

ELISABETH CARLSON

SJUKSKÖTERSKAN SOM HANDLEDARE

Innehåll i och förutsättningar för sjuksköterskors handledande funktion i verksamhetsförlagd utbildning - en etnografisk studie



SJUKSKÖTERSKAN SOM HANDEDARE

Malmö Högskola
Hälsa och Samhälle Doktorsavhandling 2010:2

© Elisabeth Carlson, 2010
ISBN 978-91-7104-238-5
ISSN 1653-5383
Holmbergs, Malmö 2010

ELISABETH CARLSON

SJUKSKÖTERSKAN SOM HANDLEDARE

Innehåll i och förutsättningar för sjuksköterskors handledande funktion i verksamhetsförlagd utbildning - en etnografisk studie

Malmö högskola, 2010
Fakulteten för Hälsa och Samhälle

Till Lennart och Marcus

[Docendo discimus]

INNEHÅLL

| | |
|---|----|
| ABSTRACT | 9 |
| ORIGINALARTIKLAR I-IV | 11 |
| INLEDNING | 12 |
| BAKGRUND | 13 |
| Handledning i verksamhetsförlagd utbildning | 14 |
| Handledning och interprofessionell utbildning | 16 |
| Handledningsmodeller | 17 |
| Undervisning | 18 |
| Profession och yrkessocialisering | 19 |
| SYFTE | 21 |
| TEORETISKT PERSPEKTIV | 22 |
| Symbolisk interaktionism | 22 |
| " Självet " och utveckling av yrkesidentitet | 23 |
| METOD | 25 |
| Etnografi | 25 |
| Ingående delarbeten I-IV | 26 |
| Tillträde till fältet | 27 |
| Beskrivning av fältet | 27 |
| Urval och genomförande av observationer | 29 |
| Forskarroll under observationer | 30 |
| Fältanteckningar | 31 |
| Fokusgrupper och intervjuer | 32 |
| Urval av informanter till intervjuerna | 32 |
| Genomförande av intervjuer | 33 |
| Dataanalys | 34 |
| ETISKA ÖVERVÄGANDEN | 37 |

| | |
|---|----|
| RESULTAT | 39 |
| Delarbete I..... | 39 |
| Delarbete II..... | 41 |
| Delarbete III..... | 43 |
| Delarbete IV..... | 44 |
| DISKUSSION..... | 47 |
| Tillit, tid och reflektion | 47 |
| Självständighet som ett mål för handledning | 50 |
| Yrkessocialisering och kommunikativa symboler | 51 |
| Metodologiska överväganden..... | 54 |
| Att hantera objektivitet..... | 54 |
| Urval och datainsamling..... | 55 |
| Trovärdighet..... | 56 |
| KONKLUSION | 58 |
| IMPLIKATIONER FÖR UTBILDNING OCH FORSKNING | 59 |
| ENGLISH SUMMARY..... | 61 |
| TACK | 66 |
| REFERENSER | 68 |
| BILAGOR | 77 |
| ORIGINALARTIKLAR I-IV..... | 81 |

ABSTRACT

Nurse education has undergone major changes during the last three decades, internationally as well as nationally. It is assumed that new and different nursing competencies will be needed in a rapidly changing society. This implies that undergraduate nursing education will have to address issues like life long learning and problem solving skills, and provide students with cognitive and interpersonal tools to support this process. Clinical education, where clinical nurses precept students in a one-to-one relation preparing them for their coming profession, seems to be a significant part for this process to occur. To a much lesser extent, nurses also participate as preceptors for students from divergent professions at clinical training wards during interprofessional education. For all the above reasons, nurses need to be prepared to precept students entering clinical practice with different knowledge and skills. Preceptorship also entails for nurses to create a learning climate where students are given opportunities to merge theoretical and practical knowledge as a mean to develop professional competence. In addition, precepting usually takes place in the stressful and demanding area of a clinical setting. Therefore, nurses' precepting function and the conditions influencing precepting will be vital to ensure a high academic standard throughout the entire undergraduate nurse education programme.

The overall aim was to describe content of and conditions for nurses' precepting function during clinical practice within the undergraduate nurse education programme. The thesis presents findings from an ethnographic study guided by symbolic interactionism. Data collection was conducted through participant observation, focus group interviews and individual interviews with precepting nurses.

Findings showed that precepting was a continuous process during which preceptors used several teaching techniques, cognitive as well as perceptual.

Preceptors mostly mediated a content of medical and technical character. However, preceptors also stressed the caring aspect of nursing and described how they supported students in understanding possibilities and limitations of their coming profession. Supportive organizational routines, cooperation with colleagues and a well functioning collaboration between clinical and educational settings was also shown to enable preceptorship. Time or rather lack of time was the main limiting condition for precepting nurses as precepting was parallel to ordinary clinical duties. During interprofessional clinical education precepting was steered towards collaboration and independent work for the student teams. As precepting was the primary responsibility for nurses at the clinical training ward lack of allocated time was not discussed as a hindrance.

This thesis has illuminated the complexity of the precepting function for nurses. To precept students during their clinical training, calls for pedagogical competence and sufficient time allocated for precepting. This implies that continuous collaboration between all stakeholders involved in clinical practice is needed to ensure a nursing education that fulfils the demands of an academic programme.

ORIGINALARTIKLAR I-IV

I avhandlingen ingår följande delarbeten, vilka i den följande texten kommer att hänvisas till enligt nedanstående romerska numrering:

- I. Carlson E, Wann-Hansson C, Pilhammar E. (2009). Teaching during clinical practice: Strategies and techniques used by preceptors in nursing education. *Nurse Education Today* 29 (5), 522-526
- II. Carlson E, Pilhammar E, Wann-Hansson C. (2010). Time to precept: Supportive and limiting conditions for precepting nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66 (2), 432-441
- III. Carlson E, Pilhammar E, Wann-Hansson C. (2010). "This is nursing" Nursing roles as mediated by precepting nurses during clinical practice. *Nurse Education Today* doi:10.1016/j.nedt.2010.01.020 (in press).
- IV. Carlson E, Pilhammar E, Wann-Hansson C. Focusing on the team: Nurses' experiences of precepting at a Swedish clinical training ward. Inskickad till tidskrift

Publicerade artiklar är återgivna med tillstånd från berörda tidskrifter.

Elisabeth Carlson har varit ansvarig för planering, datainsamling och analys. Artiklarna är skrivna av Elisabeth Carlson i samarbete med Ewa Pilhammar och Christine Wann-Hansson.

INLEDNING

”Ute i korridoren får handledaren en fråga från studenten och jag hör hur han nästan drar efter andan som för att svara, han hejdar sig och vänder istället tillbaka frågan till studenten och säger: Hur tänker du?” (Fältanteckning september 2009).

Den fältanteckning som får inleda denna avhandling är endast ett exempel på hur handledning som undervisningsform kan te sig. Fältanteckningen belyser det reflekterande handledarskapet där handledaren genom sitt sätt att ställa frågor stöttar studentens utveckling av problemlösningsförmåga och kritiskt tänkande. Handledaren skall också lämna utrymme för diskussioner kring värderingar och förhållningssätt i relation till patienter, närstående och medarbetare. Handledning sker i komplexa vårdmiljöer som samtidigt ska vara undervisningsmiljöer för studenter vilket ställer stora krav på handledande sjuksköterskor.

Under de 15 år jag arbetade som sjuksköterska handledde jag ofta studenter på grundutbildningsnivå och de senaste åren har jag undervisat i handledarutbildningar. Det är dessa samlade erfarenheter som nu ligger till grund för mitt forskningsintresse. I avhandlingens fokus står de handledande sjuksköterskorna, innehållet i handledningen och förutsättningar för hur handledning kan ske i relation till utbildning och yrkesverksamhet och har på så sätt sin tillhörighet inom vårdpedagogisk forskning. Avhandlingen vill därmed bidra till ökad kunskap om sjuksköterskans handledande funktion och hur den, som en del i sjuksköterskans ansvars- och kompetensområde, kan utvecklas ytterligare i samarbete mellan lärosäten och vårdverksamheter.

BAKGRUND

I en granskning av sjuksköterskeutbildningen i 20 EU-länder visar Spitzer och Perrenoud (2006) hur de snabba samhälleliga förändringarna kommer att påverka hälso- och sjukvården och medföra att sjuksköterskyrket troligen kommer att förändras och kräva andra kompetenser än idag. De menar vidare att en grundutbildning därför inte skall vara detaljstyrd utan inriktad på att förbereda studenter på en livslång lärandeprocess. Högre utbildning ska på så sätt stimulera studenter till kritiskt tänkande, problemlösningsförmåga och självständighet vilket för svenska förhållande är tydligt uttryckt i Högskolelagen (1992:1 434) samt i Högskoleförordningen (1993:100; reviderad 2006:1 326). Denna fokusering på generaliserbar kunskap, som att lära hur man lär och att tänka kritiskt, kan innebära att de mer yrkesspecifika kunskaperna hamnar i skymundan. Det här problemet kan även artikuleras ytterligare genom att det skulle kunna vara en effekt av organisationsförändringar där sjukvården idag är mer specialiserad än tidigare. Följden kan bli att grundutbildning enbart kan ge en bred generell baskunskap och att detaljkunskaper och färdigheter får tränas inom yrket.

Svensk sjuksköterskeutbildning omfattar 180 högskolepoäng och leder till en yrkesexamen samt en akademisk examen (kandidatexamen). Utbildningen följer EU:s utbildningsdirektiv för sjuksköterskor med generalistkompetens (Council Directive 77/453 och 89/594) vilka fastslår att teoretiska kurser skall omfatta minst en tredjedel och verksamhetsförlagd utbildning (vfu)¹ minst hälften av det totala utbildningsprogrammet. Det är dock inte uttalat att den verksamhetsförlagda delen av utbildningen ska förläggas inom vårdverksam-

¹ I dagligt tal benämns den verksamhetsförlagda utbildningen gärna som *"i kliniken"*, *"i praktiken"*, *"klinisk praktik"* eller *"klinisk utbildning"*. I avhandlingen används enbart begreppet verksamhetsförlagd utbildning (vfu) med avseende på den utbildning som sker utanför lärosätet i kommunal och landstingsstyrd vårdverksamhet.

heten utan hit räknas även utbildning i metodövningsrum och kliniska träningscentra.

Under vfu i öppen såväl som slutna vårdverksamhet handleds studenterna av kliniskt verksamma sjuksköterskor med eller utan formell pedagogisk utbildning. För att säkerställa kvalitet i verksamhetsförlagd utbildning beskriver flera högskolor i samarbete med respektive huvudman för vården de krav som bör gälla för handledning av studenter i högskoleutbildning. Kraven kan till exempel innebära att handledare bör ha dokumenterad yrkeserfarenhet, ha arbetat minst 1 år inom yrket, ha 90 högskolepoäng i omvårdnad samt genomgått handledarutbildning om 7,5 högskolepoäng (Ramavtal Region Skåne 2008). Det finns dock inga formella krav på nationell nivå, varför det är rimligt att anta att handledarnas pedagogiska kompetens kan variera över landet och leda till skiftande kvalitet på handledningen beroende på den enskilda handledarens förmåga och kunskap kring handledning.

Handledning i verksamhetsförlagd utbildning

Handledning som begrepp och funktion är varken entydigt eller specifikt för sjuksköterskor. Inom högskolor och universitet används begreppet för uppsatshandledning på kandidat- och magisternivå, i forskarvärlden kan det innebära handledning av doktorander. För elever inom grund- och gymnasieskolor finns det hjälp att få från studie- och yrkeshandledare i frågor som rör framtida utbildningsval. Inom de vårdande professionerna diskuteras ofta vikten av yrkesmässig handledning som ett sätt att bearbeta till exempel etiska och moraliska frågeställningar som uppkommer i patient- och klientnära arbete (Lauvås och Handal 2001).

Handledning under sjuksköterskeutbildning har beskrivits av Grahn (1987) som interaktion mellan handledare och handledd i en social relation med fokus på yrkessocialisering. Pilhammar Andersson (1991) såväl som Lindberg-Sand (1996) har beskrivit handledaren som den sjuksköterska som introducerar studenten i det praktiska vårdarbetet och är en yrkesförebild för studenten samt beslutar vilka uppgifter av framförallt medicinsk-teknisk karaktär studenten har rätt att utföra. Nyare studier lyfter fram reflektionens betydelse i handledning för att skapa förutsättningar för fördjupad förståelse av kliniska omvårdnadssituationer (Öhring 2000; Chekol 2003; Hallin 2009). Förändringen kan relateras till den senaste utbildningsreformen 1993 (Högskoleförordningen 1993:100) då den tvååriga högskoleutbildningen avskaffades till förmån för det treåriga sjuksköterskeprogrammet som då också fick akademisk status. Detta innebär att utbildningen i enlighet med Högskolelagen

(1992:1 434) ska utveckla studenters förmåga till bl.a. självständiga och kritiska bedömningar och problemlösningsförmåga.

Flera studier har beskrivit betydelsen av att studenter får möta kliniskt verk samma sjuksköterskor som handledare, det är dessa sjuksköterskor som kan planera och tillhandahålla situationer där studenterna ges möjlighet att utveckla klinisk kompetens och integrera teoretisk och praktisk kunskap (Kaviani och Stilwell 2000; Öhring 2000; Jerlock m.fl. 2003).Handledning bör därmed utgå från de studieguider och kursplaner som styr den verksamhetsförlagda utbildningen. Men då det råder brist på kunskap kring hur sjuksköterskor tänker och agerar i handledarfunktionen är det svårt att veta hur innehåll och målbeskrivningar tillämpas då handledning planeras och genomförs.

Handledarens kompetens och engagemang har visat sig vara viktiga faktorer för att stödja studenters lärande (Carmnes 2000). Det är även visat hur handledarna upplever denna relation som ömsesidig och där handledarna själva betonar hur handledarskapet kan bidra till personlig och professionell utveckling (Usher m.fl.1999; Hyrkäs och Shoemaker 2007). Andra studier belyser de utmaningar handledande sjuksköterskor kan möta. Det handlar dels om att sjuksköterskor förväntas klara av handledaruppdraget utan reducerat omvårdnadsansvar dels att tid inte är avsatt för handledning. Detta kan upplevas som att handledning tar tid från omvårdnadsarbetet vilket kan medföra att handledare upplever handledarskapet som en börda och en stressfaktor (Pulsford m.fl. 2002; Yonge m.fl. 2002; Ellis och Hogard 2003; Yonge m.fl. 2005; Hallin 2009). Det här är dock inte ett problem enbart för de handledande sjuksköterskorna. Ehrenberg och Häggblom (2007) beskriver i sin studie hur avdelningschefer kunde uppleva liknande svårigheter då det gällde att organisera avdelningsarbetet så att mer tid för handledning kunde frigöras till handledarna.

I internationell litteratur förekommer en rik flora av begrepp såsom *facilitator*, *supervisor*, *mentor* eller *preceptor*, ofta synonymt och sällan väl definierat. I en litteraturöversikt av Yonge m.fl. (2007) görs en distinktion mellan *mentor* och *preceptor*. Mentorn har en funktion i ett redan existerande yrkesliv, som ett stöd i arbetslivet och relationen till den handledde är av social karaktär. Mentorskapet pågår ofta under längre perioder och dessutom förekommer inte ett bedömningsmoment mellan mentorn och den handledde. Preceptor beskrivs som den sjuksköterska som under en begränsad period undervisar, fungerar som förebild för yrket, reflekterar med och återkopplar till studenten samt har en bedömningsfunktion. Det är denna definition av handle-

dare som ligger till grund för hur begreppet ska förstås i föreliggande avhandling.

Handledning och interprofessionell utbildning

En utbildningsform som tilldrar sig allt mer intresse för att utbilda hälso – och sjukvårdspersonal är interprofessionell utbildning (IPU). IPU fokuserar teamets arbete kring patient och närstående och definieras vanligen som:

“occasions when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care” (Barr m.fl. 2005, sid. xv).

I detta sammanhang blir det viktigt att tydliggöra att teamet ska förstås som en grupp individer med skilda kompetenser som arbetar tillsammans mot gemensamt uppsatta mål och med ett ömsesidigt och jämlikt ansvar (Carlström och Berlin 2004; Barr m.fl. 2005). Implementering av IPU inom vårdutbildningar har som syfte att motverka hierarkier och professionella barriärer för att studenter ska få ökad förståelse för varandras kompetenser och hur de olika professionerna kan arbeta tillsammans till patientens fördel (Morison m.fl. 2003).

Interprofessionell utbildning kan ske i flera olika kontexter med varierande antal och sammansättning av de studenter som ingår i teamen. Cooper m.fl. (2001) visade i en litteraturoversikt hur teamen vanligtvis bestod av 10-15 studenter där läkarstudenter och sjuksköterskestudenter ofta var i majoritet. Undervisningsformerna kunde vara fallstudier, färdighetsträning i metodövningsrum men även som kliniska moment under verksamhetsförlagd utbildning och då främst inom kommunal vård.

Inom sjukhusansluten vård, nationellt såväl som internationellt, har det under de senaste knappt 20 åren startats kliniska utbildningsavdelningar (KUA)². I Sverige har universitetet i Linköping varit föregångare sedan 1996 och ”Linköpings modellen” används nu på flera ställen runt om i Sverige (Wahlström och Sandén 1998; Mogensen m.fl. 2002; Hylin m.fl. 2007) men modellen finns även rapporterad från England (Reeves och Freeth 2002) samt Danmark (Jacobsen m.fl. 2009). Tanken är att studenter ska lära tillsammans för att kunna arbeta tillsammans och på KUA möts studenter från flera professioner. Med en hög grad av självständighet arbetar studenterna i interprofessionella team kring patienterna men med kontinuerligt stöd av flera handledare. Oan-

² I denna avhandling förkortas klinisk utbildningsavdelning KUA. Denna förkortning kan ha andra betydelser, ett närliggande exempel återfinns i Skyvell-Nilsson (2010) där förkortningen står för kandidatundervisningsavdelning.

dasan och Reeves (2005) poängterar just handledarnas roll under IPU där det reflekterande handledarskapet lyfts fram som en viktig undervisningsstrategi. De menar vidare att handledarna bör fokusera på hur teamet fungerar tillsammans och skapa en trygg lärandemiljö där teamen får möjlighet att växa och utvecklas. Hammick m.fl. (2007) bekräftar handledarnas betydelse dels för ett fungerande teamarbete mellan studenterna men även för studenternas upplevelse av IPU som meningsfull och lärorik. Även om handledarna på KUA representerar samtliga ingående professioner så visar ett flertal studier att sjuksköterskor är den handledarkategori som arbetar med studentteamerna på kvällar och under helger. Detta ansvar innebär en ökad stressfaktor för sjuksköterskorna (Wahlström och Sandén 1998, Freeth m.fl. 2001, Hylin m.fl. 2007), trots att arbetet beskrivs som utmanande och utvecklande för personlig såväl som professionell utveckling (Reeves och Freeth 2002; Reeves m.fl. 2002). Vad som däremot saknas i litteraturen är studier som beskriver hur sjuksköterskor hanterar den utmaning det tycks vara att handleda interprofessionellt och teamorienterat snarare än yrkesspecifikt och individrelaterat.

