens uppdrag enligt Socialstyrelsen (2016) är att systematiskt arbeta med sjukdomsförebyggande åtgärder och hälsofrämjande insatser inom hela sin verksamhet varav mottagningsarbetet är en del av primärvårdens kärnuppdrag. Vårdpersonalen ska lära ut råd om egenvård samt arbeta systematiskt för att tidigt upptäcka hälsorisker.

Hälsocentralerna ska samverka med andra huvudmän på olika vårdnivåer för att kunna samordna behandling och vård till patienterna som därtill ska vara kostnadseffektiva. Att uppträda professionellt, bekräfta och respektera patienten är grunden till ett bra möte och enligt SOU 2016:2 utgår ett personcentrerat möte mellan patient och vårdpersonal från patientens livsvärld, problem och behov. Det leder till en mer individanpassad vård och minskar onödigt lidande för patienten samtidigt som omotiverade åtgärder undviks. För att nå detta är det viktigt att involvera och göra patienten delaktig i sin vård i högre utsträckning än vad som görs i dag. Genom att utgå från patienten i det individuella mötet kan hälso- och sjukvården tillsammans med patienten lättare nå målen i den patientfokuserade omvårdnaden (s. 18, 63, *ibid.*).

Rational

Distriktssköterskor har visat sig vara positiva till ett personcentrerat arbetssätt men också beskrivit svårigheter och behov för att kunna utöva det till fullo (Wallström et al., 2017). För ett personcentrerat arbetssätt där patientens berättelse ska integreras i det kliniska utövandet krävs en förändring i det tidigare invanda och vedertagna tankesättet och arbetsmetoderna (Britten et al., 2016). Patienter och närstående behöver få mer inflytande samt göras delaktiga i sin vård och omvårdnad (Wallström et al., 2017). Genomgång av tidigare studier visar att forskning om distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta personcentrerat på mottagning i primärvården är begränsat. Genom en ökad kunskap och förståelse om distriktssköterskor erfarenheter kan distriktssköterskor samt annan hälso- och sjukvårdspersonal ta lärdom om hur de bäst hjälper patienten samt får en ökad följsamhet hos patienten.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta personcentrerat på mottagning i primärvården.

Metod

Design

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats eftersom syftet var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter. Enligt Polit och Beck (2017, s. 12) är en kvalitativ metod att föredra när syftet är att betona och kunna förstå de mänskliga erfarenheterna

Deltagare och procedur

Efter att etikansökan blev godkänd vid Luleå tekniska universitet kontaktades enhetscheferna på fyra hälsocentraler i Norra Sverige via e-post och fick information om vår studie, dess syfte och en förfrågan om tillstånd att genomföra studien i deras verksamhet. Efter medgivande att delta, ombads enhetscheferna att göra en förfrågan om att delta i studien till distriktssköterskor som motsvarade inklusionskriterierna. Inklusionskriterierna var att deltagarna hade distriktssköterskeexamen samt erfarenhet av mottagningsarbete i primärvården i minst två år. Exklusionskriterierna var distriktssköterskor som arbetade inom barnhälsovård eller endast med telefonrådgivning. Deltagarna rekryterades genom ett bekvämlighetsurval, vilket enligt Polit och Beck (2017, s. 492-496) innebär att deltagarna är lättillgängliga för forskarna. Detta ses som fördel vid småskaliga forskningsprojekt där både tid och budget är begränsat. Åtta distriktssköterskor tackade ja till att medverka efter att ha fått skriftlig och muntlig information om studien samt gett sitt informerade samtycke. Alla deltagare var kvinnor, i åldrarna 44 till 64 år, medelvärdet var 53 år. I medeltal hade de 14 års arbetslivserfarenhet med ett spann mellan 5 och 20 år i arbete som distriktssköterskor.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer utfördes för att samla data. Vi utförde intervjuerna med stöd av en intervjuguide (bilaga 1) där frågorna formades utifrån studiens syfte. Denna typ av intervju uppmuntrar intervjupersonerna att prata öppet och fritt runt frågorna så att forskarna kan få en rik berättelse (Polit & Beck, 2017, s. 510). Vi intervjuade fyra deltagare

var. Innan intervjuerna påbörjades påminde vi att deltagandet var frivilligt och att deltagarna närhelst fick avbryta sin medverkan utan att förklara varför. Deltagarna blev informerade att allt material kommer att avidentifieras. Under intervjuerna uppmuntrades deltagarna att berätta öppet och fritt utifrån frågorna. Följdfrågor såsom: ” Hur känner du?” ”Hur tänkte du då?” ”Kan du utveckla mera” ställdes vid behov för att få så uttömmande svar som möjligt. Alla intervjuer skedde i deltagarnas hem enligt deras eget önskemål. Enligt Kvale och Brinkman (2014, s. 170) är det viktigt att deltagaren känner sig trygg för att våga prata fritt om sina personliga erfarenheter. Intervjuerna pågick i cirka 18-40 minuter. Intervjuerna spelades in på ljudfil i mobiltelefon och transkriberades därefter ordagrant.