Handledningsmodeller

Lauvås och Handal (2001) presenterar två modeller som är aktuella för handledning under verksamhetsförlagd utbildning. Den första modellen är mästare-lärlingsmodellen som teoretiskt har en stark koppling till det situerade lärandet. Lave & Wenger (1991) förklarar situerat lärande som relationer mellan människor i en process där nybörjaren i samspel med den erfarna yrkesutövaren tillägnar sig kunskap och färdigheter. Lärandet inbegriper hela individen, inte enbart i relation till specifika aktiviteter utan även i relation till en social gemenskap och den sociala kontexten. Mästare-lärlingsmodellen betonar just delaktighet i sociokulturella aktiviteter. Nybörjaren kan successivt utveckla sin yrkeskompetens i samarbete med en ”mästare” dvs. den erfarna yrkesutövaren. Mästare-lärlingsmodellen präglas därmed av en praxisgemenskap vilket innebär att lärandet sker inom yrkets ramar. Bandura (1977) menar att mästare-lärlingsmodellen bidrar till en utveckling av yrkesidentitet då lärandet framförallt sker genom övning, imitation och identifiering. Återkoppling sker i huvudsak genom att lärlingen prövar sina färdigheter och visar att uppgifterna kan utföras på ett korrekt sätt. Armstrong (2008) utvecklar tanken om modellen genom att poängtera att det inte enbart handlar om att observera beteenden. Lika viktigt för att ett lärande ska ske är att studenten ges möjlighet att delta aktivt samt att handledaren lämnar utrymme för reflektion och återkoppling för att tydliggöra handlande och tänkande.

Reflektion ska förstås som en aktivitet där handledare och student kan rekonstruera och reorganisera erfarenheter så att betydelsen av den upplevda erfarenheten fördjupas (Reid 1994). Josefson (1991) använder begreppet bearbetad kunskap när ett fenomen är erfaret, prövat och reflekterat. Schön (1987) skiljer på reflektion i handling (reflection in action) som fokuserar en aktivitet under tiden den pågår samt reflektion på handling (reflection on action) som sker efter en genomförd aktivitet. Lauvås och Handal (2001) menar att en reflekterande handledningsmodell möjliggör för handledaren att knyta an till studentens praktiska yrkest teori och beskriver hur reflektionen bedrivs i form av ett samtal med utgångspunkt i en upplevd situation. Detta kan ske analytiskt i tre faser som dels omfattar en beskrivning av vad som hände i situationen, dels vilka tankar och känslor situationen gav upphov till och slutligen hur situationen kan bedömas utifrån de erfarenheter som gjordes (a.a). Reflektion är på så sätt en handledningsstrategi som kan öka medvetenhet och förståelse för upplevda omvårdnadssituationer (Öhrling 2000). Reflektion kan användas för att sätta ord på det Polanyi (1983) betecknade som tyst kunskap dvs. att det saknas språkliga eller begreppsliga verktyg för att kunna kommunicera det vi vet. Innebörden blir att vi kan veta mer än vad vi kan tala om. I en handledningssituation kan reflektion därmed vara ett sätt att förtydliga och verbalisera den erfarna sjuksköterskans tysta kunskap så att den blir tillgänglig och begriplig för studenten. Flera studier visar att reflektion som handledningsstrategi kräver att det finns tid avsatt för denna aktivitet (Teekman 2000; Öhrling 2000; Clark 2009), något som många gånger kan vara svårt att uppnå under klinisk utbildning då handledare primärt har ett omvårdnadsansvar trots att sjuksköterskans pedagogiska funktion är tydligt uttalad i kompetensbeskrivningen (SOSFS 2005).

Undervisning

Gedda (2001) beskriver i sin studie hur sjuksköterskor uppfattar sig som autotidakter, dvs. självlärda, där den pedagogiska kompetensen antas vila på yrkeserfarenhet och personliga egenskaper. Detta korresponderar med resultat från en studie av Chekol (2003) som visade att handledning i hög grad var relaterad till den personliga relationen mellan handledd och handledare istället för en professionell relation där handledarens kunskap om lärandet var central. Om verksamhetsförlagd utbildning ska kunna betraktas som akademisk bör den undervisning som sker i handledningsrelationen knytas till teoribildningar som tidigare har visat sig vara användbara i liknande kontext (c.f. Skyvell Nilsson 2010).

Ramsden (2003) beskriver undervisning som en interaktiv process mellan den som lär ut och den som lär med målet att ett lärande ska ske. I detta sammanhang blir det nödvändigt att tydliggöra innebörden av att lära. Ramsden fortsätter och definierar lärandet som en kvalitativ förändring av hur individer förstår verkligheten”understanding is the way in which students apprehend and discern phenomena related to the subject, rather than what they know about them or how to they can manipulate them (a.a sid 6). Undervisning blir på så sätt det medel som står till buds för att åstadkomma denna förändring, dvs. handledarens uppgift blir att undervisa på ett sådant sätt att ett lärande blir möjligt.

Ramsden (2003) såväl som Biggs och Tang (2007) beskriver ett flertal undervisningsstrategier för att möjliggöra att lärande sker. Lärandeaktiviteten ska upplevas motiverande men även utmanande för studenten och bygga på tidigare kunskap så att studenten ser att de olika delarna hänger samman vilket kan leda till progression. Jeffrey (2006) men även Ramsden m.fl. (2007) menar att den som undervisar bör sträva efter att anpassa sin undervisning inte enbart efter situationen utan även efter den individuella studentens kunskap och förmåga. Det kan ske genom att använda ett studentcentrerat förhållningssätt där lärandet ska upplevas relevant och meningsfullt för studenten. Knowles (1975) rekommenderar att undervisning som riktar sig mot vuxnas lärande ska aktivera studenten, bygga på samarbete mellan den som undervisar och den som lär samt upplevas praktiskt tillämpligt av studenten. Den praktiska tillämpbarheten kan därmed vara en starkt motiverande faktor när lärandet sker i en social kontext i relation till en specifik aktivitet (Marton och Trigwell 2000) så som i sjuksköterskeutbildningen. Samtidigt med det kliniska omvårdnadsansvaret förväntas handledande sjuksköterskor kunna planera för och genomföra undervisningssituationer som motsvarar kraven för en akademisk utbildning. Att klara av dessa uppgifter i en många gånger komplex och krävande vårdmiljö ställer stora krav på pedagogisk förmåga hos handledaren.

Profession och yrkessocialisering

För praktiska discipliner som sjuksköterskeprofessionen har det traditionellt funnits en spänning mellan teori och praktik. Teorin är nödvändig för att driva disciplinen framåt och skapa en evidensbaserad grund för omvårdnaden medan praktiken definierar professionens identitet och bidrar till studentens yrkessocialisering (McAllister m.fl. 2007). Profession kan enklast definieras som yrke eller fack (Bentling 1995). Begreppet är dock omdebatterat och en entydig definition saknas (Brante 1988). Vanligtvis innefattar professionsbe-

greppet fyra delar; 1) autonomi dvs. att självständigt kunna bestämma hur och när ett arbete ska utföras, 2) samhällsnytta och yrkeslegitimation, 3) väl definerad kunskapsbas som kan examineras så kompetensen hos professionens medlemmar upprätthålls, och slutligen 4) etisk kod för yrkets utövande (Brante 1988; Beck och Young 2005). För sjuksköterskor har autonomi och kunskapsbasen presenterats som problematiska för att helt kunna hävda professionsbegreppet. Sjuksköterskeyrket har istället betecknats som en semiprofession då kravet på autonomi har varit svårt att hävda gentemot den medicinska vetenskapen. Dessutom kan sjuksköterskors professionella kunskap inte begränsas till det som lärs ut vid universitet och högskolor utan professionell kunskap innefattar även praktisk färdighet, erfarenheter, intuition och personligt förhållningssätt (Bentling 1995).

Yrkesocialisering är enligt Merton (1968) den process där individen aktivt tillägnar sig färdigheter, kunskap och värderingar hos den grupp man söker tillträde till. Många gånger handlar det om att handledare och student ska kunna balansera de till synes disparata föreställningar om vård och omvårdnad som förmedlas av skolan respektive verksamheten (Melia, 1984; Mooney, 2007). Det kan till och med vara så, att beroende på de värderingar, regler och rutiner studenten möter under sin kliniska utbildning kommer den kunskap och färdigheter som studenten har lärt på skolan antingen bekräftas, förkastas eller förändras (Eraut 1994). I den här processen är interaktion mellan en nybörjare och en mer erfaren yrkesutövare av stor betydelse (Goldenberg och Iwasiw 1993; Goldie m.fl. 2007) och handledande sjuksköterskor har beskrivits som betydelsefulla för hur sjuksköterskestudenter kommer att uppfatta sin kommande yrkesfunktion (Jackson och Mannix, 2001; Rush m.fl. 2009). Det bör dock poängteras att denna relation inte alltid är smärtfri. Fagerberg och Kihlgren (2001) visade förvisso att handledarna var betydelsefulla som förebilder då de öppnade upp för möjligheter att praktisera allt mer avancerade uppgifter med ökande grad av självständighet. Men studenterna kunde också uppleva hur handledarnas beteende mot patienter och personal representerade en bild av sjuksköterskeyrket som stred mot studenternas egna värderingar. I tidigare studier är det dock inte tydligt beskrivet vilken bild av yrket handledande sjuksköterskor förmedlar till studenterna inte heller hur yrket förmedlas till studenterna. Innehåll i och förutsättningar för sjuksköterskors handledande funktion blir därför central att studera för att säkerställa en hög akademisk nivå genom hela sjuksköterskeutbildningen.

SYFTE

Studiens övergripande syfte är att beskriva innehåll i och förutsättningar för sjuksköterskors handledande funktion i verksamhetsförlagd utbildning. I de fyra delarbetena specificeras syftet som följer:

I. Att beskriva vilka strategier och tekniker handledande sjuksköterskor använder för att undervisa sjuksköterskestudenter under verksamhetsförlagd utbildning.

II. Att beskriva under vilka förutsättningar sjuksköterskor handleder sjuksköterskestudenter under verksamhetsförlagd utbildning.

III. Att beskriva vilka yrkesfunktioner som handledande sjuksköterskor fokuserar i handledningssituationen.

IV. Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att handleda interprofessionella studentteam vid en klinisk utbildningsavdelning

TEORETISKT PERSPEKTIV

Det valda perspektivet för avhandlingen är symbolisk interaktionism (SI), ett perspektiv som fokuserar på de studerade personernas erfarenheter av den värld de lever i och hur mening och förståelse skapas. I avhandlingen används symbolisk interaktionism för att fördjupa förståelsen för sjuksköterskors handlingar i interaktion med studenter i verksamhetsförlagd utbildning.

Symbolisk interaktionism

Begreppet symbolisk interaktion myntades 1937 av Herbert Blumer, student till en av föregångarna inom amerikansk sociologi, George Herbert Mead. Teorins hörnpelare är att all mening utvecklas i relation och kommunikation med andra (Loconto och Jones-Pruett, 2006). Blumer (1969) beskriver de tre grundläggande premisserna för symbolisk interaktionism på följande sätt:

”Human beings act toward things on the basis of the meanings that the things have for them/.../ The meaning of such things is derived from, or arises out of, the social interactions/.../these meanings are handled in, and modified through an interpretative process” (a.a. sid.2).

Detta innebär att individer reagerar på den betydelse som en händelse har för dem och att denna betydelse uppstår genom interaktion med andra. Människor är med andra ord sociala och reflekterande individer. Interaktion består av det talade ordet men även av symboler som kroppsspråk eller genom att använda t.ex. tekniska hjälpmedel. Charon (2009) beskriver symboler som socialt konstruerade objekt som individer i interaktion medvetet tillskriver en gemensam betydelse. Smit och Fritz (2008) påpekar att språket är den symbol individer använder sig av för att kommunicera och skapa förståelse eller mening av verkligheten och tänkandet är den aktivitet som hjälper oss att tolka vår omvärld och de symboler vi möter. Meltzer (2003) såväl som Charon (2009) förklarar hur begreppet mind används inom SI för att förklara indivi-

ders tänkande och resonerande med sig själva för att förstå och tolka sin omvärld.

”Självvet” och utveckling av yrkesidentitet

Begreppet Self (”självet”) är centralt inom teorin och grundläggande för att individen ska kunna forma sin identitet. Uppbyggandet av ”självet” sker i ett socialt sammanhang, först och främst genom interaktion med individer betydelsefulla för oss dvs. signifikanta andra. Signifikanta andra är ofta människor vi respekterar och ser som förebilder. Så småningom utvecklas självuppfattningen genom interaktion med fler individer inom gruppen dvs. generaliserande andra som bärare av de normer, värderingar och attityder som utmärker en specifik grupp (Mead 1934; Blumer 1969). Såväl de handledare en sjuksköterska själv har mött under sin utbildning som nuvarande kollegor och kliniska lärare kan vara signifikanta andra för de handledande sjuksköterskorna. Grupper av studenter, kollegor, läkare och patienter påverkar sjuksköterskans uppfattning av sig själv som handledare och utgör de generaliserande andra handledaren kan identifiera sig med.

Ytterligare ett centralt begrepp i teorin är roll. Begreppet ska förstås som de rättigheter och de uppgifter en given social position har. Vidare innebär det att de förväntningar som finns på denna position sker genom socialisering in i den grupp individen identifierar sig med (Mead 1934; Dolch 2003). En individs yrke är med andra ord en viktig källa till en utveckling av självvet i relation till yrkesidentiteten och en yrkesgrupps erfarenheter och meningsskapande kan beskrivas i termer av hur gruppen agerar och tänker kring sitt yrke (Shaffir och Pawluch 2003). Behnia (2008) förklarar hur rollövertagande alltid sker i en kulturell kontext mellan två individer som definierar varandras roller, såsom handledare och student i den föreliggande avhandlingen. Interaktion med signifikanta och generaliserande andra innebär att individen kan ta över en roll för att förstå andras perspektiv, dvs. förmågan att vara i någon annans kläder, och på så sätt kan kunskap och färdigheter inom yrket förvärvas och överföras. Charon (2009) menar vidare att rollövertagande är en grundläggande egenskap hos individer för att framgångsrik undervisning och lärande ska kunna ske. För handledande sjuksköterskor innebär det en förmåga att skapa en sådan relation att handledningen kan anpassas utifrån den enskilde studentens kunskap, färdighet och behov.

Metodologiskt innebär perspektivet att mänskligt beteende bör studeras i sitt sammanhang dvs. det krävs att forskaren ger sig ut på fältet och att analysen sker induktivt utan i förväg uppsatta hypoteser. Blumer (1969) formul-

erade detta som ”what is needed is a return to the empirical social world” (s.34). De kommunikativa processerna i en grupp anses som så centrala för mänskligt medvetande att för att förstå vad som sker, bör forskaren vara med och dela den studerade gruppens vardag (Beach 1995; Herman-Kinney och Verschaeve 2003). Datainsamlingsmetoder som deltagande observation och intervjuer blir därmed lämpliga för att bidra till ökad förståelse för mänskligt beteende och sociala processer. En forskningsansats som öppnar upp för denna möjlighet är etnografi.

METOD

Grundläggande för all forskning är att ta ställning till ontologiska och epistemologiska frågor dvs. vad för slags värld kan vi söka vilken sorts kunskap om. Denna avhandling kan placeras i ett konstruktivistiskt forskningsparadigm där fokus är människors interaktioner och de konstruktioner av verkligheten som sker i interaktionen. Paradigmet vilar på en idealistisk ontologi där grunden för det existerande är en individs förmålor, föreställningar och medvetande och epistemologin kan förklaras som empirisk induktivism (Sohlberg och Sohlberg 2002). Metodologiskt följer att de forskningsmetoder som står till buds bör vara av den karaktären att de möjliggör för forskaren att beskriva och förstå informanternas sociala verklighet genom att delta i den.

Då syftet var att beskriva innehåll i och förutsättningar för sjuksköterskors handledande funktion under verksamhetsförlagd utbildning ansågs det som centralt att få möjlighet att vara en del i den kultur som utgjordes av de handledande sjuksköterskorna och den vårdkontext de befann sig i. Det etnografiska arbetssättet där deltagande observation har kombinerats med intervjuer bedömdes därför som en lämplig ansats för denna avhandling.

Etnografi

Van Manen (1988) beskriver etnografi som den skrivna representationen av en kultur eller valda delar av en kultur. Etnografi fokuserar på hur individer agerar och interagerar med varandra och världen runt omkring. Denna metodologiska ansats möjliggör beskrivningar av såväl handlingar som händelser (Hammersley och Atkinson 2007). Vidare menar Jeffrey och Troman (2004) att etnografisk forskning kartlägger både djup och komplexitet i sociala strukturer och relationer.

Historiskt sett har etnografiska studier bedrivits inom antropologin med observationer av främmande kulturer, långt från forskarens hemvist under primi-

tiva förhållande (Agar 2008). Etnografisk forskning som vi känner den idag har sin grund i Chicagoskolan dvs. de sociologiska strömningar som var tongivande internationellt under 1900-talets första decennier. Dessa studier var mer inriktade på att beskriva den egna kulturen i en urban kontext (Deegan 2001). Flera etnografiska studier finns som beskriver metodens användbarhet inom hälso- och sjukvården (Atkinson och Pugsley 2005; Hodgson 2000). Inom vårdvetenskap har studierna bland annat fokuserat hur sjuksköterskestudenter beskriver det kommande yrket (Andersson 1993), hur vårdkulturen påverkar nyutexaminerade sjuksköterskors beteende (Hinds & Harley 2001), och hur nyutexaminerade sjuksköterskor socialiseras in i yrkeslivet (Bisholt 2009).