Dataanalys

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Analysprocessen inleddes med att de transkriberade intervjuerna lästes igenom flertalet gånger för att få en känsla av helheten. På detta sätt kunde vi fördjupa förståelsen av datas innehåll och innebörd. Ur data extraherades meningsbärande enheter som svarade mot syftet. Sedan kondenserades dessa meningsbärande enheter, vilket innebär att de kortades ner, men att kärnan innehållet bevarades. Nästa steg var att sortera de kondenserade meningsbärande enheterna in i olika underkategorier. Sorteringen utgick från vad texten handlade om. Underkategorierna sammanfördes därefter till bredare kategorier baserat på likheter och skillnader i data. Denna process gjordes i flera steg och avslutades när all data indelats i kategorier och när den inte kunde placeras i en annan kategori. Data som finns under varje kategori ska vara externt heterogen samt internt homogen mot varandra enligt Graneheim och Lundman (2004). Totalt framkom fem kategorier. Utifrån den underliggande meningen i kategorierna bildades ett tema, som framträder genomgående i kategorierna.

Etiska överväganden

Studien påbörjades efter att en etikansökan godkännts av Institutionen för Hälsovetenskap vid Luleå tekniska universitet. Under studiens genomförande togs hänsyn till nytta och risk med att delta i studien. Enligt Polit och Beck (2017, s. 139, 142) är det viktigt att använda strategier för att minimera skada och obehag för intervjupersonen oavsett om det bara är temporärt som dem upplever obehaget. Nyttan måste alltid vara större än riskerna utifrån

individens värdighet och respekt. Nyttan med att delta i denna studie var att deltagarna fick möjlighet att berätta om sina erfarenheter av personcentrerat arbetssätt i primärvården. Risken med deltagandet kan vara att deltagarna kan uppleva bristande kunskaper i sin profession, samt att det kan upplevas blottande och utlämnande att upptäcka eventuella brister i sitt arbete. Detta kan leda till att deltagarna upplever skuld eller skam. För att minimera obehag under intervjutillfället bemötte vi deltagarna respektfullt och strävade efter att vara lyhörda för deras eventuella frågor efter intervjutillfället.

Enligt Lagen om etikprövning som avser människor (SFS 2003:460, 17§) ska samtycke till medverkan i studie ges från forskningspersonen innan forskningen börjar.

Forskningspersonen ska dessförinnan ha fått information om forskningen. Samtycket är frivilligt och ska dokumenteras. I studien hämtades samtycke från enhetschefer för att få göra studien i deras verksamhet. Efter godkännande hjälpte enhetscheferna till att identifiera lämpliga deltagare baserat på inklusionskriterierna och delade ut information om studien till dessa. Via bifogat svarsbrev kunde deltagarna ge sitt informerade samtycke att delta i studien. Vid intervjutillfället informerades deltagarna återigen angående studiens syfte samt det informerade samtycket. Enligt Polit och Beck (2017, s. 157) ska forskarna vid intervjutillfället kontrollera samtycket så att deltagaren förstår innebörden.

Enligt Polit och Beck (2017, s. 147) är det viktigt att informera deltagaren att materialet som används kommer att avidentifieras så det inte går att veta vem det är som deltar i studien. Konfidentialitet är viktigt för deltagarnas rättighet att vara anonyma för andra än forskarna. I vår studie har enbart författarna haft tillgång till det inspelade materialet. Endast författarna och handledaren har haft tillgång till det transkriberade materialet. Inspelningarna förvarades i lösenordskyddade mobiltelefoner, utskrifter förvarades inlåsta under arbetets gång. Efter publikation raderas datamaterialet.

Resultat

I resultatets framkom ett tema och fem kategorier som beskrev distriktssköterskors erfarenhet av att arbeta personcentrerat på mottagning inom primärvården. Kategorierna presenteras i tabell 1, samt med beskrivande brödtext och illustreras med citat från intervjuerna.

Tabell 1 Tema samt översikt av kategorier (n=5)

<i>Tema</i>	<i>Kategori</i>
Att vilja väl men inte ha förutsättningar	Att vara lyhörd och närvarande i patientmötet
	Att individanpassa mötet
	Att skapa samförstånd med patienten
	Att ha brist på tid
	Att ha kunskap och samsyn om arbetssättet

Att vilja väl men inte ha förutsättningar

Temat 'Att vilja väl men inte ha förutsättningar' visade att samtidigt som distriktssköterskorna ville sina patienter väl genom att arbeta personcentrerat verkade det som om de inte hade förutsättningar för att uppfylla det på ett tillfredsställande sätt. Brist på tid, arbetsro och samsyn gällande arbetssätt framkom som hinder för detta. När förutsättningarna överensstämde med önskan om en god vård och omvårdnad för ett gott möte och partnerskap med patienten kände distriktssköterskor sig nöjda och tillfredsställda med sitt arbete.