Ingående delarbeten I-IV

De data som ligger till grund för delarbete I-III är insamlade på avdelningar med en traditionell struktur av verksamhetsförlagd utbildning där sjuksköterskan vanligtvis handleder en student i taget parallellt med ordinarie arbetsuppgifter. Under analysarbetet (I-III) väcktes även frågan om hur handledning beskrivs av sjuksköterskor som handleder i en modell där tid är avsatt för handledning och där handledningen riktar sig till ett team av studenter. Detta blev utgångspunkt för det fjärde och avslutande delarbetet. För en översikt av ingående arbeten se tabell 1.

Tabell 1: Översikt över ingående delarbeten

| <i>Fokus</i> | <i>Datainsamling</i> | <i>Deltagare</i> | <i>Analys</i> |
|--|--|---|--------------------|
| I: Strategier och tekniker i handledning? | Deltagande observation och fokusgrupper | 13 handledare under 120 timmars fältstudier november 2006-maj 2007 | Etnografisk analys |
| II: Under vilka förutsättningar sker handledning? | | 16 handledare i fyra fokusgrupper (4-4-6-2) | |
| III: Vilka yrkesfunktioner fokuseras i handledning? | | | |
| IV: Vilka erfarenheter har sjuksköterskor av att handleda interprofessionella studentteam? | Deltagande observation, individuella intervjuer samt fokus grupp | 8 handledare under 50 timmars fältstudier mars-maj 2009 samt september 2009 9 handledare i individuella intervjuer 4 handledare i en fokusgrupp | |

Tillträde till fältet

Att få tillträde till det fält man önskar observera är en lång process. Ibland kan denna process underlättas genom att forskaren får tillträde till fält och informanter via nyckelpersoner vilket innebär en person/personer med god kännedom om studiens plats och de personer som finns i den sociala miljön (Pillhammar Andersson 1996, Fangen 2005; Hammersley och Atkinson 2007).

För delarbete I-III kontaktades dels chefssjuksköterskan vid ett av regionens universitetssjukhus dels den lektor som var ansvarig för verksamhetsförlagd utbildning vid det andra av regionens universitetssjukhus. Dessa kontakter ledde till att studien kunde presenteras vid flera informationsmöten med kliniskt ansvariga lärare vid såväl universitetssjukhusen som vid de akutsjukhus och närsjukhus där vfu också kan förläggas. Presentationerna resulterade i att de kliniska lärarna vid två olika avdelningar och sjukhus inom regionen meddelade att det fanns intresse från handledarnas sida att delta i studien. Vid de aktuella avdelningarna kom huvudhandledaren respektive avdelningsföreståndaren att fortsatt fungera som nyckelpersoner under fältstudierna. Innan studien tog sin början kontaktades nyckelpersonerna och tid för informationsträffar för avdelningens sjuksköterskor och övrig personal kunde avtalas. Vid dessa träffar fick sjuksköterskorna muntlig samt skriftlig information om studiens syfte och genomförande.

Tillträde till fältet för delarbete IV skedde på liknande sätt som vid de tidigare delarbetena. Då forskningsfokus för det fjärde delarbetet hade formulerats togs kontakt med de kliniska lärare som var ansvariga vid en klinisk utbildningsavdelning i regionen. Det var också i samarbete med de kliniska lärarna som möjligheten att muntligt och skriftligt informera om studiens syfte och genomförande för handledarna öppnades upp.

För samtliga delarbeten (I-IV) gäller att studenterna blev informerade om studien när de introducerades på respektive avdelning av sina handledare. Studiens projektplan samt informationsbrev var dessutom tillgängliga för studenter och personal i de ”studentpärrar” som fanns på avdelningarna. Nyckelpersonerna har även varit behjälpliga då tillstånd för studiens genomförande har inhämtats hos berörda verksamhetschefer.

Beskrivning av fältet

De två avdelningar där fältstudierna bedrevs för delarbete I-III var olika till sin karaktär. Den ena avdelningen vid ett akutsjukhus var inriktad mot kardiologisk intensivvård och eftervård. Avdelningen hade 21 vårdplatser, fyra platser för polikliniska dagpatienter under utredning samt åtta intensivvårdsplatser.

Den andra avdelningen vid ett universitetssjukhus var inriktad mot gastrointestinal kirurgi. Avdelningen hade 22 vårdplatser. Vid båda dessa avdelningar hade sjuksköterskorna ansvar för 6-11 patienter beroende på arbetspass. Placeringarna vid avdelningarna var vanligen 5-10 veckor långa för studenter i termin två, fem eller sex³. Respektive avdelning tog emot 10-12 sjuksköterskestudenter per termin och kan betraktas som relativt stora utbildningsavdelningar. Avdelningarna ansågs därmed lämpliga för den föreliggande studien då möjligheten att observera handledande sjuksköterskor bedömdes vara god. Vid dessa avdelningar handleddes studenterna oftast av en ”personlig” handledare men handledarskapet kunde även delas av två handledande sjuksköterskor.

För det fjärde delarbetet var fältstudierna förlagda till en klinisk utbildningsavdelning (KUA) vid ett av universitetssjukhusen i regionen. KUA tar var termin emot 48 läkarstudenter i termin åtta (av totalt elva terminer), 80-90 sjuksköterskestudenter i termin sex, 6 arbetsterapeutstudenter samt 12 sjukgymnaststudenter i termin fem eller sex (av totalt sex terminer). Vid tidpunkten för studien var placeringen, som omfattade två veckor, obligatorisk endast för läkar- och sjuksköterskestudenter varför studentteamens sammansättning kunde skilja sig något åt. Vanligtvis bestod teamen av en-två läkarstudenter samt tre-fyra sjuksköterskestudenter och om möjligt en arbetsterapeutstudent och/eller en sjukgymnaststudent. Var studentkategori fick yrkesspecifik handledning men handleddes även som team av handledare som motsvarade samtliga fyra yrkeskategorier. De handledande sjuksköterskorna var dock den enda yrkeskategori som tillsammans med studenterna tjänstgjorde under kvällar och helger. KUA förfogade över åtta platser på en invärtesmedicinsk avdelning som vid tiden för studien bestod av totalt 40 vårdplatser. Patienterna som vårdades vid utbildningsavdelningen var vanligtvis äldre multisjuka i behov av allmän medicinsk vård.

Vid samtliga avdelningar representerade i delarbete I-IV fanns det kliniska lärare eller huvudhandledare som stöd för handledare och studenter. De deltog i mål- och bedömningssamtal samt vid andra planerade utbildningsaktiviteter. De kunde även stötta handledarna genom att handleda studenter vid enstaka tillfällen om handledaren upplevde sig ha behov av den typen av stöd.

³ Sjuksköterskeprogrammet är totalt 180 hp dvs. sex terminer.

Urval och genomförande av observationer

Då studien genomfördes i kontexter där sjuksköterskor med erfarenhet av handledning antogs dela den upplevelsen kunde samtliga komma ifråga som potentiella bärare av information relevant för studien (Patton 2002). Detta innebär att de sjuksköterskor som handledde sjuksköterskestudenter under tiden för observationerna (I-IV) bedömdes vara lämpliga informanter då de betraktades som specialister inom det område som har studerats. Detta strategiska och medvetna urval är vanligt förekommande vid etnografiska studier (Lincoln och Guba 1985; Agar 2008).

Resultatet av denna urvalsprincip ledde till att 13 handledande sjuksköterskor, tio kvinnor och tre män, blev observerade under den första sex månader långa fältstudiefasen från november 2006 till maj 2007 (I-III). För den avslutande fältstudien (IV) som pågick från mars 2009 till september 2009 observerades åtta handledande sjuksköterskor, sju kvinnor och en man (tabell 2).

Tabell 2: Informanter under observationerna

| | Delarbete I-III | Delarbete IV |
|----------------------------|-----------------|-------------------|
| Totalt antal informanter | 13 | 8 |
| Kön | Kv=10 M= 3 | Kv=7 M=1 |
| Yrkeserfarenhet | 1½-10 år | 3-9½ år |
| Handledarerfarenhet | 0-8 år | 2-8 år |
| Handledarutbildning 7,5 hp | Ja=1 | Ja=8 ⁴ |

Jeffrey och Troman (2004) poängterar att det inte enbart är observationsstudiens totala längd som är avgörande då en etnografisk studie planeras. Även frekvensen av de observationer forskaren gör är betydelsefull och varierar beroende på tillgång till de platser som skall studeras, projekttid och studiens inriktning. För denna avhandling har det Jeffrey och Troman (2004) betecknar som en selektivt intermittent tidsmodell använts. Det betyder att observationstiden längd samt besöksfrekvensen på studieplatsen kan variera. De handledande sjuksköterskorna observerades under dagtid dvs. i samband med de arbetspass som vanligen sträcker sig från 6.45-16.00 eller från 12.30-21.30. Strävan har varit att besöka avdelningarna i ungefär samma omfattning men intervallerna på besöken har varierat från ett par gånger per vecka till varan-

⁴ Det bör påpekas att genomgången handledarutbildning är ett krav för de sjuksköterskor som handleder vid KUA

nan vecka. Observationstillfällena kunde variera mellan 1½ timma upp till fem timmar och avgjordes av omfattningen av handledningsaktiviteten. Ibland var fokus riktat mot en specifik och tidsbestämd aktivitet t.ex. bedömnings-samtal vilket gjorde de observationstillfällena kortare. Andra gånger observerades handledaren och studenten tills dess att studenten gick iväg på aktiviteter utanför avdelningen och det blev då ett naturligt avslut. Den totala observationstiden var 170 timmar (I-III=120, IV=50) och beslutet att lämna fältet kunde tas då inga nya mönster framträdde under kontinuerlig analys och reflektion. Lincoln och Guba (1985) såväl som Jeffrey och Troman (2004) påpekar att fältstudierna kan avslutas då ett överflöd eller en mättnad⁵ av mönster framträder i analysen.

Forskarroll under observationer

De erfarenheter forskaren bär med sig in i den miljö som studeras kan betecknas som förförståelse och kommer att påverka vad som är möjligt att registrera i observationerna. Det som upplevs bekant kan tyckas så självklart att det inte blir föremål för datainsamling, vilket i sin tur påverkar analys och tolkning (Fangen 2005). Min förförståelse bygger på erfarenheter från ett yrkesliv som sjuksköterska och handledare men även som lärare i handledarutbildningar inom universitet och högskola. Det innebär att det fält som har observerats har känts välbekant och det har varit naturligt att ta på den vita rocken. Under observationerna togs rollen som deltagande observatör. Denna form av deltagande innebär att forskaren öppet finns med i ett socialt samspel utan att aktivt delta i de handlingar som förekommer (Spradley 1980; Rock 2001). Detta förhållningssätt var ett sätt att komma informanterna nära och skapa en relation⁶ till handledarna utan att förlora den distans som är nödvändig för objektivitet i datainsamling och kommande analys (Hammersley och Atkinson 2007; Rock 2001). Risken finns annars, då fältet är välkänt, att forskarrollen får träda åt sidan och lämna plats för sjuksköterskan, handledaren eller lära-
ren.

”Idag när handledare och student skulle vända en patient med svåra smärtor så orkade de inte riktigt att göra det på två. Man var dessutom underbe-mannad på avdelningen vilket gjorde att jag erbjöd mig att hjälpa till. Vi

⁵ Lincoln & Guba (1985 s. 202) presenterar begreppet redundancy vilket kan översättas med överflöd. Jeffrey & Troman (2004 s. 540) hänvisar till begreppet saturation dvs. mättnad vilket är vanligt förekommande inom Grounded Theory

⁶ Inom etnografin används ofta uttrycket ”building rapport” (se t.ex. Hammersley & Atkinson sid.73)

vänder patienten och när vi nästan är klara behövs handledaren på annat håll och lämnar salen. Jag och studenten bäddar för patienten och lämnar salen. Det kanske inte var rätt att plötsligt träda in och hjälpa till men jag kunde bara inte stå vid sidan av när patienten behövde hjälp” (Fältanteckning maj 2007).

Av denna anledning har det varit av vikt att föra reflektiva anteckningar som beskriver den miljö forskaren har befunnits sig i och hur det har påverkat forskaren såväl som de aktörer som har befunnit sig på fältet. Arbetssättet betecknas som reflexivitet (Beach 1996; Pellatt 2002; Rolfe 2006) och anteckningarna har understött reflektion inom forskargruppen för att försäkra att rollen som deltagande observatör har kunnat bibehållas.

Fältanteckningar

Fältanteckningar är det datamaterial som utgör grunden för kontinuerlig analys. Under fältstudierna har anteckningar förts i ett block av A5 storlek, lagom för sjukhusrockens ficka. Anteckningarna har gjorts i så nära anslutning till observationerna som möjligt. Ibland har det passat sig att anteckna under tiden, vid andra tillfällen har anteckningarna skrivits ner under en paus. I fältanteckningarna noterades tid, plats, vilka som deltog i situationen, vad som hände samt de reflektioner, idéer eller frågor som uppkom under observationerna (Pilhammar Andersson 1996; Emerson m.fl. 1995; Emerson m.fl. 2001).

Fältanteckningarna omfattar även de informella samtal som fördes med handledarna då forskaren behövde få en situation förklarad eller förtydligad. Dessa informella samtal (Spradley 1980) kunde äga rum i korridorer på väg tillbaka till sjuksköterskeexpeditionen eller i kafferummet i samband med raster. När avdelningen lämnades för dagen har, de ofta i hast, nedskrivna anteckningarna skrivits rent så att de kunde utgöra vägledning för nästkommande observationer och kontinuerlig analys vilket framgår av nedanstående fältanteckning:

07.30 I korridoren utanför ett av enkelrummen står Maria med sin student Hanna. Maria är ganska ny som sjuksköterska och har jobbat på avdelningen knappt ett år sen hon blev färdig. Hanna är en student som nu gör sin sista placering innan examen i januari. De har med sig en läkemedelsvagn och skall förbereda ett dropp. Maria frågar: ” Vad skall du tänka på med drop-pet?” Hanna svarar direkt: ”Kanske kolla så patienten kissar” Maria svarar: ” Mm vi kan lägga in en vätskelista”. Hanna fortsätter sina förberedelser

och säger plötsligt: ”Jag har faktiskt aldrig stått här förut” Jag förstår att hon menar korridoren som nu får fungera som ett läkemedelsrum. Men de står båda kvar och när Hanna är klar börjar hon utan att Maria frågar redogöra för hur och vad hon skall göra med droppet inne hos patienten. Maria nickar, ställer inga vidare frågor utan undrar bara: ”Vill du gå intill patienten själv?” Hanna svarar: ”Ja det är ok” *Reflektion: Tänk på det här med att lämna över ansvar, hur sker det?* (Fältanteckning december 2006).

Fokusgrupper och intervjuer

För att fördjupa förståelsen av innehåll i och förutsättningar för sjuksköterskors handledande funktion genomfördes även intervjuer. Dessa har varit i form av fokusgrupps intervjuer (I-IV) samt individuella intervjuer (IV). Fokusgrupper ansågs lämpliga då denna typ av intervjuer möjliggör för deltagarna att utifrån egna erfarenheter reflektera kring en gemensam social praktik (Kitzinger 1995; Webb och Kevern 2001; Freeman 2006). Beslutet att även genomföra individuella intervjuer med informanterna i delarbete IV grundade sig på att denna observationsfas genomfördes inom en förhållandevis ny pedagogisk modell⁷. Forskaren hade därför endast tillgång till en avdelning av detta slag och urvalet blev på så sätt begränsat. Då strävan var att få en så komplett förståelse av fenomenet handledning vid en klinisk utbildningsavdelning som möjligt valdes därför en kombination av individuella intervjuer och fokusgruppsintervju. Lambert och Loiselle (2008) argumenterar för att kombinationen av de två metoderna kan möjliggöra för forskaren att jämföra och kontrastera det som sägs individuellt med det som framkommer i en fokus grupp.

Urval av informanter till intervjuerna

För delarbete I-III var det viktigt att fokusgrupperna tillät maximal variation för att fördjupa förståelsen av handledning från skilda kontext. Återigen togs kontakt med de nyckelpersoner som hade varit behjälpliga vid fältstudierna och ett medvetet fokuserat urval av 16 handledare kunde genomföras (Lincoln och Guba 1985; Patton 2002). Deltagarna kom att representera skilda vårdverksamheter såsom kardiologi, reumatologi, kirurgi och allmän internmedicinsk vård. De informanter som via nyckelpersonerna anmälde sitt intresse kunde fritt välja mellan fyra alternativa datum för intervjuerna. Detta ledde till att de 16 handledarna bildade fyra fokusgrupper (4+4+6+2). Två av dessa 16 handledare hade händelsevis även blivit observerade (tabell 3).

⁷ KUA har funnits i den form som har studerats sedan vårterminen 2005

Tabell 3: Informanter under fokusgrupper delarbete I-III

| | |
|----------------------------|---------------|
| Totalt antal informanter | 16 |
| Kön | Kv=15 M= 1 |
| Yrkeserfarenhet | 2-14 år |
| Handledarerfarenhet | 1-10 år |
| Handledarutbildning 7,5 hp | Ja=10 |

Urvalet av informanter till individuella intervjuer såväl som till fokusgruppen i delarbete IV präglas av ett bekvämlighetsurval då handledarna fanns tillgängliga på fältet och kontakt med dem redan hade etablerats (Lambert & Loïselle 2008). Via den kliniska läraren gavs dessutom möjlighet att rekrytera ytterligare en sjuksköterska med tidigare erfarenhet av handledning vid KUA. Detta urvalsförfarande ledde till att nio sjuksköterskor intervjuades individuellt. Samtliga nio intervjuade handledare tillfrågades om att delta i fokusgruppen varav fyra accepterade. De skäl som angavs för att tacka nej var framförallt av privat natur som semester, föräldraledighet eller sjukfrånvaro vid tiden för intervjun (tabell 4).