Att vara lyhörd och närvarande i patientmötet

Distriktssköterskor beskrev att det vid ett personcentrerat arbetssätt var viktigt att lyssna på patienten, vara lyhörd, närvarande, se patienten och visa intresse för patienten. Genom detta skapades trygghet hos patienten vilket distriktssköterskorna menade påverkade mötet och framtida möten positivt. För en tillitsfull relation beskrevs det vara viktigt att visa respekt för patienten och skapa en förståelse för patientens upplevelser.

Distriktssköterskorna menade att detta kunde göras genom att ställa kompletterande frågor vid mötet med patienten samt även vara ödmjuk inför patientens berättelse och upplevelser. En distriktssköterska sa: "Patienten är ju den som vet vad bekymret är, utifrån vad han eller hon berättar får man fortsätta därifrån"

Att individanpassa mötet

Distriktssköterskor beskrev att det var viktigt att individanpassa mötet utifrån den specifika patienten och dennes problem, åtgärder och uppföljningar. Genom att se den enskilda patienten utifrån dennes specifika resurser och förutsättningar i sin vardag samt livssituation tillsammans med patienten kunde de individanpassa åtgärder. Att även individanpassa informationen till patienten beskrevs vara viktigt. Detta för att patienter ska ges förutsättningar att förstå informationen. Distriktssköterskor ansåg att individanpassning vara ännu viktigare i ett möte med en patient som hade funktionsnedsättningar och i mötet med nyanlända patienter. Dessa möten beskrevs ställa andra krav på informationen som de som distriktssköterskor gav samt även andra krav på åtgärder och uppföljningar. En distriktssköterska beskrev: ”Jag behandlar inte alla lika utan lyssnar till den jag träffar”.

Distriktssköterskors erfarenhet var att individanpassning av information innebar att den skulle vara på rätt nivå utifrån patientens tidigare kunskaper. Detta för att möta upp olika behov hos patienterna då de är olika och tar till sig informationen olika snabbt, eller saknar förutsättningar för att kunna tillgodogöra sig informationen. Distriktssköterskorna menade att detta ibland innebar att de var i behov av att boka in flera besök med patienten, så att patienten kunde ta in all information samt förstå betydelsen av informationen.

Vi går sakta fram med informationen till patienten, för vi är olika och det ska vi få vara. Många besök kan behövas för patienten för att förstå informationen om sin sjukdom eller behandling.

Distriktssköterskor menade att patienter som hade en bristande insikt eller patienter som inte tar till sig information, var svårast att möta och stödja i att ta ett egenansvar. De menade att dessa patienter var mycket viktiga att följa upp för att stödja dem i att själv ta ansvar över sin sjukdom och för att säkerställa att de förstått informationen som de fått.

Att skapa samförstånd med patienten

Skapa samförstånd och delaktighet med patienten beskrevs av distriktssköterskorna som viktigt. Detta för att de som personal och patienten kunde arbeta mot ett gemensamt mål, vilket i sin tur ledde till att patienten blev mer delaktig i sin vård och behandling. Deras

erfarenhet var att patienten kände sig mer nöjd och inte som en belastning utan som en tillgång. En distriktsköterska beskrev: ”De [patienten] är mer delaktiga och känner sig betydelsefulla, de känner sig viktiga”.

Distriktsköterskor ansåg att de ibland misslyckades med att nå ett samförstånd och delaktighet med patienten, vilket de menade påverkade besluten i vård och behandling eller att patienten inte kände sig delaktig. Yngre patienter beskrevs av distriktsköterskor som mer delaktiga i sin vård och behandling än dom äldre. Distriktsköterskor beskrev att äldre patienter alltid var nöjda, men inte alltid följde vården eller behandlingen.

Distriktsköterskor påpekade att det fanns större möjlighet till delaktighet i vården idag, som ger patienten inflytande och makt. Samförstånd som skapades mellan dem som distriktsköterskor och patienten ledde till ett partnerskap, där patienten var i centrum. Kontinuitet beskrevs dock vara viktigt för att möjliggöra partnerskapet enligt distriktsköterskorna.

Jag har pratat med patienten, det är jag som tar emot patienter, jag känner till patienten, så behöver inte läsa på lika mycket, jag följer upp patienten, det leder till en kontinuitet, å, vi kommer till samförstånd, med ökad delaktighet, vi blir ju som ett team, ett partnerskap.