Tabell 4: Informanter under intervjuer delarbete IV

| | Individuella intervjuer | Fokusgrupp |
|----------------------------|-------------------------|------------|
| Totalt antal informanter | 9 | 4 |
| Kön | Kv=8 M= 1 | Kv=4 |
| Yrkeserfarenhet | 3- 9½ år | 3-6 år |
| Handledarerfarenhet | 2-8 år | 2-4 år |
| Handledarutbildning 7,5 hp | Ja= 9 | Ja=4 |

Genomförande av intervjuer

Intervjuerna i fokusgrupperna för delarbete I-III genomfördes i högskolans lokaler eller i samtalsrum på de sjukhus där deltagarna arbetade. Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon och varade i snitt 72 minuter (51-81 min). Vid dessa intervjuer som tog formen av ett samtal mellan deltagarna ställdes en öppen och övergripande fråga som var hämtad från de preliminära analyserna av data från fältstudierna. För delarbete I-III innebar det att den inledande frågan var (bilaga 1) *"Hur gör man när man handleder?"* Denna fråga genererade i samtliga fyra grupper oberoende av varandra ett liknande svar: *"Nej, det kan vi inte svara på först måste man veta vad det är för en student"*

man har framför sig” Detta svar, var den katalysator som diskussionerna sen utgick ifrån och informanterna uppmuntrades med nickningar och instämmande hummande från forskaren att fortsätta diskussionerna om handledning. När något kändes oklart eller om gruppen tystnade ställdes följdfrågorna som återfinns i bilaga 1, dock nödvändigtvis inte i den ordningen.

För delarbete IV genomfördes de individuella intervjuerna parallellt med observationerna och tog formen av ett samtal med stöd i en frågeguide (bilaga 2). Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon och varade i snitt 56 min (43-63 min). Fokusgruppsintervjun gjordes i slutet av fältstudiefasen och inleddes med att handledarna fritt fick associera till begrepp som identifierats som återkommande vid preliminära analyser av data från såväl fältanteckningar som individuella intervjuer. Innan intervjun startade skrevs dessa begrepp upp på den white board tavla som fanns i rummet. Begreppen som handledarna ombads att associera kring var *Tålmod, Tillit, Trygghet och Team*. Begreppen startade en livlig diskussion bland deltagarna. För att klargöra vissa aspekter av handledning på KUA ställdes även de följdfrågor som återfinns i bilaga 3. Fokusgruppsintervjun spelades in med hjälp av diktafon och varade i 1 timma och 55 minuter. Intervjuerna för delarbete IV skedde i högskolans lokaler eller i ett samtalsrum på KUA.

Dataanalys

För etnografiska studier sker datainsamling och analys parallellt där de initiala analyserna ger nästföljande datainsamling nya infallsvinklar. I de initiala analyserna som utgick från fältanteckningarna identifierades mönster vilka beskrev handledningsaktiviteter. Dessa mönster kodades som t.ex. *rond, yrkesspråk och praktiska färdigheter (I-III)* eller *team, yrkesspecifikt, samarbete (IV)*. Koderna har sen varit vägledande och fungerat som arbetshypoteser för fortsatta observationer och intervjuer där kontinuerlig pendling mellan datainsamling, analys och reflektion ledde till att fler koder tillkom och andra koder kunde förkastas. Processen beskrivs av Hammersley och Atkinson (2007) som ”a funnel structure” (s.160) där det sker en progressiv fokusering av forskningsproblemet efterhand som studien fortskrider.

Den slutliga analysen och bearbetningen av data tog sin början när fältstudierna var avslutade (Emerson m.fl. 1995; Hammersley och Atkinson 2007). Analysen startade med en noggrann genomläsning av allt datamaterial dvs. av de renskrivna fältanteckningarna och de transkriberade intervjutexterna. Under denna första fas lyssnades även ljudfilerna från intervjuerna igenom ytterligare en gång för att kontrollera så att transkriberingen var korrekt och full-

ständig. Detta arbetssätt bidrog till öppenhet inför data (Berg 2004; Hammersley och Atkinson, 2007) på så sätt att de tankar och idéer som hade framkommit under den preliminära analysen nu kunde förstärkas och vidareutvecklas. Arbetsgången ledde till att fyra teman framträdde som centrala för sjuksköterskans handledande funktion och har därför fokuserats i fortsatt analys. För delarbete I-III framträdde följande teman: *Hur sjuksköterskor handledde dvs. vilka metoder som användes, Vilka faktorer tycktes stödja eller begränsa handledande sjuksköterskor* och *Vilket innehåll förmedlades i handledningen*. För det fjärde delarbetet IV framträdde ett tema som kunde beskrivas som *Vilka utmaningar mötte sjuksköterskor som handledde studentteam?*

Den fortsatta analysen drevs av en önskan att fördjupa och bekräfta innebörden av de teman som hade framträtt. Materialet lästes därför på nytt och med hjälp av färgpennor markerades handlingsmönster som speglade handledning i ljuset av de teman som hade identifierats tidigare. I marginalen angavs koder för vart och ett av dessa handlingsmönster. Arbetsgången påminner om kodningen av text inom grounded theory och kan i detta stadium bäst beskrivas som öppen kodning eller början till en samling av "sensitizing concepts" (Blumer 1954 s. 7) vilka utgör en referenspunkt för fortsatt kodning. Efterhand som analysen fortskred kunde de identifierade handlingsmönstren sorteras i underkategorier. För tydlighet och öppenhet inför den kommande kategoriseringen av data var det nödvändigt att beskriva innebörden i var underkategori och reflektiva anteckningar fördes för att vägleda fortsatt analys (tabell 5 a).

Tabell 5a: Exempel på schema över analys

| Handlingsmönster | Kod | Underkategori | Innebörd | Reflektion |
|--|------------|---------------|---|--|
| HL ser stressad ut och berättar för studenten: "Vi måste skynda oss, vi kan inte vara sena till ronden, vårt eget arbete får vi göra klart sen" (Fältanteckning mars 2007) | Rondarbete | Rutiner | HL påverkas av organisatoriska rutiner som t.ex. ronden . | Finns det andra typer av rutiner eller dagligt återkommande aktiviteter som påverkar HL? |

Därefter lästes materialet återigen och en mer fokuserad kodning (Emerson m.fl. 1995) kunde ta sin början. Kategorierna växte fram genom att innebörden i de olika underkategorierna jämfördes med varandra. Dessutom jämfördes underkategorierna och de framväxande kategorierna med varandra och kontrollerades mot de identifierade handlingsmönstren så att det fanns en

överensstämmelse i allt kodat material och hur det var benämnt. Denna arbetsgång beskriver Glaser och Strauss (1967) som den kontinuerligt jämförande metoden (the constant comparative method) vilket leder till att handlingsmönster och underkategorier kan byta plats eller till och med försvinna tills dess att innehållet i kategorierna är tydligt definierade och väl avgränsade gentemot varandra (tabell 5 b). Under hela analysarbetet har de identifierade koderna och de framväxande underkategorierna och kategorierna diskuterats inom forskargruppen till dess att enighet kring analys och resultat har uppnåtts.

Tabell 5b: Exempel på schema över slutlig analys

| Handlingsmönster | Underkategori | Innebörd | Kategori |
|--|------------------|--|----------------------------|
| HL ser stressad ut och berättar för studenten: ”Vi måste skynda oss, vi kan inte vara sena till ronden, vårt eget arbete får vi göra klart sen” (Fältanteckning mars 2007) | Rutiner | HL påverkas av organisatoriska rutiner som t.ex. ronden | Organisatoriskt perspektiv |
| ”Det är mycket roligare att handleda när man tillsammans med sin student får ta hand om färre patienter” (Fokusgrupp 2 oktober 2007) | Omvårdnadsansvar | HL påverkas av faktorer som hur patientvården kan organiseras då HL främst har ett patientansvar | |

Då datainsamlingarna för delarbete I-III respektive IV skiljer sig åt i tid samt kontext är det väsentligt att påpeka att datamaterialet från de två perioderna inte har analyserats samtidigt eller som en gemensam analysenhet. Där- emot har den ovan beskrivna analysprocessen följts för båda datainsamlingarna även om den exemplifieras med hjälp av material från den första datainsamlingen för delarbete I-III.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Innan observationer och intervjuer tog sin början har flera informationsmöten hållits så att handledare, studenter och övrig personal skulle vara väl informerade om studiens syfte och metod. Informerat samtycke har inhämtats från samtliga deltagare. Vikten av frivillighet samt möjlighet att avbryta deltagandet i studien har betonats och konfidentialitet har eftersträvat (HSFR 1990; Murphy och Dingwall 2001). I de presenterade resultaten har det varit viktigt att avidentifiera enskilda handledare. Detta har skett dels genom att handledarna i fältanteckningar fått pseudonymer och i citaten presenteras de endast som handledare 1, 2, 3 o.s.v. Begrepp eller uttryck som kan vara typiska för en enskild individ har medvetet undvikits. Vid etnografiska studier kommer forskaren i nära kontakt med informanterna och för att få tillgång till så rik information som möjligt är det grundläggande att skapa goda relationer till dem som befinner sig i den studerade miljön. Som forskare bör man därför vara medveten om att handledare, studenter, patienter och deras anhöriga kan uppleva forskarens närvaro som obehaglig eller påträngande. Forskaren har därför bett handledarna att säga ifrån i de situationer då forskarens närvaro kanske inte har varit lämplig, såsom vid vård av svårt sjuka patienter eller i känsliga samtal med studenten. Under fältstudierna inträffade dock inga sådana situationer.

Patienter och anhöriga har blivit informerade om studien dels via informationslappar som sattes upp vid entréerna till avdelningarna samt på anslagstavlor på patientsalar och allmänna anslagstavlor på avdelningarna. Det ställdes också en direkt fråga till patienter och anhöriga om det var lämpligt att forskaren var närvarande då handledare och student vårdade patienten.

”Vid ett tillfälle då handledaren Helen och studenten Sofia ska vårda en äldre svårt sjuk medvetlös kvinna är även kvinnans make och dotter närva-

rande. Jag presenterar mig och förklarar att jag är intresserad av hur Helen undervisar Sofia. Dottern säger inget men maken smålar åt mig där jag står i dörröppningen och jag förstår att jag kan stanna kvar” (Fältanteckning november 2006).

Under fältstudierna har även de etiska riktlinjerna för sjuksköterskor med särskilt avseende på sekretess och tystnadsplikt följts (ICN: s Etiska kod för sjuksköterskor 2000). Tillstånd att genomföra studien har inhämtats hos berörda verksamhetschefer. Studien är godkänd med ett rådgivande yttrande från Regionala etikprövningsnämnden i Lund (Diarienummer 590/2006).

RESULTAT

Delarbete I

Syftet med den första studien var att beskriva vilka strategier och tekniker handledande sjuksköterskor använde för att undervisa sjuksköterskestudenter under verksamhetsförlagd utbildning. Sammantaget visade resultatet att handledning var en kontinuerlig process av *nivåanpassning*, *tillämpning av handledningsstrategier* samt *utvärdering* (tabell 6).

Tabell 6: Kategorier och underkategorier som beskriver sjuksköterskors strategier och tekniker i handledning.

| Kategorier | Underkategorier |
|--|--|
| <i>Nivåanpassa</i> | Att skaffa sig en bild Förutfattade förväntningar |
| <i>Tillämpning av handledningsstrategier</i> | Skapa en känsla av tillit Undervisa Återkoppla |
| <i>Utvärdering</i> | Reflektion Bedömning |

Handledarna beskrev hur det var grundläggande att kunna skaffa sig en bild av den individuella studentens kunskap och erfarenhet för att kunna *nivåanpassa handledningen*. Av den anledningen framhöll handledarna vikten av ett introduktionsamtal eller ett målsamtal. Utifrån dessa samtal kunde handledarna med hjälp av studentens individuella mål och målen i kursplanen planera den kommande handledningen. Handledarna beskrev även att dessa samtal

var viktiga så att inte förutfattade förväntningar om vad studenterna borde kunna skulle styra planeringen av kommande aktiviteter.

Handledningen präglades av de handledande sjuksköterskornas omsorg om studenterna. För att kunna *tillämpa handledningsstrategier* beskrev handledarna hur tillit i relationen mellan handledare och student var av central betydelse. En relation där handledare och student kände tillit till varandra beskrevs av handledarna som avgörande för att de skulle våga lämna över ett ansvar. På så sätt ökade handledarna successivt studenternas möjlighet till självständigt arbete. Ansvaret lämnades över i tre nivåer med ökande grad av självständigt arbete för studenten. Handledarna utövade först kontroll vilket innebär att studenterna fick lov att utföra de ålagda uppgifterna men där handledaren fanns i studentens omedelbara närhet. Den andra nivån kan beskrivas som den "osynliga närvaron". Flera observationer gjordes då handledarna lämnade över uppgifter till sina studenter och sen till synes omedvetet drog sig undan från studenterna. Man lämnade på så sätt ett manöverutrymme genom att till exempel flytta sig till andra sidan salen för att prata med de andra patienterna. Den tredje nivån representerade helt självständigt arbete för studenten. Förutsättningen var att handledaren hade etablerat en sådan relation till studenten att de upplevde tillit till studentens kunskap och förmåga. Sjuksköterskorna använde sig av kognitiva såväl som perceptuella didaktiska tekniker i sin undervisning. De perceptuella tekniker som förekom mest var att lyssna, att se och att känna. Sjuksköterskorna demonstrerade i ord och i handling hur en aktivitet skulle utföras, hur hjärt- och lungljud kunde låta eller hur ett blodkärl som var lämpligt att sticka i kunde kännas. Ett mer reflekterande förhållningssätt till handledning kom fram i den typ av frågor handledarna använde sig av. Sjuksköterskorna ställde dels grundläggande faktafrågor där det räckte att studenten kom ihåg och kunde upprepa tidigare lärd kunskap. Dels öppna frågor som krävde att studenten problematiserade, resonerade och argumenterade för en slutsats. Gemensamt för handledarna var, hur de såväl i ord som i handling, beskrev hur viktigt det var att ge kontinuerlig återkoppling till studenterna. Återkopplingen kundes ske verbalt men även icke-verbalt genom gester som ett uppmuntrande leende eller en nick med huvudet då studenten utförde en aktivitet. Handledarna försökte vara konstruktiva i sin återkoppling genom att ge förslag på vad studenten kunde arbeta vidare med eller förbättra, även om det förekom situationer där återkopplingen endast bestod av uttryck som "Det där gick ju bra" utan någon vidare uppföljning eller exemplifiering.

Utvärdering skedde dels i form av kontinuerlig reflektion tillsammans med studenten dels som bedömning av hur studenten hade uppnått lärandemålen. Detta beskrevs av handledarna som viktiga men svåra uppgifter. Handledarna strävade efter att vara konstruktiva i bedömningssituationerna genom att ge förslag på vad studenten kunde arbeta vidare med eller förbättra för att utvecklas i sitt lärande och därmed utvecklingen av en yrkesidentitet.

Delarbete II

Syftet med den andra studien var att beskriva under vilka förutsättningar sjuksköterskor handleder sjuksköterskestudenter under verksamhetsförlagd utbildning. Resultatet visade att handledning av studenter var en komplex funktion för sjuksköterskorna där förutsättningar för handledning kunde beskrivas från tre perspektiv (tabell 7).

Tabell 7: Kategorier och underkategorier som beskriver förutsättningar för handledande sjuksköterskor

| Kategorier | Underkategorier |
|-----------------------------------|--|
| <i>Organisatoriskt perspektiv</i> | Kliniskt ansvar Rutiner |
| <i>Samarbetsperspektiv</i> | Professionella relationer |
| <i>Personligt perspektiv</i> | Erfarenhetens betydelse Behov av återkoppling Uppfattning av fördelar och förmåner |

Ur ett *organisatoriskt perspektiv* beskrev sjuksköterskorna hur rutiner för planering av vfu kunde upplevas som stödjande och begränsande inför handledarskapet. Då handledarna upplevde att kommunikationen mellan vårdverksamhet och lärosäte inte fungerade inför kommande handledaruppdrag uppstod irritation och minskad samarbetsvilja hos handledarna. När de i god tid fick besked på vilka studenter som skulle komma och tidig tillgång till kursplaner och studieguider upplevdes handledarskapet däremot som positivt och något sjuksköterskorna såg fram emot. Ronden som på avdelningarna var en dagligt återkommande rutin beskrevs av flera handledare som styrande och begränsande för det egna arbetet. Vid flera tillfällen observerades hur planerade handledningsaktiviteter fick avbrytas eller sättas åt sidan för att inte låta läkarna vänta. Handledarna beskrev hur det var svårt att balansera det kliniska omvårdnadsansvaret med handledaransvaret. Handledningen upplevdes

därför som en uppgift utöver de ordinarie arbetsuppgifterna där omvårdnaden av patienterna var primär och den som styrde sjuksköterskornas tid.

Samarbetetsperspektivet vilade främst på de professionella relationer sjuksköterskorna hade till kollegor, läkare och vårdpersonal, studenter, patienter samt kliniska lärare. Samarbetet med kliniska lärare som kunde stötta handledarna då de kände sig osäkra och ge återkoppling på handledningen upplevdes som en stödande faktor. Vikten av de kliniska lärarnas stöd blev särskilt tydlig i samband med halvtids- och slutbedömningar av studenterna då handledarna upplevde bedömningssituationerna som en ansvarsfull men ibland komplicerad uppgift. Sjuksköterskorna menade vidare att då t.ex. läkarna accepterade och bekräftade sjuksköterskestudenten som ansvarig för en situation, kunde handledaren lämna över ett ansvar till studenten. Detta gav studenten möjlighet att praktisera sin yrkesfunktion och tillämpa teoretiska och praktiska kunskaper. Ett dåligt fungerande samarbete mellan läkare och sjuksköterskor eller allt för starka medicinska hierarkier betraktades däremot som begränsande för det utrymme handledarna kunde lämna studenterna. Ett väl fungerande samarbete med kollegor var också ett sätt för sjuksköterskorna att hantera den upplevda tidsbristen. Det kunde innebära att de kollegor som inte var handledare tog på sig extra patientansvar. Ett annat sätt var att lämna över ett temporärt handledarskap till en kollega för att studenten skulle få möjlighet att vara med om så många olika situationer som möjligt. Några handledare beskrev hur man på avdelningen kunde vara mer än en handledare för var student, vilket medförde att handledarskapet inte upplevdes lika belastande eller tidskrävande.

Det *personliga perspektivet* belyser hur egna erfarenheter av att bli handledd många gånger var vägledande för hur den egna handledarrollen hanterades. Resultatet visade även hur handledarna trots den beskrivna tidsbristen var tydliga med att berätta för studenterna att deras arbetsuppgifter fick lov att ta tid. Handledarna tycktes dölja sina egna känslor av stress och de beskrev hur de ofta upplevde sig som otillräckliga för studenterna. Även om handledarskapet kunde upplevas som stressande och tidskrävande beskrev sjuksköterskorna hur de upplevde handledarskapet som utvecklande på det professionella såväl som det personliga planet. Återkoppling från de kliniska lärarna efterfrågades av handledarna som nödvändig för att kunna utvecklas i sitt handledarskap och de menade vidare att brist på återkoppling begränsade denna utveckling.