Att ha brist på tid

Distriktsköterskor beskrev att de ibland på grund av tidsbrist inte hann ge alla patienter samma förutsättningar för ett personcentrerat möte. Framförallt första mötet med patienten beskrevs ta längre tid då de strävade efter att skapa ett bra samtal med patienten. Det personcentrerade arbetssättet beskrevs vara mer tidskrävande, vilket ledde till att tidsplanen i schemat blev pressat. Detta i sin tur försvårade ett jämlikt bemötande av patienter, speciellt de med funktionshinder eller nyanlända patienter som har särskilda behov. Fokus blev då snarare på orsak till besöket än patientens upplevelse av problemet. En distriktsköterska beskrev: ”I arbetsschemat, tid finns inte idag att möta dem [patienterna] personcentrerat”.

Tillräckligt med tid beskrevs leda till ett lugnt, stressfritt möte samt en ökad kännedom av patienten och följsamhet från patienten. I motsats till detta beskrevs tidspressen istället skapa sämre samförstånd med patienten och öka stressen i arbetet. Distriktsköterskor

ansåg det viktigt att tid fanns att arbeta ostört med patienten samt kunna förbereda sig genom att läsa på i journalen samt att ha tid för framtagning av material inför besöket. Detta beskrevs som tidsbesparing och gav tillfredsställelse i mötet. En distriktssköterska beskrev: "Å jag tycker så här; jag har tagit mig den tiden jag behöver med patienten. De har fått ta tid."

Att ha kunskap och samsyn om arbetssättet

Distriktssköterskor beskrev att det inte pratas så mycket om betydelsen och innebörden av vad ett personcentrerat arbete betyder i det dagliga arbetet. I vissa fall diskuterades detta inom distriktssköterskegruppen, med fokus på att göra det bästa för patienten. Kravet från arbetsgivaren var att ha så många bokade patientbesök som möjligt beskrevs påverka förutsättningarna att arbeta personcentrerat.

Från dag till dag, ja, men det skulle kunna utvecklas ännu mer att se över tidsmodulerna på varje distriktssköterskemottagning, att se över vad är det för patienter vi har där och utifrån det bedöma om man behöver längre eller kortare tid.

Distriktssköterskor beskrev att kunskap om vad personcentrerat arbete innebar fanns hos arbetsgivare. Men de ansåg att arbetsgivaren inte hade kunskap om vad som krävs för att de som distriktssköterskor skall kunna arbeta personcentrerat. Förutsättningarna att bemöta personcentrerat beskrevs också ha att göra med bemanningssituationen, då de ofta var för få i personalen. Distriktssköterskor menade att arbetsgivaren har ett ansvar att fortbilda sin personal i vad personcentrerat arbete innebär. Detta beskrevs vara viktigt för att få en samsyn bland personalen samt en likvärdighet i mötet med patienten. Distriktssköterskor önskade att de kunde arbeta ostört och ansåg att en samsyn bland personalen på hälsocentralen var viktigt för att hindra störningsmoment såsom till exempel att bli avbruten i arbetet på grund av att andra kom in i rummet, sökte lokal eller behövde hämta något från rummet.

Att kunna ta ut sina raster beskrevs av distriktssköterskorna som viktigt inför patientmötet. De menade att genom att ta ut sin rast och kunna slappna av från arbetet gav det dem utrymme för återhämtning mellan patientmöten, vilket också underlättade för dem att orka vid pressade situationer som kan uppstå i ett möte med en patient. En distriktssköterska beskrev: "För att jag ska klara av att hålla humöret uppe när jag träffar patienten, är det viktigt att jag tar ut mina raster, för att orka."

Diskussion

Syftet med denna studie var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta personcentrerat på mottagning i primärvården. Analysen i denna studie resulterade i ett tema: *Att vilja väl men inte ha förutsättningar* som framkom utifrån fem kategorier: *Att vara lyhörd och närvarande i patientmötet; Att individanpassa mötet; Att skapa samförstånd med patient; Att ha brist på tid; Att ha kunskap och samsyn om arbetssättet.*

Vårt resultat visade att distriktssköterskor strävade efter ett personcentrerat arbetssätt med patienter. Distriktssköterskor ansåg det viktigt att närma sig patienten på ett professionellt sätt genom att visa respekt, förståelse och intresse. Att lyssna på patienten, vara lyhörd, närvarande och visa intresse för patienten framkom som viktiga kvaliteter för att skapa tillit och goda förutsättningar för det fortsatta mötet. Detta stärks av Nygren Zotterman, Olsson och Söderberg (2015) som påtalar hur viktigt det första mötet är då det är unikt och oreparerbart om något brister samt att det första intrycket kan vara svårt att ändra på. Genom att ställa direkta frågor till patienten ökar kunskapen om patienten och vikten av att lyssna på dennes livshistoria som är unik. Thorup, Rundqvist, Roberts och Delmar (2012) visade att sjuksköterskor behöver mod för att vara i en vårdande relation där patienter får ta utrymme och föra fram sina önskemål. Vi menar att tilliten från patienten kan förtjänas, men inte tvingas fram. Genom ett gott möte ökar förutsättningarna för ett samförstånd med patienten där respekt och engagemang är ledord. Relaterat till den etiska koden är det viktigt för sjuksköterskor att uppvisa medkänsla, möta patienten respektfullt och uppvisa trovärdighet samt vara lyhörd för dennes behov och problem (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

I resultat framkom att distriktssköterskor upplevde det som viktigt att individanpassa mötet, för att kunna hjälpa den enskilde patienten. Genom att individanpassa åtgärderna utifrån patientens behov var distriktssköterskors erfarenhet att det ledde till ett ökat välbefinnande hos patienten och patienterna tog ett större ansvar för sin egenvård och för sjukdomen. Personcentrerad vård enligt Burk och Dooy (2012) handlar om en insikt för individens behov. De menar att genom att känna patienten vet sjuksköterskan vad patientens rädslor och förhoppningar är. Studier (Baker, DeSanto-Madeya & Banzett, 2017; Fishman, 2018; Wilson & Harwood, 2018) visar att individanpassa mötet med utgångspunkt i patientens egna resurser och förutsättningar är av betydelse för att patienten

ska kunna fatta beslut om sin behandling. Att bli tagen på allvar och lyssnad på har i studier (Olsson, Stafström & Söderberg, 2013) visat sig vara av betydelse för patienten och dennes möjlighet att hantera en vardag med till exempel kronisk sjukdom. För detta krävs en förståelse av situationen och de möjligheter patienten har att påverka sin situation, vilket enligt Edlund (2002) har betydelse för att patientens värdighet och bevarandet av denna. I vår studies resultat framkom också att informationen enligt distriktssköterskor skulle vara individanpassad med utgångspunkt i patientens förkunskaper och förutsättningar. Vi menar att det personcentrerade arbetssättet möjliggör för distriktssköterskor att verka med utgångspunkt i den enskilda patientens behov men att de också behöver förutsättningar för att fullt ut kunna implementera och införliva arbetssättet.

I resultatet framkom det att samförstånd och delaktighet med patienten ledde till att patienten ökade sitt ansvarstagande och fullföljde sin vård och behandling i större utsträckning. Genom en helhetsbild med patienten i fokus, skapas ett ömsesidigt samarbete där samverkan kan ske tillsammans med patienten. Baker et al. (2017) menar att patientmötet ska bygga på kunskap om patienten, information, samförstånd, delaktighet och ett samarbete med patienten. Detta skapar i sin tur engagemang hos patienten. Enligt Boström et al. (2014) studie upplevde distriktssköterskor ett ökat engagemang hos patienten när det fanns en ömsesidig förståelse för dennes situation. Detta ledde till att patienterna var nöjda och mer motiverade att aktivt delta i och följa de beslut som togs gällande deras sjukdom. I vår studies resultat framkom dock att kontinuitet var en förutsättning för ett partnerskap mellan distriktssköterska och patient. Med hänsyn till att partnerskap enligt Ekman et al. (2012) har en stor betydelse för kvalitén på hälso- och sjukvården, menar vi att organisatoriska aspekter bör ses över för att möjliggöra en kontinuitet i vårdkedjan, och därmed säkerställa en god vård och omvårdnad av hög kvalitet.

I vårt resultat framkom att distriktssköterskors erfarenhet var att det tog tid att arbeta personcentrerat och att denna tid inte alltid fanns. Detta resultat är i likhet med Boström et al. (2014) som beskriver att distriktssköterskor upplevde att det personcentrerade arbetssättet är tidskrävande och att tiden kan utgöra ett hinder i utövandet. Olsson, Jakobsson, Swedberg & Ekman (2012) beskriver att arbeta personcentrerat är ett effektivt sätt att arbeta. Trots detta vittnar resultatet i vår studie liksom i andra studier att arbetssättet är tidskrävande, och att tiden utgör ett hinder för ett fullgott utövande. Nurminen (2009)

som studerat tidens betydelse i ett vårdvetenskapligt sammanhang menar att det finns en åtskillnad mellan vårdtid och vårdande tid. Medan vårdtiden är den faktiska tiden patienten tillbringar i vården utgör den vårdande tiden det moment eller stund där vårdare och patient kan känna en samvaro och patienten blir bekräftad. I vår studies resultat framkommer att distriktssköterskor har ett krav på korta vårdtider med många patienter vilket utgör ett hinder för en vårdande tid. Enligt Milne och McWilliam (1996) kan inte vården om patientens välbefinnande är i fokus, enbart beräknas utifrån faktisk vårdtid. Relaterat till detta och med hänvisning till vår studies resultat menar vi att det verkar vara svårt för distriktssköterskor att hitta en balans för att utöva ett personcentrerat arbetssätt kontinuerligt.