Delarbete III

Syftet med den tredje studien var att beskriva vilka yrkesfunktioner som handledande sjuksköterskor fokuserar i handledningssituationen. Resultatet visade hur handledarna fokuserade en yrkesfunktion som var medicinsk-teknisk, administrativ och vårdande (tabell 8).

Tabell 8: Kategorier och underkategorier som beskriver de yrkesfunktioner som fokuseras i handledning

| Kategorier | Underkategorier |
|-----------------------------------|--|
| <i>Medicinsk-teknisk funktion</i> | Praktiska färdigheter Yrkesknep |
| <i>Administrativ funktion</i> | Rapportera och dokumentera Planera och prioritera |
| <i>Vårdande funktion</i> | Etisk medvetenhet Kommunikativa färdigheter Den kliniska blicken |

En stor del av arbetsdagen upptogs av en yrkesfunktion som var präglad av *medicinsk-tekniska* arbetsuppgifter där de praktiska färdigheterna stod i fokus. Handledarna var medvetna om att detta är uppgifter som studenter uppfattar som angelägna och absolut nödvändiga att behärska för att bli en bra sjuksköterska. Handledarna beskrev hur de därför kunde låta studenterna ”sticka av sig” dvs. ta så många blodprover eller sätta så många perifera venkatetrar⁸ (pvk) som möjligt. Först därefter, menade sjuksköterskorna, kunde handledningen fokuseras mot att stötta studenternas förmåga att lyfta blicken och se helheten i vården av patienterna. När praktiska färdigheter fokuserades i handledningen var det av vikt att även lära ut yrkesknep som kunde underlätta för studenten. Dessa yrkesknep var baserade på handledarnas erfarenhet och kan förklaras som personlig och förkroppsligad kunskap. Yrkesknepen överfördes av handledarna genom att de visade och berättade och därefter fick studenterna öva.

Den *administrativa funktionen* innefattade uppgifter som ronder, journalföring och rapportering av patienter, muntligt såväl som skriftligt. Det här var något handledarna fick lägga mycket tid på, då det var uppgifter som sällan

⁸ En tunn plastkateter som förs in i en perifer ven för intravenös administration av t.ex. läkemedel.

eller aldrig hade tränats i kliniska träningscentra eller metodövningsrum innan studenterna startade sin vfu.

Sjuksköterskans *vårdande funktion* förmedlades av handledarna främst i det patientnära arbetet. Handledarna påpekade ofta för studenterna vikten av att tänka patientfokuserat och se patienten som en individ genom frågor som: ”Hur tror du patienten upplever det här” Frågor av den här typen var även ett sätt för handledarna att låta studenterna reflektera över etiska dilemman.

Handledarna fokuserade här en kunskapsform som de benämnde den kliniska blicken vilken representerade erfarenhetsbaserad, tyst och personlig kunskap. Handledarna beskrev hur denna för givet tagna kunskap var svår att lära ut och hur den behövde verbaliseras och exemplifieras för att ett lärande skulle kunna ske. Handledarna använde vid ett flertal tillfällen ett yrkesspråk som antingen var specifikt för professionen eller inom den vårdkontext man befann sig i. Detta kunde visa sig som förkortningar eller uttryck i situationer så som vid rapporter, i journal anteckningar eller i samtal mellan handledare och student. Ett sådant exempel var t.ex. hur handledarna beskrev en patient som inte fick lov att äta fast föda genom att kort uttrycka det som *”Den här patienten flyter”*.

Resultaten visade även hur handledarna strävade efter att stödja studenternas utveckling av yrkesidentitet och en känsla för professionen. Det gjordes genom att tillsammans reflektera över vilka åtgärder sjuksköterskan kan besluta om och utföra självständigt.Handledningen gavs ytterligare ett innehåll i den bilden av yrket handledarna omedvetet och medvetet överförde till studenterna. Det kunde ske på det sätt man talade om yrkets möjligheter och begränsningar med studenten: *”Det här får bara sjuksköterskor göra”*. Det skedde även genom den tydliga markering det innebar att få hantera nycklarna till medicinskåpet. Ytterligare ett sätt att spegla yrket framkom i de utsagor där handledarna betonade att det var viktigt att visa studenterna att sjuksköterskan var en: *”spindel i nätet”* som kontrollerade avdelningen och kunde styra det dagliga arbetet. Denna bild av yrket framträdde även i de mål för handledningen som handledarna angav genom att studenterna skulle bli: *”bra kollegor”, ”kompetenta sjuksköterskor” eller ”någon man vill jobba med”*.

Delarbete IV

Syftet med den fjärde delstudien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att handleda interprofessionella studentteam vid en klinisk utbildningsavdelning. Resultaten speglade dels de förhållningssätt sjuksköterskorna beskrev

som centrala för handledning. Dels de utmaningar det innebar för sjuksköterskorna att handleda studenter från skilda professioner (tabell 9).

Tabell 9: Kategorier och underkategorier som beskriver sjuksköterskors erfarenheter av att handleda interprofessionella studentteam

| Kategorier | Underkategorier |
|---------------------------------------|--|
| <i>Förhållningssätt i handledning</i> | Att lämna fysiskt utrymme Händerna på ryggen och vara tålmodig Ett reflekterande handledarskap |
| <i>Utmaningar i handledning</i> | Att handleda en annan profession Att få studenterna att arbeta som ett team Att möta individen i teamet Att bidra till en kunskaps hierarki |

Vid utbildningsavdelningen var handledning av studenter en huvudsaklig arbetsuppgift där tid var avsatt specifikt för handledarfunktionen. Handledarna beskrev hur de medvetet hade valt att arbeta vid KUA för att kunna fokusera på handledning av studenter och därmed kunna utveckla det egna handledarskapet.

Resultaten visade att sjuksköterskornas *förhållningssätt i handledning* byggde på tillit mellan handledare och studentteam. Tilliten var grundläggande för att våga ha händerna på ryggen, träda åt sidan och arbeta med ett reflekterande handledarskap. Handledarna beskrev hur de förhöll sig aktivt passiva i relationen till studenterna. De beskrev innebörden av detta som att rent fysiskt lämna utrymme och förhålla sig till synes passiva dvs. att inte vara delaktiga i t.ex. patientvård. Ett annat exempel var rondsituationerna där handledarna placerade sig så att de aldrig hade direkt ögonkontakt med studenterna. Istället uppmuntrades en placering där studenterna i teamet kunde se varandra. Handledarna var placerade vid sidan om eller rent av längst bak i ett rum och på så sätt markerades studenternas aktivitet och självständighet. Ronden blev därmed ett forum för att träna samarbete, problemlösningsförmåga och kommunikation. Handledarna beskrev hur den upplevda fysiska passiviteten balanserades mot en aktiv intellektuell aktivitet. Handledarna förklarade hur de kognitivt försökte vara ett steg före studenterna för att kunna ställa frågor som kunde leda teamen framåt i beslutsprocesser rörande patienternas vård.

Handledarna beskrev flera av de *utmaningar* de menade att de mötte då handledningen riktade sig till ett eller flera studentteam snarare än till den enskilde studenten. Trots att handledningen fokuserade på att få teamet att samarbeta var det nödvändigt att kunna identifiera och stötta de studenter som kunde behöva individuell handledning. Detta innebar att nivåanpassning och kunskap om studenters individuella erfarenheter visade sig vara viktigt även då sjuksköterskorna handledde ett helt team av studenter. När handledarna inte delade alla studentkategoriers specifika yrkeskunskaper beskrevs det reflekterande handledarskapet som en förutsättning för att kunna handleda interprofessionellt så studenterna gavs möjlighet att lära sig samarbeta utifrån sina kommande yrkesfunktioner med patienten i fokus. Det reflekterande handledarskapet delades därmed av de handledande sjuksköterskorna som det *förhållningssätt till handledning* vilken genomsyrade all handledningsaktivitet. Tekniken omfattade framförallt frågor av öppen karaktär för att stötta studenternas utveckling av problemlösning och kritiskt tänkande relaterat till såväl teamets arbete kring patienten som till den yrkesfunktion som studenterna representerade.

Handledarna strävade efter att bidra till en kunskapshierarki som motvikt till en medicinsk hierarki. Handledarna förtydligade detta genom att beskriva hur de förmedlade patientens behov som styrande för de beslut teamen behövde ta angående patienternas vård. Detta ledde även till att handledarna aktivt försökte motarbeta bilden av sjuksköterskan som spindeln i nätet. Detta skedde bland annat i de reflektionsseminarier som var obligatoriska för studenterna samt under ronder då frågor dirigerades till sjuksköterskestudenterna på så sätt att reflektion kring den egna kunskapen och det egna ansvarsområdet stimulerades.

DISKUSSION

Avhandlingens övergripande syfte var att beskriva innehåll i och förutsättningar för sjuksköterskors handledande funktion i verksamhetsförlagd utbildning. De resultat som kan tänkas vara mest framträdande och betydande för fortsatt utveckling av handledarfunktionen kommer att diskuteras.

Tillit, tid och reflektion

Resultatet visade att relationen mellan handledare och student måste bygga på tillit och respekt så att en trygg lärandemiljö kunde etableras. En trygg lärandemiljö innebar att handledningen utgick från den enskilda individens behov och handledarna strävade efter att möta studenterna där de befann sig kunskapsmässigt (I, IV) vilket är centralt för att lärande ska kunna ske (Jeffrey 2006; Ramsden m.fl. 2007). Handledarna menade att en trygg lärandemiljö där studenterna kände tillit kunde åstadkommas dels genom att ta del av studieguiden och kursplaner för att kunna förbereda sig på den kommande handledningen. Dels poängterade de hur viktigt det första målsamtal med studenten var. Under detta samtal fick handledarna ta del av studentens förväntningar och tidigare erfarenheter och handledarna kunde berätta om sig själva som sjuksköterskor och handledare (I). Vid undervisningsavdelningen förekom i betydligt lägre grad den typ av individuell handledning som sjuksköterskestudenterna var vana vid. Här fördes inga direkta enskilda målsamtal utan syftet med placeringen vid KUA presenterades för samtliga studenter vid ett gemensamt introduktionsmöte där samarbetet i teamen och det självständiga arbetet poängterades. Vid KUA visade handledarna tillit till studentteamens förmåga genom sitt sätt att handleda. Genom att lämna utrymme för studenterna vid ronder, i all patientvård och i kommunikation med anhöriga sattes studentteamen i centrum. Handledarna menade att detta handlingsutrymme och det förtroende som visades teamen skapade förutsättningar för tillit och trygghet

(IV). Ansvarfördelning ter sig därmed som en viktig aspekt av handledning och de förväntningar parterna i handledningsrelationen har på varandra bör tidigt göras explicita. I ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv är det grundläggande, för såväl den som undervisar som för den som lär, att kunna se den andres perspektiv och förstå vad det innebär för den gemensamma relationen och kommande aktiviteter i en undervisningssituation. För att relationen ska fungera är det viktigt att handledare och student är överens om vem som har vilken roll och vad den rollen innebär (Mead 1934; Blumer 1969; Behnia 2008; Charon 2009).

Resultaten från såväl delarbete I som IV korresponderar väl med resultat från Öhrlings (2000) avhandling där betydelsen av den trygga relationen mellan handledare och student har uttryckts som att handledaren skapar ”space for learning” (a.a. s. 39). Öhrling visade hur studenternas upplevelse av att få tillgång till handledarnas tid medförde en känsla av trygghet som stöttade studenternas lärande. Från ett studerandeperspektiv har Löfmark och Wikblad (2001) visat hur brist på tid för handledning upplevdes som ett hinder för studenternas lärande under klinisk utbildning. Tillgång till avsatt tid för handledning visade sig vara problematiskt för sjuksköterskor som handledde i en traditionell handledningsmodell (I-III). De beskrev vid flera olika tillfällen hur tiden för studenterna och handledaruppdraget kändes knapp därför att handledning skulle ske parallellt med ordinarie verksamhet och samtidigt hålla hög kvalitet. Flera tidigare studier (Pulsford m.fl. 2002; Yonge m.fl. 2002; Yonge m.fl. 2005) visar liknande resultat och diskuterar hur vården skulle behöva organiseras på ett sådant sätt att handledande sjuksköterskor kan ha färre patienter eller att ökad bemanning skulle kunna leda till att sjuksköterskor kan avsätta tid specifikt för handledning. Resultatet från delarbete II bidrar till ökad förståelse för tidsaspekten i handledning genom att beskriva hur handledarna själva försökte bemöta det upplevda problemet med tiden. Sjuksköterskorna försökte balansera det kliniska patientnära arbetet med handledarfunktionen genom att skapa tid inom existerande tidsramar. Dessa tekniker kräver en arbetsmiljö som är tillåtande och där samtliga kollegor delar en syn på handledning som en viktig funktion för sjuksköterskor. Gruppen av kollegor utgör bärare av de normer och värderingar som påverkar synen på handledning och handledarskap på avdelningen. De kan därmed beskrivas som *den generaliserande andre* där gruppens attityder kommer att påverka den enskilda handledarens beteende (Mead 1934; Charon 2009).

Ytterligare en effekt av den upplevda tidsbristen beskrev de handledare som inte hade tid avsatt specifikt för handledarskapet (I-III). De beskrev hur de var

medvetna om vikten av reflektion tillsammans med studenten för att stödja studentens lärande men att ordinarie arbete var så pass krävande att det var svårt att avsätta tillräckligt med tid. Schön (1987) argumenterar för hur reflektion tillsammans med studenten under det att en aktivitet pågår eller efter det att aktiviteten är avslutad är en handledningsteknik som kräver kompetens hos den som handleder såväl som tid för att reflektion ska kunna ske. Redan för över tio år sedan argumenterade Pilhammar Andersson (1997) för att var avdelning behövde sjuksköterskor med ett pedagogiskt ansvar och hög pedagogisk kompetens vilket förutsatte att tid var avsatt specifikt för den pedagogiska funktionen. Trots att sjuksköterskans handledande och undervisande funktion nu är tydligt uttalad i kompetensbeskrivningen (SOSFS 2005) är det anmärkningsvärt att handledning fortfarande beskrivs av handledarna som en uppgift de inte kan prioritera. Detta är tankeväckande i rent pedagogiska termer då t.ex. Biggs och Tang (2007) framhåller att det krävs tid för ett fördjupat engagemang i det innehåll som ska läras så att den nya kunskapen kan anpassas till och appliceras i flera olika situationer.

För de sjuksköterskor som handledde i en pedagogisk modell där handledaransvaret var den primära funktionen (IV) diskuterades tid inte i termer av begränsande. Sjuksköterskorna hade tid för handledning vilket inkluderade schemalagd tid för reflektion med studenterna. Reflektionen beskrevs av handledarna som en förutsättning för att kunna möta studenter med teoretisk kunskap som skiljde sig från den egna professionella kunskapen. För dessa handledare var tid även avsatt för regelbunden reflektion om den egna handledarfunktionen, i grupp eller enskilt, med de kliniska lärarna. Återkoppling och utvärdering av sjuksköterskors handledande förmåga rekommenderas även av Altman (2006) som ett led i en kvalitetssäkring av verksamhetsförlagd utbildning. För att den gemensamma aktiviteten i var handledningssituation ska bidra till ökad förståelse och därmed lärande hos studenten (Ramsden 2003) bör handledare därför stöttas i att arbeta medvetet med reflekterande handledning. De kliniska lärarna kan härmed förstås som *signifikanta andra* (Mead 1934; Rock 2001; Charon 2009) då de genom den kontinuerliga återkoppling de gav på sjuksköterskornas handledande funktion gav förslag på hur handledningen kunde utvecklas. På så sätt representerar de kliniska lärarna förebilder för hur handledarskapet kan utövas. Det är därför rimligt att anta att en modell där såväl studenternas som handledarnas behov av och möjligheter till reflektion prioriteras stödjer en utveckling av sjuksköterskors handledande kompetens. Mead (1934) poängterar hur individens självuppfattning, i det här fallet uppfattningen om självet som handledare, är en process som utvecklas i interak-

tion med andra. Med andra ord bör det ligga i såväl vårdverksamheternas som lärosätenas intresse att hitta former för planerade och obligatoriska återkopplings- och reflektionstillfällen för handledande sjuksköterskor.

Självständighet som ett mål för handledning

I avhandlingens resultat går det att urskilja en viss skillnad när det gäller studentens möjligheter att arbeta självständigt då den traditionella handledningsmodellen (I-III) jämförs med handledningsmodellen vid KUA (IV). I den traditionella handledningen skedde en gradvis upptrappning av självständigt arbete där handledare och student först måste ha etablerat en tillitsfull relation. Handledaren var den som beslutade när studenten var mogen att få arbeta självständigt (I-III). De handledare som arbetade på KUA handledde utifrån tanken att studenterna med stöd av teamet skulle arbeta självständigt från början (IV). Detta resultat var inte så förvånande då självständighet i patientvården var en del av syftet med placeringen vid en klinisk utbildningsavdelning vilket även är visat i en studie av Freeth m.fl. (2001). Det självständiga arbetet är en utmaning för studenterna men även en starkt motiverande faktor för att ett lärande ska ske (Ramsden 2003, Biggs och Tang 2007).

Det finns flera troliga skäl till den skillnad som kunde påvisas mellan sjuksköterskornas sätt att överlåta ett ansvar och därmed stötta självständighet. Det första skälet ter sig mest uppenbart. Som tidigare nämnts var självständigt arbete inskrivet i studieguiden för KUA (IV) och lyftes fram som ett gemensamt mål för samtliga studentkategorier. Resultatet visade att handledarnas förhållningssätt i handledningen följaktligen innebar att de använde pedagogiska tekniker som underlättade och stöttade studenternas möjlighet till självständigt arbete. Det andra skälet handlar om hur långt studenterna hade kommit i sin utbildning. Vid avdelningarna där handledning var strukturerad i en mer traditionell form (I-III) handledde sjuksköterskorna studenter från termin två, fem och sex. Det fick till följd att studenterna uppvisade en större variation i de teoretiska kunskaper och kliniska erfarenheter de hade hunnit skaffa sig och påverkade därmed hur mycket självständigt arbete handledarna kunde lämna till studenten. Det tredje tänkbara skälet skulle kunna vara en konsekvens av genomgången handledarutbildning. De handledare som deltog under observationer och i fokusgrupper för delarbete I-III hade i lägre grad genomgått handledarutbildning (10 av 27 individer) jämfört med handledarna i delarbete (IV) där samtliga nio individer hade handledarutbildning. Då det ligger utanför denna avhandling att jämföra innehåll i de handledarutbildningar sjuksköterskorna hade deltagit i är det svårt att dra någon slutsats om

vilka effekter genomgångna handledarutbildningar har haft för sjuksköterskornas handledarkompetens och i förlängningen huruvida detta påverkar studenters lärande.

Det är rimligt att anta att såväl det gradvisa överlämnandet av ett allt större ansvar såväl som möjligheten att redan från början få arbeta självständigt möjliggör studenternas utveckling av en självuppfattning relaterad till den kommande sjuksköterskefunktionen. I den processen kommer handledarna beroende på handledningsmodell anta rollen som *signifikant andre* (I-III) såväl som *generaliserande andre* (IV) för studenterna. I den nära relationen till en enskild student (I-III) blir handledaren den primära förebilden som studenten kan spegla sig i för att skapa mening i erfarna situationer. När sjuksköterskorna handleder ett team av studenter (IV) får sjuksköterskestudenterna möta flera olika handledare från den egna professionen. Gruppen av handledande sjuksköterskor kommer därmed att fungera som en referensgrupp, den *generaliserande andre*, där variationer för hur yrkesfunktionen kan utformas kan bli synliga (Mead 1934; Charon 2009). Handledarnas olika sätt att agera och lösa uppgifter i varje given situation kan enligt Marton och Tsui (2004) stötta studenterna utveckling av handlingskapacitet genom att de har fått möjlighet att uppleva variationer i lärandet.Handledning kan förstås som en delad gemensam aktivitet eller "joint action" (Blumer 1969 s. 70) mellan handledare och student där individernas agerande påverkar och formar betydelsen av det som pågår. Antalet individer som delar en gemensam aktivitet är inte avgörande i sig utan gruppen kan bestå av två personer i en handledar- student relation såväl som flera personer i större grupper av handledare och studenter. Det bör tilläggas att även studentteamen i sig kommer att fungera som generaliserande andre då den enskilde studenten kan spegla sin egen kommande yrkesfunktion i ljuset av de förväntningar och uppfattningar de andra i teamet har kring det yrket.

Yrkessocialisering och kommunikativa symboler

Kommunikation i form av språk, gester och symboliska objekt blir i handledningen grundläggande för att en ömsesidig förståelse ska kunna uppnås mellan handledare och student (Hewitt 2003; Charon 2007).

Resultaten från delarbete III visade hur handledarna använde ett specifikt yrkesspråk eller professionella slanguttryck och hur språket utgjorde tydliga yrkesmarkörer. För studenten är det centralt att förstå betydelse och innebörd i det som kommuniceras av två skäl. Dels för att kunna handla i enlighet med vad som förväntas från handledarens sida dels som ett sätt att passa in i och

bli accepterad som medlem i en specifik yrkesgrupp. Handledaren måste därför förklara vad som utmärker det använda uttrycket eller begreppet och försäkra sig om att studenten förstår innebörden. Därefter kan handledare och student i gemensam överenskommelse använda sig av ett yrkesspråk. Blumer (1969) menar att det är först då gesten eller ordet har en överensstämmande betydelse för aktörerna som förståelse kan uppnås, vilket Ramsden (2003) menar är grundläggande för att lärande ska ske. Halas (2008) går ett steg längre och menar att en grupp endast existerar på grund av ömsesidig förståelse av ett fenomen. Spouse (2001) såväl som Crawford m.fl. (2000) har visat hur ett gemensamt språk var betydelsefullt för att studenter skulle kunna integrera teoretisk och praktisk kunskap. Avhandlingens resultat visade hur språket blev centralt för att illustrera gemensamma upplevelser i vården av patienterna. Genom att handledarna verbaliserade och förtydligade de gemensamma upplevelserna möjliggjordes en integrering av studentens teoretiska kunskap och praktiska färdigheter. Denna kunskap bör användas i handledarutbildningar så att handledare kan bli medvetna om betydelsen av verbal och icke verbal kommunikation i interaktion med studenterna.

Språket var inte den enda symbolen i interaktionen mellan handledare och student. Nycklarna till avdelningarnas medicinskåp och läkemedelsrum var ytterligare ett exempel på ett ansvar som är begränsat till den legitimerade sjuksköterskan (III). På vårdavdelningarna var det aldrig någon tvekan om vilka nycklar som åsyftades då sjuksköterskorna frågade varandra: *"Vem har nycklarna?"* Blumer (1969) beskriver hur ett objekt blir meningsfullt först när aktörerna i en social interaktion tillsammans har definierat dess betydelse. Betydelsen av att tillsammans med handledaren få använda medicinskåpsnycklarna blir meningsskapande i interaktionen som ett sätt för studenten att förstå och identifiera sig med sin kommande yrkesfunktion. När handledare och student talar med varandra om "nycklarna" kan det i en vårdmiljö inte missförstås vilka nycklar man talar om och nycklarna lämnas över nästan rituellt till nästa sjuksköterska mellan arbetspassen.

Medicinska hierarkier beskrevs av handledarna som begränsande för handledarskapet (II, IV) och rondan blev en tydlig symbol för hur hierarkier kunde befästas såväl som brytas ner. I samband med rondan påverkades handledarnas möjligheter att lämna över ett ansvar för rondan till studenten beroende av hur läkarna tog emot studenterna (II). När läkarna bekräftade studenten som en blivande sjuksköterska kunde handledarna ta ett steg bakåt. Studenterna gavs på så sätt möjlighet att utveckla sin yrkesidentitet genom att träna en uppgift i den kommande yrkesfunktionen. Rondan kunde även symbolisera

den medicinska auktoriteten genom att det var en aktivitet som var tvungen att prioriteras och där det egna arbetet fick sättas åt sidan. Resultaten från delarbete II är därmed delvis i linje med de resultat som diskuteras av Skyvell Nilsson (2010) där handledande läkare framhöll för sina studenter hur de skulle förhålla sig kritiska till sjuksköterskors kunskap och därför uppmunttrade ett auktoritärt och hierarkiskt förhållningssätt. Brante (1992) framhåller just läkarkåren som ett exempel på en yrkeskår som framgångsrikt har lyckats vidmakthålla sin dominans gentemot andra professioner. En delvis annorlunda bild presenterades av Ohlsson (2009) där rondens beskrevs som ett forum för antingen reproduktion av medicinska hierarkier eller produktion av lärande och kunskap.

Vid KUA (IV) poängterade handledarna hur de för samtliga studentkategorier framhävde patienternas behov som styrande för beslutsprocessen och introducerade i detta sammanhang begreppet kunskaphierarkier. Sandberg (2009) poängterar att hierarkisk kommunikation inte är lämplig när ett team skall samarbeta kring problem och problemlösning. Istället förordas en kommunikation i teamet som präglas av öppenhet för den ”konstruktiva kontroversen” (s. 226) där samförstånd mellan teamets medlemmar bidrar till problemlösningar när de ingående individernas kompetens tas till vara. Då rondens är ett av de få moment som studenter inte har tränat i metodövningsrum eller vid kliniska träningscentra innan vfu startar läggs ett stort ansvar över på handledarna. Oavsett den modell för handledning som används vid en vård-enhet är det få avdelningar som endast tar emot studenter från ett specifikt utbildningsprogram. Rondens har därför potential att bli ett forum för lärande över yrkesgränser. Barr m.fl. (2005) beskriver tre former av kompetenser som är aktuella för handledare att fokusera när studenter från flera professioner möts. Dessa kompetenser benämns som allmänna kompetenser dvs. kunskaper och färdigheter som delas av alla yrkesgrupper inom teamet. Komplementära kompetenser vilket innebär den yrkesspecifika kompetensen och slutligen behövs samarbetskompetens för att kunna arbeta effektivt tillsammans med andra. Förslagsvis bör därför rondens och hur dess undervisningspotential kan optimeras diskuteras i nära samarbete mellan vårdverksamheter och lärosäten och ges utrymme i såväl grundutbildningsprogram som i handledarutbildningar.

Metodologiska överväganden

Etnografi som forskningsansats är av explorativ karaktär med syfte att undersöka och beskriva någon eller några aspekter av hur individer interagerar med varandra och med den omgivande miljön. Styrkan i avhandlingen är att forskaren har kunnat vara en del av den kultur som har utgjorts av handledande sjuksköterskor i de kontexter där handledning har ägt rum. I avhandlingen har metoder som deltagande observation och intervjuer i grupp såväl som individuellt använts. Metoderna möjliggjorde en längre tids deltagande i sjuksköterskornas vardag i deras funktion som handledare. Den täta kontakten och de informella samtal som fördes med informanterna gav en bred förståelse för handledningens innehåll och dess förutsättningar. De reflektioner och tankar som väcktes i samband med de deltagande observationerna gav uppslag till fortsatta frågeställningar som kunde fördjupas i samtalen med handledare under de mer formella intervjuerna.

Att hantera objektivitet

Som deltagande forskare går det aldrig att bortse från den påverkan interaktion med informanter och miljön kan ha för resultatet. Det bör därför noteras, att då jag har befunnit mig i en för mig välbekant miljö, med största sannolikhet anlagt ett inifrånperspektiv på de observerade situationerna (Labaree 2002; Hammersley och Atkinson 2007). Ett inifrånperspektiv ska förstås som den djupa kunskapen om ett fält en person har genom tidigare erfarenheter av detsamma (Labaree 2002). Kännedom om fältet kan ge ett försprång när analys och tolkning sker. Inifrånperspektivet kan nämligen bidra till insikter och förståelse som är svåra att komma åt för den som kommer utifrån. Men det finns även risker som är förbundna med ett inifrånperspektiv. Labaree (2002) lyfter fram risken att missa nyanser och detaljer som kan driva fältarbetet framåt. Risken kan även vara att forskaren skapar relationer där ett begynnande vänskapsförhållande kan bidra till att forskaren blir en del av den studerade gruppen och därmed förlorar sin objektivitet. Vid ett par tillfällen har framförallt erfarenheterna som sjuksköterska stått i vägen för den objektiva forskarrollen då uppmärksamheten kan ha vänts från interaktionen mellan handledare och student till den uppgift som var i fokus för handledningen. Detta kan ha lett till att viktig information om handledning har förbisetts eftersom fältanteckningar av nödvändighet är selektiva och omfattar det som ter sig signifikant i den situation som studeras (Emerson et al 2001). På så sätt kan representativa händelser ha utlämnats. Funderingar kring hur forskarrollen har hanterats och hur forskningen påverkat forskaren har därför varit

föremål för reflexion i forskargruppen och har på så sätt synliggjort forskarens värderingar kring framväxande sociala relationer och upplevelser under fältarbetet.

Urval och datainsamling

I en etnografisk studie görs urvalet inte enbart grundat i ställningstaganden om de informanter som ska ingå i studien. Urval av kontext som kan vara lämpliga för studiens syfte kräver också ett ställningstagande från forskarens sida. För avhandlingen gjordes en medveten bedömning av kontexten (Patton 2002; Williamson 2006) utifrån aspekten att möjliggöra observationer som kunde ge djup och informationsrik data relaterat till syftet med studien. Avhandlingens resultat speglar också konsekvenserna av detta val såtillvida att variationer i handledning har kunnat lyftas fram då resultaten från delarbete I-III jämförs med delarbete IV. Däremot visar analysen inga variationer när sjuksköterskornas beskrivningar av handledning jämförs mellan de två avdelningar som ingår i delarbete I-III. Detta beror troligen på att avdelningarna är jämförbara i storlek, hur vården och därmed handledningen organiseras samt avdelningarnas inriktning på somatisk vård av vuxna.

Det finns en viss risk för respondent bias i fokusgrupperna för delarbete I-III då det är tänkbart att sjuksköterskor med ett särskilt intresse för och kunskap om handledning valde att delta. Den fjärde fokusgruppen som utgör en del av datainsamlingen för delarbete (I-III) bestod dessutom endast av två handledare. Kitzinger (1994) såväl som Webb (2002) anger en gruppstorlek bestående av 4-10 deltagare som optimal för fokusgruppen, varför denna fjärde grupp får betraktas som alltför liten. Men då detta blev den fjärde intervjun kunde jämförelser ändå göras såväl med de tre föregående grupperna som med de preliminära analyserna av fältanteckningarna. Vid denna jämförelse framträdde återkommande mönster i hur handledarna beskrev handledning och därmed uppstod en känsla av dataöverflöd. Kitzinger (1994) beskriver hur fyra till fem grupper kan vara tillräckligt när man intervjuar en specifik population som i detta fall bestod av handledande sjuksköterskor.

En viktig aspekt som framhålls av Kitzinger (1994) är fokusgruppsintervjuns möjlighet att lyfta fram deltagarnas skillnader såväl som överensstämmelser i de åsikter som framförs. I de fokusgrupper som är genomförda (I-IV) överväger utsagor från handledarna där de är överens med varandra. Dessa utsagor stämmer dessutom väl med de observationer som är gjorda under fältstudierna. För delarbete IV finns det även en samstämmighet med handledarnas berättelser från de individuella intervjuerna. Å ena sidan kan detta ses som

en styrka i studien där valet att använda mer än en metod (Rock 2001; Hammersley och Atkinson 2007) har bidragit till att bekräfta och fördjupa resultatet. Å andra sidan kan överensstämmelserna bero på forskarens förförståelse av handledning och att uppmärksamheten inte i tillräckligt hög grad har varit riktad mot den typ av kommentarer som skulle ha kunnat lyfta fram skillnader eller kontroverser. Detta skulle kunna vara en svaghet i arbetet. Ett sätt att undvika denna problematik hade varit att vid intervjutillfällena vara två forskare (Kidd och Parshall 2000) där den ena tar rollen som moderator och guidar gruppen och den andra tar observatörens roll för att kunna anteckna subtila signaler som kroppsspråk. Detta har dock inte varit möjligt i denna studie och är därför svårt att värdera ytterligare.

Trovärdighet

För kvalitativa studier bör begrepp som trovärdighet och överförbarhet diskuteras för att belysa studiens tillförlitlighet. Trovärdighet beskrivs i termer av hur sann insamlad data upplevs av informanter såväl som av läsare (Lincoln och Guba 1985; Flick 2006; Rolfe 2006). I avhandlingen har trovärdighet eftersträvat på flera sätt. Respondentvalidering användes då informanterna i fokusgrupperna (I-IV) ombads att starta diskussionerna utifrån frågor och begrepp som hade framkommit under de preliminära analyserna av data från fältstudierna. Informanterna var överens om och kunde känna igen sin funktion som handledare i de begrepp som presenterades för dem. I resultaten används även representativa utdrag från fältanteckningar och citat från intervjuer för att påvisa mångfald och trovärdighet (Brewer 2000) i de tolkningar som är gjorda. I de citat som gäller fokusgrupperna har strävan varit att visa den interaktion som har skett i dialogerna mellan informanterna. Användningen av citat har även varit ett sätt att låta informanternas röster bli hörda för att spegla resultatet ur ett emic perspektiv. Detta ansågs vara angeläget eftersom etnografier kännetecknas av beskrivningar av en kultur där det naturligt förekommande språket hos deltagarna bör belysas (Hammersley och Atkinson 2007; Holloway och Todres 2010).

Ytterligare en viktig trovärdighetsaspekt som måste lyftas i sammanhanget är att av de 36 sjuksköterskor som på olika sätt ingått i denna studie har 19 handledarutbildning. Av dessa har 14 sjuksköterskor gått den kurs forskaren undervisar i. Med andra ord skulle det kunna finnas risk för förlorad objektivitet från forskarens sida och en risk för anpassning av svaren från handledarnas sida. I samband med observationer och intervjuer har det endast ställts en fråga relaterad till handledarutbildning och det var huruvida informanterna

hade denna form av utbildning eller ej. Vid jakande svar har det inte ställts följdfrågor om var kursen genomfördes, innehåll i kursen eller övriga frågor relaterade till upplevelsen av handledarutbildning. Under datainsamling och analys har forskaren inte kunnat särskilja beteende eller beskrivningar som skulle kunna härledas till en önskan hos handledarna att handleda ”rätt” på grund av forskarens närvaro. De skillnader i handledning som har illustrerats i resultatet och som främst gäller tillämpning av reflektion i handledningen (IV) är snarare ett utslag av den pedagogiska modell som används vid KUA.

Överförbarhet behandlar frågan huruvida resultat kan överföras till liknande områden utan krav på generaliserbarhet (Carter och Porter 2000, Rock 2001). Lincoln och Guba (1985) menar att frågan om överförbarhet innebär ett ställningstagande hos läsaren huruvida den beskrivna kontexten är så tydlig att resultaten kan förstås och kännas igen även i andra miljöer. Intentionen för denna avhandling har varit att så tydligt som möjligt beskriva de kontexter där studien har skett så att läsaren ges möjlighet att bedöma studiens överförbarhet.

KONKLUSION

- Handledning sker i en lärandemiljö där handledarna strävar efter att skapa en trygg och tillitsfull relation med studenten.
- Handledarna betonar vikten av att använda ett reflekterande förhållnings-sätt i handledning av studenter.
- Handledande sjuksköterskor handleder individuellt och yrkesspecifikt såväl som i grupp och teamorienterat. Detta ställer stora krav på pedagogisk förmåga hos handledarna.
- Handledning som funktion och relation kräver tid. I samarbete mellan vårdverksamheter och lärosäten bör organisation av handledning diskuteras så att tid kan avsättas för sjuksköterskornas handledande funktion.
- Handledning vid specifika utbildningsavdelningar ter sig ur ett pedagogiskt perspektiv som ett viktigt komplement till handledning vid avdelningar med en mer traditionell handledningsorganisation.
- Handledningsbegreppet i verksamhetsförlagd utbildning kan härmed definieras som följer:

Handledning är en interaktiv process i en trygg och tillitsfull relation mellan handledare och student. Handledaren ska kunna stödja studenternas förmåga att omsätta generaliserad formell teoretisk kunskap till individrelaterade problem i en specifik vårdkontext. Handledning som pedagogisk process omfattar därmed planering och nivå anpassning, tillämpning av handledningsstrategier samt utvärdering och bedömning.