Resultatet i vår studie visade att det enligt distriktssköterskor var viktigt att hela personalgruppen hade en samsyn om hur arbetet skulle utföras. Distriktssköterskors erfarenhet angående ledning, organisation samt styrning var att arbetsgivaren saknade kunskap om hur detta arbetssätt skulle implementerats i vården. Distriktssköterskornas erfarenhet var att det saknades rutiner och tid för att det nya arbetssättet skulle implementerats. Ali och Terry (2017) beskrev att ett gott ledarskap är viktigt för att en samsyn bland personalgrupperna ska uppnås samt att alla arbetar mot samma mål. Cheferna beskrevs behöva leda med huvud, hjärta och hitta en balans mellan vänlighet, ärlighet och mod. Fishman (2018) menar att arbetsgivare som använder personcentrerat arbetssätt trodde att detta skulle leda till att sjuksköterskorna skulle få mer ansvarsfrihet och tid att planera. I vår studies resultat framkommer dock att distriktssköterskor ansåg att de liksom övrig hälso- och sjukvårdspersonal behöver få kunskap om och öva på arbetssättet. Enligt Ekman et al. (2011) är personcentrerad vård fördelaktigt att använda mellan vårdgivare och patient när det gäller att planera behandling. Det förbättrar hälsoutfallet samt ökar patientnöjdheten. Det finns således mycket evidens som pekar på fördelar med att använda personcentrerad vård och vårdgivarna idag finner att personcentrerad vård är en viktig del av hälso- och sjukvården. Vi menar därför att det behöver skapas rutiner för att kunna applicera dessa arbetsmetoder i hälso- och sjukvården. Dessutom behöver personal ges förutsättningar att arbeta personcentrerat för att främja och stödja delaktighet och egenmakt hos patienterna.

Metoddiskussion

Syftet med vår studie var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta personcentrerat på mottagning i primärvården. För att uppnå trovärdighet i en kvalitativ studie som denna har vi bedömt kvaliteten genom att utgå från begreppen tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet (jfr. Polit & Beck, 2017).

Enligt Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) kan trovärdigheten i en studie styrkas genom att välja deltagare med erfarenhet inom det studerade området. Ett av våra inklusionskriterier var att deltagarna hade distriktssköterskeexamen samt erfarenhet av mottagningsarbete i primärvården i minst två år. Graneheim et al. (2017) menar att det också kan vara svårt att säga exakt hur många deltagare som behövs för en studie. Det som är viktigt är att det finns tillräckliga data med signifikanta variationer, vilket även detta stärker trovärdigheten i en studie. Till denna studie rekryterades åtta distriktssköterskor, och författarna intervjuade fyra deltagare var. Antalet deltagare var relaterad till den tid som författarna hade på sig att genomföra arbetet men också till de antal deltagare som fanns att tillgå. Dessutom menar Polit och Beck (2017, s. 497) att kvalitén på data än viktigare än antalet deltagare. Baserat på detta bedömdes de åtta intervjuer som genomfördes vara tillräckligt och ge data med variationer. Att författarna inte har erfarenhet av att genomföra intervjuer kan dock ha påverkat datas karaktär och enligt Polit och Beck (2017, s. 497) kan kvalitén av datainsamlingen bero på författarnas okunnighet och brist på rutin vid intervjumetodik. Vi har dock eftersträvat att uppnå hög trovärdighet genom att följa Thomsson (2010) rekommendation om att genomföra en intervju per dag. Detta med syftet att orka hålla intresse och fokus uppe under intervjusituationen

Tillförlitligheten i en studie kan enligt Polit och Beck (2017, s. 262, 559) påverkas av erfarenhet hos deltagarna, samt deras ålder eller kön. Studien bekräftas dock genom att deltagarna tycker liknande om ämnet och att data representerar deltagarnas erfarenheter om ämnet. Deltagarna i vår studie hade erfarenhet i enlighet med våra inklusionskriterier, de var också av varierande ålder. Det som däremot kan ha påverkat tillförlitligheten negativt var att båda könen inte var representerade i studien och enligt författarna kan detta ha påverkat utfallet i studien.

Vi transkriberade data i direkt anslutning efter intervjuerna. Kvale och Brinkman (2014, s.