IMPLIKATIONER FÖR UTBILDNING OCH FORSKNING

Avhandlingens resultat har visat att det med all sannolikhet krävs fortsatta diskussioner i vårdverksamheten såväl som vid lärosätena hur handledning, som en del i sjuksköterskans yrkeskompetens, ska kunna prioriteras och organiseras på ett sådant sätt att tid avsätts specifikt för handledning.

I avhandlingen har jämförelser gjorts mellan en mer traditionell handledningsmodell och handledning vid en klinisk utbildningsavdelning. Vad studien däremot inte kan svara på är vilka effekter dessa två handledningsmodeller får för studenternas lärande och beredskap för en kommande yrkesverksamhet. I litteraturen tycks det som om det generellt finns få utvärderings- och effektstudier av handledning. Ellis och Hogard (2003) beskriver utvärdering av klinisk kompetens hos sjuksköterskestudenter efter intensifierad handledning. Studenterna själva upplevde ökad klinisk kompetens men då det saknades tillförlitliga och objektiva instrument för att bedöma klinisk kompetens var slutsatsen att fortsatta studier som utvärderar effekten av den kliniska utbildningen genom att använda sig av t.ex. kliniska slutexaminationer⁹ var av intresse. Grundat på föreliggande avhandlings resultat föreslås därför att interventionsstudier som fokuserar effekter av den traditionella handledningsmodellen avseende studentens beredskap och kompetens för det kommande yrket är av vikt.

När det gäller interprofessionell utbildning presenterar Reeves m.fl. (2009) i en Cochrane rapport en översikt av studier som beskriver effekter av sådan utbildning. Endast sex studier föll inom studiens inklusionskriterier. Det visa-

⁹ I artikeln av Ellis & Hogard (2003) används den engelska beteckningen OSCE vilket står för Objective Structured Clinical Examination

de sig att de inkluderade studierna var alltför diversifierade i sin organisation av interprofessionell utbildning och för begränsade i sitt urval av deltagare. Därmed kunde inga konklusioner eller generella rekommendationer göras (a.a.). Framtida forskning behöver därför fokusera på vilka långsiktiga utbildningseffekter denna typ av pedagogisk modell har för studenterna avseende såväl yrkeskompetens som förmågan att arbeta i yrkesöverskridande team.

I avhandlingen speglar resultaten handledning vid en klinisk utbildningsavdelning där patienterna framförallt vårdades för somatiska sjukdomar av studenter som hade kommit långt i sin utbildning. Fokus för fortsatt forskning och utveckling föreslås därför vara huruvida KUA kan implementeras i andra typer av klinisk verksamhet såsom psykiatrisk vård, primärvård och kommunal vård och om detta kan ske tidigare i de olika programutbildningarna.

Avhandlingen har endast beskrivit handledande sjuksköterskors erfarenhet av att handleda studentteamen. Detta perspektiv bör i fortsatt forskning inkludera samtliga handledares erfarenheter i relation till studentteamen. Ytterligare en intressant aspekt är vilken betydelse handledarteamet har för utveckling av handledarkompetens och yrkesidentitet för de handledare som ingår i teamet.

Kanhända har patientens betydelse för handledning och interaktion med handledare och student varit alltför osynlig i avhandlingen. Det är troligt att patienten och dennes närstående har stor betydelse för innehåll i handledning och förutsättningar för hur handledning kan ske och detta är ett intressant och viktigt område för vidare forskning.

Handledarna beskriver även hur de uppfattar stöd och återkoppling från de kliniska lärarna som utvecklande för handledarkompetens. Det innebär att ett intressant fokus för fortsatt forskning och utveckling av vfu är hur den typen av kompetensutveckling kan ske i nära samarbete mellan vårdverksamhet och lärosäte.

Det bör även ske en utveckling av handledarutbildningar så att de kan erbjudas på avancerad nivå och fördjupa deltagarnas kunskaper om ämnen som reflektion, kritiskt tänkande, kommunikation och pedagogik. Av detta följer dock att nuvarande handledarutbildningar bör utvärderas med avseende på vilka effekter utbildningen har för handledares pedagogiska kompetens och i förlängningen vilka effekter detta ger för studenters lärande under vfu.

ENGLISH SUMMARY

Nurse education has undergone major changes during the last three decades, internationally as well as nationally. It is assumed that new and different nursing competencies will be needed in a rapidly changing society. This implies that undergraduate nursing education will have to address issues like life long learning and problem solving skills, and provide students with cognitive and interpersonal tools to support this process. Clinical education, where clinical nurses precept students in a one-to-one relation preparing them for their coming profession, seems to be a significant part for this process to occur. To a much lesser extent, nurses also participate as preceptors for students from divergent professions at clinical training wards during interprofessional education. For all the above reasons, nurses need to be prepared to precept students entering clinical practice with different knowledge and skills. Preceptorship also entails for nurses to create a learning climate where students are given opportunities to merge theoretical and practical knowledge as a mean to develop professional competence. In addition, precepting usually takes place in the stressful and demanding area of a clinical setting. Therefore, nurses' precepting function and the conditions influencing precepting will be vital to ensure a high academic standard throughout the entire undergraduate nurse education programme.

During precepting, two main models seem to be dominating, the role model and the reflective model. Role modelling is a form of situated learning where the novice nurse or student learns by observing and imitating a senior nurse or preceptor. Reflective precepting implies the continuous use of reflective dialogue between preceptor and student enabling the development of critical thinking and problem solving skills. The implication for precepting nurses is that they need to balance between these models as a mean to support theoretic-

cal, practical and ethical learning enabling nursing students to develop professional knowledge and identity.

Earlier studies have addressed some of the challenges nurses encounter while precepting. Nurses usually have to balance clinical and educational responsibilities, and precepting has to be managed without allocated time for precepting. Collegial support as well as support from managers and clinical teachers has previously been discussed as some further issues challenging the preceptor role. This can lead to nurses experiencing precepting as a stressful burden.

The overall aim was to describe content of and conditions for nurses' precepting function during clinical practice within the undergraduate nurse education programme. More specifically the aim was:

- To describe which strategies and techniques preceptors use to teach undergraduate nursing students during clinical practice.
- To describe under what conditions precepting takes place in a clinical context from the perspective of precepting nurses.
- To describe how preceptors mediate nursing as a profession to undergraduate nursing students during clinical practice.
- To describe nurses' experiences of precepting interprofessional team of students at a clinical training ward.

This was an ethnographic study guided by symbolic interactionism. The perspective of symbolic interactionism focuses on interaction between actors and the activities that emerge from interaction. The perspective implies the use of a methodology where the researcher needs to share the lives of a studied group. Hence, in line with the ethnographical approach, participant observation and interviews were the main means of data collection. Field studies have been conducted at two somatic wards where 13 preceptors were observed for 120 hrs (I-III), and eight preceptors were observed for 50 hrs (IV) at a clinical training ward. In addition; 20 preceptors took part in focus group interviews (I-III = 4+4+6+2, IV=4). Furthermore; nine preceptors have been individually interviewed (IV). Participants were purposively selected and represent nurses from a variety of clinical specialities. Their professional experience varied between 1½-14 years (I-III) and 4-10 years (IV). Before the onset of field work, several information meetings were held with all staff to assure that every one was well informed of the study. All participants were given written informa-

tion so that they could make an informed decision about participating or not, hence informed consent was obtained.

During field work, extensive field notes have been recorded, covering aspects of precepting activities between nurses and student nurses (I-III) as well as between nurses and student teams (IV). Interviews were conducted using a digital recorder. All interviews have been transcribed per verbatim. During the analysis process, transcribed text from field notes and interviews were read repeatedly as a whole, and each tape was listened through several times. As the analysis proceeded, meaning units could be sorted into coded subcategories, the meaning of each subcategory explained and clarified, and in line with the tradition of naturalistic inquiry main categories were developed inductively.

Findings showed that precepting was a continuous process during which preceptors used several teaching techniques, cognitive as well as perceptual. Precepting was also described by the nurses to be built on trust and respect (I, IV). Preceptors mostly mediated a content of medical and technical character performed as practical skills. Being proficient and confident when performing these tasks were considered to be central for nurses, and preceptors were aware that students were apprehensive of not having practiced enough practical skills. However, preceptors also stressed the caring aspect and described how they supported students in understanding possibilities and limitations of their coming profession (III). In addition, findings illustrated how the preceptors strived for a development of professional identity in their students (III, IV) by encouraging students to reflect on what they may do independently as nurses.

Supportive organizational routines, cooperation with colleagues and between clinical and educational settings were also shown to enable preceptorship. Time or rather lack of time was the main limitation for precepting nurses as precepting was parallel to ordinary clinical duties. At an organizational level preceptor tried to find time within the system, as work demands and patient care needed to be prioritized. Strategies were illustrated as organizations allowing for fewer patients while precepting or having extra staff during times with extensive precepting. Time on the relational level should be understood as time related to cooperation with others in order to enable precepting. Delegating to colleagues could be one way, another way was having an understanding between colleagues that precepting took time which created a learning environment supportive to both preceptors and students. Time on an individual level illustrated the individual experience of time and its effect upon

precepting (quality and willingness to precept) as narratives described feelings of stress and inadequacy (II). At the clinical training ward (CTW), where the precepting function was the primary responsibility for the nurses, time was not discussed as a limiting condition (IV). Being a CTW preceptor facilitating team of students rather than the individual student was described as a purposeful and strategic choice made by the nurses. This career choice allowed for a focus on precepting, student learning and enhancing collaboration between students from different professional and educational back grounds. However, to achieve true team work and collaboration, preceptors stressed the importance of reducing hierarchical barriers. Traditional medical hierarchies were viewed as a hindrance to collaboration and efficient patient care. Preceptors strived to contribute to a knowledge hierarchy by making the different knowledge domains and professional responsibilities visible and understandable to students (IV).

The chosen ethnographic approach enabled explorative research aiming for deep descriptions of cultural interactions within groups of precepting nurses. Nevertheless; the researcher has most likely, as a participant observer, had an impact upon the groups and the individuals being studied. In addition; as the field studies have been conducted in a familiar context the stance of an insider has probably been taken. The insider perspective gives immediate access to codes and language used, enabling deep understanding of the group. However, there are certain risks with being an insider as the familiarity might cloud the exploration of nuances and details. The role as a researcher has thus balanced between 'going native' and 'going observationalist'. Reflexivity, made possible by thorough writing of reflective notes throughout the research, has been used as the tool to understand the role as a researcher as well as the emerging findings.

Credibility was ensured in several steps. The first step was by using data from both field work and interviews, inferences from different sources were hence checked and compared. Another step taken was respondent validation, when a summary of preliminary findings from the field work was presented to the focus groups as a starting point for the discussions. Participating nurses agreed and recognized that the findings presented an accurate picture of their practices as preceptors. The last step taken was a presentation of representative excerpts from field notes and quotes from interviews. For the focus group interviews effort has been made to visualize interaction between preceptors and how that guided their responses. Effort has been taken to describe the re-

searched context in such a way that the question of transferability can be decided by the reader of this thesis.

This thesis has illuminated the complexity of the precepting function for nurses. To precept students during their clinical training, calls for pedagogical competence and sufficient time allocated for precepting. This implies that continuous collaboration between all stakeholders involved in clinical practice is needed to ensure a nursing education that fulfils the demands of an academic programme.

TACK

En avhandling kommer inte enbart till genom träget arbete från en i omgångar hårt arbetande doktorand. Jag vill därför rikta mitt djupt kända tack till alla er som på skilda sätt har varit delaktiga.

Min huvudhandledare Professor Ewa Pilhammar, en större kunskapskälla när det gäller metod och ämne får man leta efter. Med ditt trygga ”Jajamensan” har arbetet seglat fram.

Min handledare Christine Wann- Hansson, vars dörr alltid har stått öppen när arbetet har tett sig lätt såväl som tungt, med din klarsynthet har du lotsat mig framåt.

Docenterna Febe Friberg och Ingrid Bolmsjö – som vid mittseminariet stimulerade till intressanta diskussioner att fortsätta navigera efter.

Professor Ewa Idvall som vid slutgranskningen ställde frågor som öppnade upp för fortsatta tankar.

Kloka doktorandkollegor i Malmö såväl som i Göteborg för konstruktiv kritik och vänskap. Ett särskilt tack till Anna Carlsson, Hafrún Finnbógdadóttir, Magdalena Gershater och Gabriella Isma för allt vi har delat dessa år.

De ovärderliga nyckelpersoner som har öppnat alla tänkbara dörrar: Mirela Listov, Ingrid Lidén, Birgitta Henningsson, Marie Stenberg, Anna-Karin Wahn, Henrik Elg, Elisabeth Hansson och Monica Guné.

Alla generösa sjuksköterskor och studenter som med öppna och nyfikna sinnen lät mig följa med under stora som små handledningssituationer.

Min kollega och vän Marianne Kisthinos för din aldrig sviktande tro på mig.

Kollegor vid enheten för omvårdnad för uppmuntran och nyfikenheten om hur det går. Tack det gick bra.

Fakulteten för Hälsa och Samhälle som genom välplanerade tjänster gör doktorandlivet lite enklare.

Personalen vid biblioteken Hälsa och Samhälle och Orkanen för ert outtröttliga arbete med att ta fram långväga artiklar och böcker i en aldrig sinande ström. Tack till Maria Brandström på Orkanen för alla ”marginaljusteringar”.

Tack till Svensk sjuksköterskeförening och Gyllenstiernska Krapperupsstiftelsen vars ekonomiska bidrag har gett mig möjlighet att presentera mina resultat internationellt.

För klokskap utanför det strikt akademiska, riktar jag ett kärleksfullt tack till min mamma Mona och Lars, och till min syster Agneta med familj. En särskild tanke *in memoriam* till min mormor Edit som ofta sa ”Klart att flickor ska ha en utbildning” Nu har jag det.

Mitt allt och min glädje, Lennart och vår Marcus. Det finns inga ord som täcker ert stöd och er kärlek. Utan er ingenting.

REFERENSER

- Agar M. (2008). *The Professional Stranger. An Informal Introduction to Ethnography* 2nd ed. San Diego CA. Academic Press.
- Altman T. (2006). Preceptor Selection, Orientation, and Evaluation in Baccalaureate Nursing Education. *International Journal of Nursing Scholarship* 30 (1), 1-16.
- Andersson E. (1993). The perspective of student nurses and their perceptions of professional nursing during the nurse training programme. *Journal of Advanced Nursing* 18 (5), 808-815.
- Armstrong N. (2008). Role modelling in the clinical workplace. *British Journal of Midwifery* 16 (9), 596-603.
- Atkinson P, Pugsley P. (2005). Making sense of ethnography and medical education. *Medical Education* 43 (9), 874-882.
- Bandura A.(1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs N.J. Prentice Hall Cop.
- Barr H (ed), Koppel I, Hammick M, Reeves S, Freeth D. (2005). *Effective Interprofessional Education*. Blackwell Publishing Ltd
- Beach D. (1995). *Making Sense of the Problems of Change*. Göteborg Studies in Educational studies 100. Acta Universitatis Gothoburgensis. (Doktorsavhandling).
- Beck J, Young M F D. (2005). The assault on the professions and the restructuring of academic and professional identities: a Bernsteinian analysis. *British Journal of Sociology of Education* 26 (2), 183-197.
- Behnia B. (2008). Trust Development: A Discussion of Three Approaches and a Proposed Alternative. *British Journal of Social Work* 38 (7), 1425-1441.
- Bentling S. (1995). *Sjuksköterskeprofessionen. Vetenskapliga ideér och kunskapsutveckling*. Stockholm. Liber.
- Berg B. (2004). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (5th ed). Boston Mass. Pearson. Allen and Bacon.

- Biggs J, Tang C. (2007). *Teaching for Quality Learning at University*. (3rd ed). Maidenhead. Mc Graw-Hill. Society for Research into Higher Education and Open University Press.
- Bisholt B. (2009). *Nyutexaminerade sjuksköterskors yrkessocialisation – erfarenheter av ett introduktionsprogram*. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska Akademien Göteborgs Universitet. Doktorsavhandling.
- Blumer H. (1954). What is Wrong with Social Theory? *American SOCIOLOGICAL Review* 19 (1), 3-10.
- Blumer H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Berkely and Los Angeles, California. University of California Press.
- Brante T. (1988). Sociological Approaches to the Professions. *Acta Sociologica* 31 (2), 119-142.
- Brante T. (1992). Expert Society, The Origins and Development of Professions in Sweden. *Studies of Higher Education and Research* 1992:2, 1-29
- Brewer J. (2000). *Ethnography*. Buckingham. Open University Press.
- Carlström E, Berlin J. (2004). Boken om team. En kunskapsöversikt om team och teamarbete inom hälso- och sjukvården. Stockholm. Landstingsförbundet.
- Carmnes U-B. (2000). Klinisk/tillämpad utbildning ur studenters och handledares perspektiv. Om mästergesällärande och högskolemässighet i vård- och sociala omsorgsutbildningar. Högskoleverkets rapport 2000.
- Carter D, Porter S. (2000). Validity and reliability. I Cormack D (ed.) *The Research Process in Nursing* (4th ed). London. Blackwell Science.
- Charon J. (2009). *Symbolic Interactionism. An Introduction, An Interpretation, An Integration* (10th ed.). Prentice Hall.
- Chekol I-M. (2003). *Handledning som undervisningsform i sjuksköterskeprogrammets praktik- en beskrivning av variation i innebörd*. Lund. Lunds Universitet. Doktorsavhandling.
- Clark P G. (2009). Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice. *Journal of Interprofessional Care* 23 (3), 213-223.
- Cooper H, Carlisle C, Gibbs T, Watkins C. (2001). Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 35 (2), 228-237.
- Council Directive 77/453/EEC Concerning the coordination of provisions laid down by law, regulation or administrative action in respect of the activities of nurses responsible for general care. <http://www.eur.lex.europa.eu> 2010-04-06.

- Council Directive 89/594/EEC Concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of the former qualifications of nurses responsible for general care. <http://www.eur.lex.europa.eu> 2010-04-06.
- Crawford M J, Dresen S E, Tschikota S E. (2000). From 'getting to know you to soloing': The preceptor – student relationship. *Nursing Times Research* 5 (1), 5-19.
- Deegan M J. (2001). The Chicago School of Ethnography. I Atkinson P, Coffey A, Delamont S, Lofland J, Lofland L. (ed). *Handbook of Ethnography*. London. SAGE.
- Dolch N A. (2003). Role. I Reynolds L, Herman-Kinney N. (ed). *Handbook of Symbolic Interactionism*. Walnut Creek CA. AltaMira Press.
- Ehrenberg A C, Häggblom M. (2007). Problem-based learning in clinical nursing education: Integrating theory and practice. *Nurse Education in Practice* 7 (2), 67-74.
- Ellis R, Hogard E. (2003). Two deficits and a solution? Explicating and evaluating clinical facilitation using consultative methods and multiple stakeholders' perspectives. *Learning in Health and Social Care* 2 (1), 18-27.
- Emerson R M, Fretz R I, Shaw L. (1995). *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago and London. The University of Chicago Press.
- Emerson R, Fretz R, Shaw L. (2001). Participant Observation and Fieldnotes. I Atkinson P, Coffey A, Delamont S, Lofland J, Lofland L. (ed). *Handbook of Ethnography*. London. SAGE.
- Eraut M. (1994). *Developing Professional Knowledge and Competence*. London. The Falmer Press.
- Fagerberg I, Kihlgren M. (2001). Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation. *Journal of Advanced Nursing* 34 (1), 137-145.
- Fangen K. (2005). *Deltagande observation*. Stockholm. Liber.
- Flick U. (2006). *An introduction to qualitative research*. (3rd edition). London. SAGE Publications.
- Freeman T. (2006). 'Best practice' in focus groups: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing* 56 (5), 491-497.
- Freeth D, Reeves S, Goreham C, Parker P, Haynes S, Pearson S. (2001). 'Real life' clinical learning on an interprofessional training ward. *Nurse Education Today* 21 (5), 366-372.
- Gedda B. (2001). Den offentliga hemligheten. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet. Göteborg. Acta Universitatis Gothoburgensis. Doktorsavhandling.

- Glaser B, Strauss A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine. New York.
- Goldenberg D, Iwasiw C. (1993). Professional socialisation of nursing students as an outcome of a senior clinical preceptorship experience. *Nurse Education Today* 13 (1), 3-15.
- Goldie J, Dowie A, Cotton P, Morrison J. (2007). Teaching professionalism in the early years of a medical curriculum: a qualitative study. *Medical Education* 41 (6), 610-617.
- Grahn G. (1987). *Educational Situations in Clinical Settings. A Process Analysis*. Uppsala. Uppsala Universitet, Pedagogiska Institutionen. Doktorsavhandling.
- Halas E. (2008). Social Symbolism: Forms and Functions. I Denzin N.(ed) *Studies in Symbolic Interactionism. Vol. 30*. Emerald Group Publishing Ltd. E-book.
- Hallin K. (2009). ATT VARA SJUKSKÖTERSKA. En studie av sjuksköterskeprofessionen avseende omvårdnad, handledning och utveckling. Östersund, Mittuniversitetet. Institutionen för hälsovetenskap. Doktorsavhandling.
- Hammersley M, Atkinson P. (2007). *Ethnography - Principles in Practice* 3rd ed. London och New York. Routledge.
- Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME guide no.9. *Medical Teacher* 29 (8), 735-751.
- Herman-Kinney N, Verschaeve J. (2003). Methods of Symbolic Interactionism I Reynolds, L., Herman-Kinney, N. (ed) *Handbook of Symbolic Interactionism* Walnut Creek CA. AltaMira Press.
- Hewitt J P. (2003). Symbols, Objects and Meanings. I Reynolds L, Herman-Kinney N. (ed) *Handbook of Symbolic Interactionism*. Walnut Creek CA. AltaMira Press.
- Hinds R, Harley J. (2001). Exploring the experiences of beginning registered nurses entering the acute care setting. *Contemporary Nurse* 10 (1), 110-116.
- Hodgson I. (2000). Ethnography and Health Care: Focus on Nursing. *Forum Qualitative Socialforschung/ Forum Qualitative Social Research* 1 (1), Art. 7.
- Holloway I, Todres L. (2010). The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative Research* 3 (3), 345-357.
- HSFR (1990). Forskningsetiska principer för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Vetenskapsrådet.
- Hylin U, Nyholm H, Mattiasson A-C, Ponzer S. (2007). Interprofessional training in clinical practice on a training ward for healthcare students: A two year follow-up. *Journal of Interprofessional Care* 21 (3), 277-288.

- Hyrkäs K, Shoemaker M. (2007). Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role. *Journal of Advanced Nursing* 60 (5), 513-524.
- Högskoleförordningen 1993:100, reviderad 2006:1326
- Högskolelagen 1992: 1 434
- ICN. (2000). International Council of Nurses. Etisk kod för sjuksköterskor. Stockholm. Svensk Sjuksköterskeförening.
- Jackson D, Mannix J. (2001). Clinical nurses as teachers: insight from students of nursing in their first semester of study. *Journal of Clinical Nursing* 10 (2), 270-277.
- Jacobsen F, Fink A-M, Marcussen V, Larsen K, Bæk Hansen T. (2009). Interprofessional undergraduate clinical learning: Results from a three year project in a Danish Interprofessional Training Unit. *Journal of Interprofessional Care* 23 (1), 30-40.
- Jeffrey B, Troman G. (2004). Time for ethnography. *British Educational Research Journal* 30 (4), 535-548.
- Jeffrey B. (2006). Creative teaching and learning: towards a common discourse and practice. *Cambridge Journal of Education* 36 (3), 399-414.
- Jerlock M, Falk K, Severinsson E. (2003). Academic nursing education guidelines: Tool for bridging the gap between theory, research and practice. *Nursing and Health Sciences* 5 (3), 219-228.
- Josefson I. (1991). KUNSKAPENS FORMER. Det reflekterade yrkeskunnandet. Malmö. Carlssons Bokförlag.
- Kaviani N, Stilwell Y. (2000). An evaluative study of clinical preceptorship. *Nurse Education Today* 20 (3), 218-226.
- Kidd P S, Parshall M B. (2000). Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical Rigor in Focus Group Research. *Qualitative Health Research* 10 (3), 293-308.
- Kitzinger J. (1994). The methodology of Focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness* 16 (1), 103-121.
- Kitzinger J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ* 311, 299-302.
- Knowles M S. (1975). *Self directed learning: a Guide for Learners and Teachers*. Englewood Cliffs N J, Cambridge Adult Education cop.
- Labaree R V. (2002). The risk of 'going observationalist': negotiating the hidden dilemmas of being an insider participant observer. *Qualitative Research* 2 (1), 97-122.
- Lambert S D, Loiselle C G. (2008). Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *Journal of Advanced Nursing* 62 (2), 228-237.

- Lauvås P, Handal G. (2001). *Handledning och praktisk yrkesteori*. Lund. Studentlitteratur.
- Lave J, Wenger E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press
- Lincoln Y S, Guba E G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverley Hills, California. SAGE Publications.
- Lindberg-Sand Å. (1996). SPINDELN I KLISTRET. Den kliniska praktikens betydelse för utveckling av yrkeskompetens som sjuksköterska. Lund. Lunds universitet. Pedagogiska Institutionen. Doktorsavhandling.
- Loconto D G, Jones-Pruett D L. (2006). The Influence of Charles A. Ellwood on Herbert Blumer and Symbolic Interactionism. *Journal of Classical Sociology Vol 6 (1)*, 75-99.
- Löfmark A, Wikblad K. (2001). Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *Journal of Advanced Nursing 34 (1)*, 43-50.
- Marton F, Trigwell K. (2000). Variatio Est Mater Studiorum. *Higher Education Research development 19 (3)*, 381-395.
- Marton F, Tsui A. (2004). *Classroom Discourse and the Space of Learning*. Lawrence Erlbaum Associates.
- McAllister M, Tower M, Walker R. (2007). Gentle Interruptions: Transformative Approaches to Clinical Teaching. *Journal of Nursing Education 46 (7)*, 304-312.
- Mead G H. (1934). *Mind, Self & Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Edited and with an Introduction by Charles W. Morris. The University of Chicago Press. Chicago and London.
- Melia K. (1984). Student nurses' construction of occupational socialisation. *Sociology of Health and Illness 6 (2)*, 132-151.
- Meltzer B N. (2003). Mind. I Reynolds L, Herman-Kinney N. (ed) *Handbook of Symbolic Interactionism* Walnut Creek CA. AltaMira Press.
- Merton R K. (1968). *Social theory and Social structure* (enl. ed.). New York. The Free Press.
- Mogensen E, Elinder G, Widström A-M, Winbladh B. (2002). Centres for Clinical Education (CCE): Developing the Health Care Education of Tomorrow – A Preliminary Report. *Education for Health 15 (1)*, 10-18.
- Mooney M. (2007). Professional socialization: The key to survival as a newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Practice 13 (2)*, 75-80.

- Morison S, Boohan M, Jenkins J, Moutray M. (2003). Facilitating undergraduate interprofessional learning in healthcare: comparing classroom and clinical learning for nursing and medical students. *Learning in Health and Social Care* 2 (2), 92-104.
- Murphy E, Dingwall R. (2001). The Ethics of Ethnography. I Atkinson P, Coffey A, Delamont S, Lofland J, Lofland L. (ed). *Handbook of Ethnography*. London. SAGE.
- Oandasan I, Reeves S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care* Supplement 1: 21-38.
- Ohlsson U. (2009). Vägen in i ett yrke – en studie av lärande och kunskapsutveckling hos nyutbildade sjuksköterskor. Örebro Studies in Education 26. Örebro universitet. Doktorsavhandling.
- Patton M. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. (3rded). London. SAGE Publications.
- Pellatt G. (2002). Ethnography and reflexivity: emotions and feelings in fieldwork. *Nurse Researcher* 10 (3), 28-37.
- Pilhammar Andersson E.(1991). *Det är vi som är dom. Sjuksköterskestuderandes föreställningar och perspektiv under utbildningstiden*. Göteborg. Acta Universitatis Gothoburgensis. Doktorsavhandling.
- Pilhammar Andersson E. (1996). *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet – en jakt efter ledtrådar*. Lund. Studentlitteratur.
- Pilhammar Andersson E. (1997). *Handledning av sjuksköterskestuderande i klinisk praktik*. Göteborg Studies in Educational studies 116. Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Polanyi M. (1983). *The tacit dimension*. Gloucester Mass. Peter Smith
- Pulsford D, Boit K, Owen S. (2002). Are mentors ready to make a difference? A survey of mentors' attitude towards nurse education. *Nurse Education Today* 22(6), 439-446.
- Ramavtal för verksamhetsförlagd utbildning Region Skåne 2008-01-01.
- Ramsden P. (2003). *Learning to teach in higher education*. (2nded). London and New York. Routledge Falmer.
- Ramsden P, Prosser M, Trigwall K, Martin E. (2007). University teachers' experience of academic leadership and their approaches to teaching. *Learning and Instruction* 17 (2), 140-155.
- Reeves S, Freeth D. (2002). The London Training Ward: an innovative interprofessional learning initiative. *Journal of Interprofessional Care* 16 (1), 41-52.

- Reeves S, Freeth D, McCrorie P, Percy D. (2002). 'It teaches you what to expect in future : interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy and physiotherapy students. *Medical Education* 36 (4), 337-344
- Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. (2009). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (review). *The Cochrane Library Issue 4, The Cochrane Collaboration*, John Wiley and Sons Ltd.
- Reid B. (1994). The Mentors' Experience – A Personal Perspective. I Palmer A, Burns S, Bulman C. (Ed). *Reflective Practice in Nursing. The Growth of the Professional Practitioner*. London. Blackwell Science Ltd.
- Rock P. (2001). Symbolic Interactionism and Ethnography. I Atkinson P, Coffey A, Delamont S, Lofland J, Lofland L. (ed) *Handbook of Ethnography*. London. SAGE.
- Rolfe G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing* 53 (3), 304-310.
- Rush K, McCracken B, Talley C. (2009). Nursing students' self-perception as insiders in the practice culture. *Nurse Education in Practice* 9 (5), 314-321.
- Sandberg H. (2009). Det godaste teamet. I Berlin J, Carlström E, Sandberg H (red.) *Team i vård, behandling och omsorg. Erfarenheter och reflektioner*. Lund. Studentlitteratur.
- Schön D. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Fransisco CA. Jossey-Bass.
- Shaffir W, Pawluch D. (2003). Occupations and Professions. I Reynolds L, Herman-Kinney N. (ed). *Handbook of Symbolic Interactionism*. Walnut Creek CA. AltaMira Press.
- Skyvell Nilsson M. (2010). *Nu är det du som är doktor, nu är det du som bestämmer. Studier av yrkeskunnandets utveckling och manifestation hos studenter och läkare*. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet. Doktorsavhandling.
- Smit B, Fritz E. (2008). Understanding teacher identity from a symbolic interactionist perspective: two ethnographic narratives. *South African Journal of Education* 28 (1), 91-101.
- Sohlberg P, Sohlberg M. (2002). *Kunskapens former. Vetenskapsteori och forskningsmetod*. Stockholm. Liber.
- SOSFS. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Spitzer A, Perrenoud B. (2006). Reforms in Nursing Education Across Western Europe: Implementation Process and Current Status. *Journal of Professional Nursing* 22(3), 162-171.

- Spouse J. (2001). Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of Advanced Nursing* 33 (4), 512-522.
- Spradley J. (1980). *Participant Observation*. Holt, Rinehart and Winston. New York.
- Teekman B. (2000). Exploring reflective thinking in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 31 (5), 1125-1135.
- Usher K, Nolan C, Reser P, Owens J, Tollefson J. (1999). An exploration of the preceptor role: preceptors' perception of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. *Journal of Advanced Nursing* 29 (2), 506-514.
- Van Manen J. (1988). *Tales of the Field*. Chicago. The University of Chicago Press.
- Wahlström O, Sanden I. (1998). Multiprofessional training ward at Linköping University: early experience. *Education for Health: Change in Learning and Practice* 11 (2), 225-231.
- Webb C, Kevern J. (2001). Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 33 (6), 798-805.
- Webb B. (2002). Using focus groups as a research method: a personal experience. *Journal of Nursing Management* 10 (1), 27-35.
- Williamson K. (2006). Research in Constructivist Frameworks Using Ethnographic Techniques. *Library Trends* 55 (1), 83-101.
- Yonge O, Krahn H, Trojan L, Reid D, Haase M. (2002). Being a preceptor is stressful. *Journal for Nurses in Staff Development* 18 (1), 22-27.
- Yonge O, Myrick F, Ferguson L, Luhanga F. (2005). Promoting Effective Preceptorship Experiences. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society* Nov-Dec 32 (6), 407-412.
- Yonge O, Billay D, Myrick F, Luhanga F. (2007). Preceptorship and Mentorship: Not Merely a Matter of Semantics. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 4 (1), Article 19, 1-13.
- Öhrling K. (2000). *Being in the Space for Teaching- and - Learning. The Meaning of Preceptorship in Nurse Education*. Luleå. Luleå tekniska universitet, Institutionen för Lärarutbildning. Doktorsavhandling.

BILAGOR

Bilaga 1 Frågeguide delarbete I-III - fokusgrupper

Bilaga 2 - Frågeguide delarbete IV – individuella intervjuer

Bilaga 3 - Frågeguide delarbete IV – fokusgrupp

FRÅGEGUIDE – FOKUSGRUPPER (I-III)

- **Hur gör man när man handleder?**
- Hur tänker ni kring det innehåll som ska läras ut?
- Hur planerar man inför sin handledningsperiod?
- Vad underlättar er handledning?
- Vad försvårar er handledning?

Bilaga 2

FRÅGEGUIDE – INDIVIDUELLA INTERVJUER KUA (IV)

- Berätta hur du började på KUA
- Vad är specifikt med att handleda på KUA
- Kan du jämföra handledarskapet på KUA med vanliga vårdavdelningar
- Berätta för mig hur du ser på din handledarfunktion
- Berätta för mig hur det är att handleda studenter från flera professioner
- Berätta för mig om samarbetet mellan verksamhet och högskola/universitet
- Vilka svårigheter ser du med en pedagogisk modell som KUA?
- Vilka möjligheter ser du med en pedagogisk modell som KUA?

FRÅGEGUIDE – FOKUSGRUPP KUA (IV)

- **Vad betyder dessa ord för er: Tålamod, Tillit, Trygghet, Team**
- Vad är specifikt med att handleda på KUA
- Att handleda studenter från flera professioner
- Att handleda den egna professionen
- Vilka svårigheter ser ni med en pedagogisk modell som KUA?
- Vilka möjligheter ser ni med en pedagogisk modell som KUA?

Malmö University Health and Society Doctoral Dissertations

Ross, M. W. Typing, doing and being. A study of men who have sex with men and sexuality on the Internet. 2006:1

Stoltz, P. Searching for meaning of support in nursing. A study on support in family care of frail aged persons with examples from palliative care at home. 2006:2

Gudmundsson, P. Detection of myocardial ischemia using real-time myocardial contrasts echocardiography. 2006:3

Holmberg, L. Communication in palliative home care, grief and bereavement. A mother's experiences. 2007:1

Ny, P. Swedish maternal health care in a multiethnic society – including the fathers. 2007:2

Schölin, T. Etnisk mångfald som organisationsidé. Chefs- och personalpraktiker i äldreomsorgen. 2008:1

Svensson, O. Interactions of mucins with biopolymers and drug delivery particles. 2008:2

Holst, M. Self-care behaviour and daily life experiences in patients with chronic heart failure. 2008:3

Bahtsevani, C. In search of evidence-based practices. Exploring factors influencing evidence-based practice and implementation of clinical practice guidelines. 2008:4

Andersson, L. Endocytosis by human dendritic cells. 2009:1.

Svendsen, I. E. In vitro and in vivo studies of salivary films at solid/liquid interfaces. 2009:2.

Persson, K. Oral health in an outpatient psychiatric population. Oral status, life satisfaction and support. 2009:3.

Hellman, P. Human dendritic cells. A study of early events during pathogen recognition and antigen endocytosis. 2009:4.

Baghir-Zada, R. Illegal aliens and health (care) wants. The cases of Sweden and the Netherlands. 2009:5.

Stjernswärd, S. Designing online support for families living with depression. 2009:6.

Carlsson, A. Child injuries at home – prevention, precautions and intervention with focus on scalds. 2010:1.

Carlson, E. Sjuksköterskan som handledare. Innehåll i och förutsättningar för sjuksköterskors handledande funktion i verksamhetsförlagd utbildning – en etnografisk studie. 2010:2.

The publications are available on-line.

See www.mah.se/muep

ISBN/ISSN 978-91-7104-238-5/ 1653-5383

MALMÖ HÖGSKOLA
205 06 MALMÖ, SWEDEN
WWW.MAH.SE