221) menar att trovärdigheten i analysarbetet stärks genom att data transkriberades i direkt anslutning till intervjutillfället. Allt intervjumaterial transkriberades av författarna själva och sedan lästes materialet flera gånger för att få en känsla av helhet. Det stärker trovärdigheten under analysarbetet eftersom risken för feltolkning minimeras (jfr. Graneheim & Lundman, 2004). En av författarna har erfarenhet av mottagningsarbete vilket kan ha påverkat tillförlitligheten i studien. För att minimera risken för tolkningar baserat på vår förförståelse har författarna arbetat gemensamt med materialet. Under processen har författarna backat för att kontrollera ursprung materialet så att syfte inte frångåtts. Citat från intervjuerna togs ut från originaltexten för att styrka studiens trovärdighet (jfr. Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Pålitligheten i vårt resultat förde vi hela tiden en kommunikation med vår handledare under studiens gång från syfte, urval, datainsamling, dataanalys till det framkomna resultatet. Därtill har arbetet diskuterats i seminariegrupper med andra studenter och lärare för att kritiskt granskas under processens gång. Pålitligheten enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär att hela processen ska vara lätt att följa och att läsaren lätt skall kunna bedöma om resultatet av studien kan överföras till andra sammanhang. Författarna har i denna studie beskrivit alla delar i metoden utförligt med syfte att säkerställa att andra ska kunna följa processen samt göra om studien med liknande deltagare. Polit och Beck (2017) menar att pålitligheten i en studie bygger på att denna typ av studie ska kunna göras om och få samma eller ett liknande resultat. Dom menar att trovärdighet inte kan uppnås, om det finns avsaknad av pålitlighet i studien (s.559). Denna studie är liten men resultatet bedöms kunna överföras till liknande situationer och sammanhang, såsom till exempel distriktssköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar inom mottagning på primärvården. Enligt Polit och Beck (2017, s. 560) innebär överförbarhet att resultatet är överförbart till andra liknande sammanhang eller verksamheter, vilket stärker externa giltigheten i studien.

Slutsats

Med syftet att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta personcenterat på mottagning i primärvården visar resultatet att det finns en önskan och en strävan att göra detta men att förutsättningarna inte alltid möjliggör ett personcenterat arbetssätt. Vår slutsats är att det är ett komplext sätt att arbeta eftersom det är många faktorer som påverkar det personcentrerade arbetet. I resultatet framkommer främst tid, kunskap och samsyn som hindrande faktorer för ett personcentrerat arbetssätt. För att säkerställa en bättre livskvalitet för patienten samt mer kostnadseffektiv vård behöver dessa hindrande faktorer ses över och arbetas med. Vi anser att personcentrerat arbetssätt bör implementeras i svensk hälso- och sjukvård i större utsträckning än vad som görs idag. Vidare forskning behövs i detta område för att kunna visa på omvårdnadsvinsten för den enskilde patienten, vårdpersonalen samt samhällsekonomin.

Referens

Ali, S., & Terry, L. (2017). Exploring senior nurses' understanding of compassionate leadership in the community. *British Journal of Community Nursing*, 22(2), 77-87.

Baker, K. M., DeSanto-Madeya, S., & Banzett, R. B. (2017). Routine dyspnea assessment and documentation: Nurses' experience yields wide acceptance. *BMC Nursing*, 16(3), 1-11. DOI 10.1186/s12912-016-0196-9

Beck, I., Jakobsson, U., & Edberg, A-K. (2014). Applying a palliative care approach in residential care: effects on nurse assistants' experiences of care provision and caring climate.

Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28, 830–841.

Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Lehuluante, A., & Hörnsten, A. (2014). Patient-centred care in type 2 diabetes – an altered professional role for diabetes specialist nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 675-682.

Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. (2016). Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health Expectations*, 20, 407–418.

Burke, K. G., & Doody, O. (2012). Nurses' perceptions of their role in rehabilitation of the older person. *Nursing Older People*, 24(2), 33-40.

Calisi, R., Boyko, S., Vendette, A., & Zagar, A. (2016). What is Person-Centred Care? A Qualitative Inquiry into Oncology Staff and Patient and Family Experience of Person-Centred Care. *Journal of Medical Imaging & Radiation Sciences*, 47(4), 309-314.

Duthie, K., Strohschein, F J., & Loiselle, C. G. (2017). Living with cancer and other chronic conditions: Patients' perceptions of their healthcare experience. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27(1), 43-48.

- Edvarsson, D. (2015). Notes on person-centred care: What it is and what it is not. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(2), 65–66.
- Edlund, M. (2002). *Människans värdighet: ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo Akademis förlag, Åbo.
- Ekman, I., Hedman, H., Swedberg, K., & Wallengren, C. (2015). Commentary: Swedish initiative on person centred care. *British Medical Journal*, 350, 1-2.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Kjellgren, K. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251.
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., & Schaufelberger, M. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33(9), 1112-1119.
- Ellemunter, H., Stahl, K., Smrekar, U., & Steinkamp, G. (2015). Evaluating patient experience in a cystic fibrosis centre using a disease-specific patient satisfaction questionnaire. *European Journal of Pediatrics*, 174(11), 1451–1460.
- Fishman, G.A. (2018). Attending Registered Nurses: Evolving Role Perceptions in Clinical Care Teams. *Nursing Economic*, 36, 12-17.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Graneheim, U., Lindgren, B., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34.
- Gransjön-Craftman, Å., Westerbotn, M., Strauss, E., Hiller, P., & Marmst-Hammar, L. (2015). Older people's experience of utilisation and administration of medicines in a health- and social care context. *Nordic College of Caring Science*, 29, 760–768.

Kennedy, C. (2005). District nursing support for patients with cancer requiring palliative care.

British Journal of Community Nursing, 10(12), 566-574.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kjörnsberg, A., Karlsson, L., Babra, A., & Wadensten, B. (2010). Registered nurses' opinions about patient focused care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 35-44.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nilsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.

Manley, K., Hills, V., & Marriot, S. (2011). Person-centred care: Principle of Nursing Practice. *Nursing Standard*, 20(31), 35-37.

McComiskey, F. (2017). The fundamental managerial challenges in the role of a contemporary district nurse: A discussion. *British Journal of Community Nursing*, 22(10), 489-494.

Milne, H.A., & McWilliam, C.L. (1996). Considering nursing resource as 'caring time'. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 810-819.

Nurminen, M. (2009). *Tid och det tidlösa i tiden. En framflytande vårdvetenskaplig teorigestaltning*. Akademisk avhandling. Åbo Akademis förlag.

Nygren Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 418– 425.

Olsson, L-E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., & Ekman, I. (2012). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review. *Journal of*

Clinical Nursing, 22, 456–465.

Olsson, M., Stafström, L., & Söderberg, S. (2013). Meanings of fatigue for women with Parkinson disease. *Qualitative Health Research*, 1-8.

DOI: 10.1177/1049732313482398

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rosen, H., Gaqnero- Persson, R., & Persson, E. (2016). Challenges of patient-focused care: Nurses' descriptions and observations before and after intervention. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(1), 27-32.

SFS 2003:406. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen Distriktssköterska*. Hämtad 5 april, 2018, från Svensk Sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>

Socialstyrelsen. (2016). *Primärvårdens uppdrag En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. Hämtad 31 oktober, 2018, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20066/2016-3-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Jämlik hälsa, vård och omsorg*. Hämtad 31 oktober, 2018, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/jamlikhalsa-vardochomsorg>

SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Stockholm: Wolters Kluwer Sverige AB. Från http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf

Thomsson, H. (2010). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Thorup, C.B., Rundqvist, E., Roberts, C., & Delmar, C. (2012). Care as matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 427-435. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00944.x

Wallström, E., Ekman I., & Taft, C. (2017). Svenskarnas syn på personcentrering i vården. I U. Andersson., J. Ohlsson., H. Oscarsson & M. Oskarsson (Red.), *Larmar och gör sig till* (s. 197-210). Göteborgs universitet: SOM-institutet. Hämtad 20 april, 2018, från https://som.gu.se/digitalAssets/1655/1655881_larmar-och-g--r-sig-till.pdf

Wilson, B., & Harwood, L. (2018). Reaching consensus on outcomes for successful cannulation of an arteriovenous fistula: Patient and healthcare provider perspectives. *Nephrology Nursing Journal*, 45(4), 327-336.

Bilaga 1 Intervjuguide

1. Kan du berätta vad personcentrerad vård betyder för dig?
2. Kan du berätta hur du upplever det är att möta patienten personcentrerat vid arbete på mottagningen?
3. Kan du berätta vad du gör inför ett möte där du jobbar personcentrerat?
Ex på följdfråga; Är det något speciellt du tänker på eller reflekterar över inför mötet med patienten?
4. Kan du berätta något/några exempel på när arbetet har upplevts positivt, förutsättningarna har funnits där?
Ex på följdfråga; Vad upplevde du vid just detta möte där du lyckades med personcentrerad vård i jämförelse med andra möten?
5. Finns det något/några exempel på när arbetet upplevts negativt/inte alls blev som det skulle, saknade förutsättningar?
Ex på följdfråga; Vad var det som gjorde att det inte upplevdes/kändes bra?
6. Kan du berätta hur du upplever möjligheten att bemöta dina patienter på ett personcentrerat sätt?
Ex på följdfråga; Upplever du att kunskapen finns hos dig/arbetsgivare?
Upplever du någon skillnad nu i jämförelse från förr i mötet med patienten och det personcentrerade arbetssättet?
7. Kan du berätta hur du upplever utifrån organisationens möjlighet till att arbeta på ett personcentrat sätt?

Följdfrågor;

Hur känner du....?

Hur upplever du att.....

Hur tänker du...?

Du berättade det här.... kan du utveckla det mer?

Avslutande frågor;

Är det något du vill tillägga?

Är det något du vill fråga mej om?

Kan jag återkomma till dig om det uppkommer ytterligare frågor?